

**CIENCIA Y POLITICA EN EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR EN BUCARAMANGA (1916-1936)**

LUIS FELIPE ORTEGA RINCON

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE HISTORIA

BUCARAMANGA

2018

**CIENCIA Y POLITICA EN EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR EN BUCARAMANGA (1916-1936)**

LUIS FELIPE ORTEGA RINCON

**TRABAJO DE GRADO EN LA MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR AL TÍTULO DE: HISTORIADOR Y ARCHIVISTA**

DIRECTOR

LUIS RUBEN PEREZ PINZON

DOCTOR EN HISTORIA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE HISTORIA

BUCARAMANGA

2018

DEDICATORIA:

A mi abuela que le debo lo que soy: el amor por las letras, la sensibilidad social, la pasión por grandes retos y por sobre todo la fortaleza de la mente.

A mi madre que jamás me dejó solo en este camino y que con su amor, su apoyo y su comprensión me impulsó a seguir adelante siempre.

A mi padre que me enseñó el valor de luchar por los sueños y jamás desfallecer frente a las adversidades.

A mi pareja que con su amor, su entrega y su compromiso lleno de buenos sentimientos mi vida e hizo realidad la materialización de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres Nancy y Pedro que me apoyaron desde el momento en el que decidí emprender este proyecto de vida, llamado: Historia; siempre creyeron en mí y en que este era el camino a seguir en mi formación profesional y personal.

A mi abuela Aleja, quién siempre se enorgulleció de lo que soy y de lo que hago; a quien le debo la pasión por los libros, el cine y la música, de quien heredé la sensibilidad social y el amor por el mundo, además de la inquebrantable fuerza mental y emocional.

A Paola, mi compañera de ruta y de vida, la mujer que llegó a mi vida a cambiarlo todo y darme mil razones para nunca desistir, quién me enseñó el verdadero valor del amor y la mujer que me apoyó incondicionalmente y con total disposición concibió este proyecto como suyo.

A María Fernanda, que más que mi amiga es mi hermana. Gracias a ella... por estar junto a mí en los momentos más importantes de este último ciclo; y por apoyarme en aquellos en los que necesité de una voz amiga y un impulso para seguir. Aquella que me enseñó que las diferencias no transgreden a la verdadera amistad. Igualmente por aportar con su conocimiento técnico y su ánimo perfeccionista.

A Daniel y Sebastián que me apoyaron en todo momento y con los cuales he compartido en más de un escenario.

A los profesores Luis Rubén, Alfonso, William, Juan Alberto que con sus valiosas orientaciones fortalecieron el amor por la investigación y la historia.

A Mauricio por su apoyo y disposición para con este proyecto.

A mis compañeros de carrera y amigos que han estado y estarán ahí en buenos momentos y recuerdos compartidos.

A ellos... Muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1.LA CIENCIA Y LA MEDICINA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR	26
1.1ETAPA DESCRIPTIVA	30
1.1.1La tuberculosis en la prehistoria.	30
1.1.2La tuberculosis en el antiguo Egipto.	32
1.1.3La tuberculosis en Grecia y Roma.	34
1.1.4La tuberculosis en la Edad Media	36
1.1.5El Renacimiento y el inicio del descubrimiento de la tuberculosis	37
1.2ETAPA ANATOMOCLÍNICA	39
1.2.1René Laennec y la fundamentación de la fisiología moderna.....	42
1.2.2La terapéutica y los sanatorios para tuberculosos a lo largo del siglo XIX... ..	44
1.3ETAPA BIOLÓGICA	47
1.3.1El descubrimiento del Bacilo de Koch.....	48
1.3.2La lucha contra la tuberculosis.....	49
1.4ETAPA TERAPÉUTICA	52
1.4.1La tuberculosis pulmonar en el siglo XX.	54
1.4.2Los sanatorios y la aplicación de la terapéutica contra la tuberculosis en el siglo XX.....	57
1.4.3Desarrollo de medios para combatir la tuberculosis pulmonar.....	59
1.5LA TUBERCULOSIS EN LA HISTORIA DE COLOMBIA.....	66
1.5.1La tuberculosis en el periodo prehispánico.	66
1.5.2La tuberculosis en la conquista y la colonia.	69
1.5.3La Epidemia y Endemia de tuberculosis a finales del siglo XIX e inicios del XX.....	72
2.LA CIENCIA MÉDICA EN COLOMBIA EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS 1916-1936	77

2.1 LA JUNTA CENTRAL Y LAS DEPARTAMENTALES DE HIGIENE Y SU PREOCUPACIÓN POR LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL PAÍS	79
2.1.1 Informes de la Junta Central de Higiene y su lucha contra la tuberculosis. ...	88
2.2 LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE HIGIENE DE SANTANDER Y SU LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS.....	92
2.3 LA LITERATURA MÉDICA COLOMBIANA EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS	95
2.3.1 Antecedentes: La literatura médica sobre las enfermedades contagiosas y la salubridad pública.	95
2.3.2 La tuberculosis en las etapas de la vida: factores y profilaxis.....	101
2.3.3 Medicamentos, tratamientos y medidas profilácticas en contra de la TB....	104
2.3.4 La tuberculosis como una enfermedad de carácter social.. ..	118
2.3.5 Consideraciones de los Congresos de Medicina Nacionales sobre la tuberculosis, su lucha y las medidas profilácticas.....	137
<u>2.3.5.1</u> Primera Conferencia Nacional de la Tuberculosis.	157
<u>3.3.5.2</u> Segunda Conferencia Nacional de la Tuberculosis.:	159
3. LEGISLACION SOBRE LA HIGIENE PÚBLICA Y LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA, SANTANDER Y BUCARAMANGA.....	163
3.1 LA MEDICINA PROFESIONAL DESDE LA LEGISLACIÓN	165
3.1.1 Los Congresos de medicina desde la legislación y la lucha contra la Tuberculosis Pulmonar.	166
3.1.2 Médicos: profesionalización y legislación antituberculosa.. ..	168
3.2 EL HOSPITAL DE CARIDAD SAN JUAN DE DIOS DE BUCARAMANGA: ESCENARIO DE LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR	172
3.3 INSTITUCIONES Y JUNTAS EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR.....	183
3.3.1 Instituciones Nacionales: El Consejo Superior de Sanidad, la Junta Central de Higiene y La Dirección Nacional de Higiene.....	184
3.3.2 Junta Nacional y Departamental de Lucha Antituberculosa.....	189
3.4 MEDIDAS PROFILÁCTICAS Y CAMPAÑAS EN CONTRA DE LA TUBERCULOSIS	195
4. ASPECTOS SOCIALES DE LA TUBERCULOSIS: ESPACIOS Y GRUPOS HUMANOS DE MAYOR AFECTACIÓN	215

4.1 OBREROS Y TRABAJADORES, VÍCTIMAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.....	215
4.2 LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA COMO MECANISMO DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS.....	222
4.3 LA CIUDAD: FOCO DE LA TUBERCULOSIS, MEDIDAS PROFILÁCTICAS Y EL CASO DE BUCARAMANGA	225
4.4 LA CÁRCEL COMO EL ESCENARIO PROPICIO DEL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	238
5. QUÉ HACER CON LA TUBERCULOSIS EN EL FUTURO (1940)	249
6. CONCLUSIONES	256
BIBLIOGRAFIA.....	262

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Línea de tiempo: Hitos del descubrimiento de la TBC.	63
Figura 2. Deberes de los médicos en el Hospital San Juan de Dios.....	178
Figura 3. Medidas profilácticas de la tuberculosis.....	197
Figura 4. Tareas del Instituto Nacional Samper y Martínez.	201
Figura 5. La higiene en los templos.	229

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Descripción línea de tiempo.....	64
Tabla 2. Auxilio Municipal al Hospital de Caridad San Juan de Dios de Bucaramanga.....	182
Tabla 3. Valores exactos de los presupuestos Municipales para Higiene.	246
Tabla 4. Valores exactos de los presupuestos Municipales para Beneficencia. ..	247

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Comportamiento del Presupuesto Municipal de higiene.	246
Gráfico 2. Comportamiento del Presupuesto Municipal de Beneficencia.	247
Gráfico 3. Proporción de las muertes en Colombia que son atribuidas a tuberculosis.....	255

RESUMEN

TITULO: CIENCIA Y POLITICA EN EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN BUCARAMANGA (1916-1936)¹

AUTOR: LUIS FELIPE ORTEGA RINCON^{}**

PALABRAS CLAVES: Tuberculosis Pulmonar, Ciencia médica, Políticas públicas, profilaxis.

DESCRIPCIÓN:

El presente informe de investigación, pretende describir la postura de la comunidad médico-científica y política en relación a la lucha, tratamiento y profilaxis contra la tuberculosis pulmonar en Colombia, y en especial en la ciudad de Bucaramanga, entre los años 1916 y 1936.

Esta investigación es de carácter cualitativo ya que aborda la recolección, la clasificación y el análisis de la fuente primaria, a partir de criterios de contenido y no de cantidad en términos de morbilidad y mortalidad; y de carácter regional, sin desconocer las dinámicas de la ciencia en Colombia, marcadas por la influencia de corrientes y avances científicos europeos y norteamericanos, además de saberes desarrollados en las principales escuelas medicas del país. En aspectos teóricos no se pretende hacer un estudio con un enfoque ni externalista ni internalista, sino más bien buscar un equilibrio entre ambos. Se tomará también lo planteado por los Estudios Sociales de Ciencia y la Nueva Historia de Ciencia Latinoamericana, en donde se analizará la enfermedad como una realidad biológica, pero también como una construcción social y política.

Se iniciará por identificar los hitos que marcaron el descubrimiento de la tuberculosis pulmonar a lo largo de la historia, sus principales características y su patología; luego se analizarán los planteamientos de los médicos colombianos en relación a la profilaxis y tratamiento de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX; se continuará por identificar las políticas públicas que surgieron en este periodo, para controlar el desarrollo de la enfermedad; y por último se expondrá la postura de médicos y legistas nacionales en relación a los aspectos sociales de la enfermedad, identificando las características de los grupos mayormente afectados por esta.

*Trabajo de Grado

**Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: Luis Rubén Pérez Pinzón, Doctor En Historia.

ABSTRACT

TOPIC: SCIENCE AND POLITICS IN THE TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN BUCARAMANGA (1916-1936)*

AUTHOR: LUIS FELIPE ORTEGA RINCON**

KEY WORDS: Pulmonary tuberculosis, medical science, public policies, prophylaxis.

DESCRIPTION:

This research report aims to describe the point of view of the medical-scientific and political community in relation to the fight, treatment and prophylaxis of the pulmonary tuberculosis in Colombia, especially in the city of Bucaramanga between the years 1916 and 1936.

The nature of the current research is qualitative as long as it deals with the collection, classification and analysis of primary sources based on content criteria regardless the morbidity and mortality data. And it also has a regional nature bearing in mind the dynamics of science in Colombia that is influenced by the European and North American scientific trends and researches as well as the knowledge developed in the main medical schools of the country.

It is not intended to develop an externalist or internalist study approach on theoretical topics but rather to seek a balance between the both of them. It will be also an analysis of the disease as a biological reality as well as a social and political construct based on the Social Studies of Science and the New History of Latin American Science Approach.

The report will start by the acknowledge of the milestones that identified the discovery of pulmonary tuberculosis throughout history, its main characteristics and its pathology. After that the Colombian physicians' proposals regarding the prophylaxis and treatment of the disease in the first half of the 20th century will be analyzed. Moreover the identification of the public policies that emerged in this period to control the development of the disease will take place. Finally the point of view of the national physicians and legists to the social aspects of the disease will be exposed, identifying the characteristics of the groups most affected by this illness.

* Bachelor Thesis

**Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: Luis Rubén Pérez Pinzón, Doctor En Historia.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente los pulmones (*), pero que también puede poner en riesgo a otros órganos; es causada por las bacterias: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti* y *Mycobacterium canettii*². Esta enfermedad ha convivido con el ser humano aproximadamente desde el neolítico, y la forma actual de esta enfermedad data del siglo XVI en Inglaterra, alcanzando para este país, su pico más alto de infección en 1780 como consecuencia de la revolución industrial³.

Como Tisis, Peste Blanca, Plaga Blanca, Mal del Rey o Consunción, se ha conocido esta enfermedad a lo largo del tiempo. El enfermo de tuberculosis ha sido objeto de segregación social, debido principalmente al miedo que genera la rapidez y facilidad del contagio de esta afección⁴. En India, por ejemplo, la Tisis fue sinónimo de impureza (al igual que la Lepra en las sociedades Judeocristianas) a tal punto de prohibirles a los brahmanes contraer matrimonio con una mujer en cuya familia hubiera algún enfermo de tuberculosis⁵.

En Europa, la tuberculosis fue un problema social que preocupó a la ciencia y el gobierno a partir del siglo XVIII, a diferencia del caso colombiano, en dónde solo

(*) Este tipo de Tuberculosis conocida como Tuberculosis Pulmonar, es de la cual se estudiará en el presente trabajo de grado.

²Referencia tomada de: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

³ DUTT, Asim y STEAD, William. Epidemiología y factores de huéspedes. Citado por SCHLOSSBERG, David. Tuberculosis e infecciones por microbacterias no tuberculosas. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. 2000. p. 4.

⁴ Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. Tomado de: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

⁵ BÁGUENA CERVELLERA, María José. La Tuberculosis en la Historia. *Anales, Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana*. 2011, Nro. 12. p. 2.

adquiere importancia hasta comienzos del siglo XX, cuando dicha endemia toma un repunte en el número de casos a nivel nacional.

En el territorio colombiano se han encontrado evidencias de afectaciones de esta enfermedad en humanos desde el periodo prehispánico; aunque todas las investigaciones apuntan a que dicha enfermedad no afectó significativamente la población prehispánica en Colombia, esta sí se mantuvo a lo largo de todo el periodo de la Colonia.

Esta enfermedad, como la gran mayoría, afecta no solo al paciente sino a todas las esferas sociales que lo rodean; convirtiéndola así, en un motor de cambio social que transforma desde el cotidiano vivir hasta los círculos académicos y las producciones científicas de dichos círculos; al respecto Álvaro Idrovo señala:

Las epidemias son eventos importantes en la historia de un pueblo que se sitúan por encima de la ocurrencia habitual de enfermedades en una población y hacen su aparición debido a múltiples factores sociales, económicos y ecológicos. Como consecuencia de las epidemias, los profesionales de las áreas de la salud y las sociedades en general pueden tener cambios importantes.⁶

Cabe resaltar también, que el primer grupo social que se ve afectado directamente por la enfermedad y que afecta a su vez, negativa o positivamente la evolución del enfermo, es la familia; como lo señala Miguel Fernández:

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.... No sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.⁷

⁶ IDROVO, Álvaro. Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920). *Biomédica*. 2001, Vol.21, Nro. 3. p. 216.

⁷ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Noviembre-Diciembre 2004, Vol. 47, Nro. 6. p. 251-252.

Los conflictos sociales internos que ha vivido Colombia tales como las guerras civiles, cambian las estructuras organizativas y económicas de la sociedad en un país, Salomón Kalmanovitz⁸ en referencia a la Guerra de los Mil Días, señala que el fin de esta, fue el que propició un cambio de un país rural conflictivo en uno urbano e industrial.

Dinámicas de desarrollo industrial y social nacional desarrolladas a partir del fin de la Guerra de los Mil Días, de la mano con la irrupción de los sistemas capitalistas a principios del siglo XX, hacen que las sociedades urbanas del territorio colombiano adquieran nuevas formas de organización.

Se puede identificar que fenómenos como los desplazamientos por la violencia producto del conflicto interno o las migraciones voluntarias en busca de progreso, hacen que las principales ciudades colombianas, en las cuales se concentraba la industria, sufran un crecimiento demográfico que transfigura la economía, la cultura, la mentalidad y el espacio.

El aumento poblacional conlleva a su vez al surgimiento de asentamientos urbanos no planificados en donde conviven trabajadores, campesinos y población marginal de las ciudades; estos nuevos asentamientos carecen de las más mínimas condiciones de higiene, con insuficiencia de agua potable y en general de servicios básicos. Dutt y Stead identifican este fenómeno económico y social como posible causa del avance de la tuberculosis: “La industrialización y sobrepoblación de las ciudades pueden originar una epidemia de tuberculosis al reunir un gran número de personas susceptibles y promover la transmisión de *M. tuberculosis* a nuevos huéspedes. Además, el estrés psicológico de la vida urbana disminuye la resistencia individual a la infección”⁹.

⁸ KALMANOVITZ, Salomón. Nueva historia económica de Colombia. Bogotá: Editorial Taurus. 2010. p. 117.

⁹ DUTT, Asim y STEAD, William. Op. Cit., p. 5.

Además dichos procesos migratorios llevan consigo toda una serie de particularidades sociales; a diferencia de países como los del cono sur, Colombia no vive una migración de población extranjera, sino como se mencionaba anteriormente, una interna; autores como Libardo León describen inclusive, migraciones internas de la zonas rurales hacia la ciudad capital en el caso del departamento de Santander, explicando que este fenómeno responde a una crisis en las producciones agrícolas y artesanales a finales del siglo XIX.¹⁰

Profundizando en el tema del choque cultural entre lo rural y lo urbano, hay que aclarar que los campesinos se desplazan con sus costumbres propias del mundo rural, muchas de ellas antagónicas en relación con los cuidados en materia de salud personal; algunas de estas son por lo menos la cría de animales(*) dentro del espacio en el que se desarrollan actividades de la vida privada, o la costumbre generalizada de andar a pie descalzo; esto, sumado a problemas producto de la condiciones económicas tales como la desnutrición y hacinamiento, son el primer indicador desfavorable de la propagación de la tuberculosis y en general de las enfermedades respiratorias, veneras y gastrointestinales.

Aunque es de suma importancia aclarar que, no solo en lo rural se tenían este tipo de malas prácticas; en ciudadano también acostumbraba a toser y estornudar sin pañuelo, a escupir o a pasar las páginas de los libro o de los periódicos humedeciendo sus dedos con saliva. Es por esto que la lucha por mejorar las condiciones salubres y disminuir los índices de mortandad de la ciudad tiene un nuevo foco, y es el de la obligación gubernamental de educar a los ciudadanos en buenas costumbres e higiene.

¹⁰ LEÓN, Libardo. Bucaramanga en vísperas de dos siglos. Colombia: Contraloría general de la república. 1984. p. 79.

(*) El Cerdo y las Vacas también pueden ser portadores y transmisores de la Tuberculosis.

Ahora bien, es pertinente resaltar que muchas de las ciudades colombianas de la primera mitad del siglo XX, conservaban aún características del periodo colonial: calles sin pavimentar, insuficiencia en los sistemas de alcantarillado, casas sin lugares adecuados para el cuidado personal y con muy poca ventilación; lo cual propicia el escenario perfecto para la proliferación del esputo de la tuberculosis (que cuenta con una resistencia vital que va desde los seis meses hasta los tres años).

Estas condiciones anteriormente descritas, hacen que no solo el enfermo sea agente de peligro, sino también sus familiares y las personas con las que convive, involucrándolas más allá de la propia aflicción de tener un ser querido enfermo, con cuadros bastante fuertes (aspecto debilitado y caquético), a ser agente de segregación y persecución social.

Si las condiciones salubres de los enfermos en casa eran nefastas, en los hospitales esta realidad no cambiaba significativamente; las precarias condiciones de los hospitales colombianos, en su gran mayoría ubicados en construcciones religiosas antiguas, deterioradas por el tiempo y sin espacios para la cuarentena de pacientes con enfermedades infecciosas, hacían que los consultores y médicos se contagiaran rápidamente de todo tipo de enfermedades.

Además, la poca inversión del Estado en el mantenimiento de estos hospitales, propiciaba que en algunos casos el galeno tuviese que utilizar un mismo instrumento medico con diferentes pacientes sin poderlo ni siquiera esterilizar; en el caso de la tuberculosis este tipo de situaciones desencadenaban un rápido esparcimiento de la bacteria, trasgrediendo ya, la esfera de lo propiamente familiar e involucrando a profesionales de la salud, religiosos encargados de la beneficencia y/o compañeros de trabajo.

Se puede entonces señalar que las casas, los hospitales, las cárceles, las escuelas y los cuarteles, son los lugares más propicios para la proliferación del virus debido,

principalmente, a problemas de hacinamiento, como se expondrá en el capítulo cuarto.

Ahora bien, en el marco de una búsqueda de dinamización y optimización de la economía, además del mejoramiento de las precarias condiciones sociales en el país, anteriormente descritas, el Estado colombiano identificó la necesidad de mejorar la salubridad de los individuos, con el fin de incrementar la productividad y garantizar el desarrollo de la nación. Como esta expreso en la introducción del texto sobre la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Estado colombiano:

A la par con el discurrir de un siglo XX convulsionado, los países latinoamericanos se vieron en la necesidad de fortalecer sus estructuras estatales, en medio de un proceso complejo de reorganización mundial de los mercados internacionales. Como fruto de la acción combinada de las dinámicas socioeconómicas y políticas generadas por un sistema capitalista en desarrollo, la búsqueda de formas internacionales de organización y regulación fue una necesidad cada vez más imperiosa para la interacción de los Estados, así como una de las manifestaciones de la dinámica globalizadora que atravesó todo el final del milenio.¹¹

El afán por implementar este direccionamiento económico conlleva a que se tomen medidas para la prevención y control de las enfermedades que afectan más frecuentemente a la población económicamente activa del país. Para el caso de la tuberculosis, el doctor Francisco Sorzano, Senador por el Departamento de Santander, presentó a consideración de la cámara un proyecto que resultaría en la Ley 66 de 1916, con la cual se comienza la lucha contra esta afección desde lo estatal.

Por otro lado la búsqueda de una consolidación de la salud pública nacional fortaleció los lazos con organizaciones internacionales de salud como era el caso de la Fundación Rockefeller o la Organización Panamericana de Salud.

¹¹ HERNÁNDEZ, Mario y OBREGÓN, Diana. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia (1902 – 2002). Bogotá: Organización Panamericana de Salud. 2002. p. 8.

Estas relaciones interestatales responden también a un inicio en la inclusión de Colombia en los sistemas de globalización económica, Kalmanovitz en Nueva Historia Económica de Colombia señala los beneficios que le trajo al país esta vinculación:

En este sentido, la globalización fue fundamental para que Colombia pudiera adquirir y domesticar tecnologías desarrolladas en los países industrializados a cambio de sus exportaciones. De esta manera, se pudo aplicar la energía eléctrica, que multiplico la productividad tanto de la mano de obra como del capital; los acueductos y las técnicas sanitarias, que redujeron la mortalidad y morbilidad; los medios de transporte como el camión y el ferrocarril, que desplazaron la mula; la imprenta y las comunicaciones modernas; la medicina y drogas, que ampliaron la expectativa de vida de los colombianos.¹²

El contexto nacional es importante de estudiar ya que brinda las herramientas analíticas de la situación en la que estaba en general la sociedad colombiana y esto nos puede ubicar y permitirnos entender el porqué de la situación santandereana en materia de salud y desarrollo médico, como lo señala Roberto Serpa-Flórez en su artículo sobre la medicina en Santander “La historia de la medicina en Santander como cualquier historia regional no debe estudiarse aislada de su contexto histórico nacional e internacional ni de las circunstancias sociales y políticas en cuyo marco se desarrolla.”¹³

Ciudades como Medellín o Bogotá, vivían al comenzar el siglo XX un proceso tardío pero constante de industrialización de su economía, además de cambios profundos en sus estructuras sociales y urbanas; estas ciudades son entonces escenario del desarrollo de enfermedades infecciosas como la tuberculosis.

Algunos de los factores, que se profundizarán mejor en el desarrollo de esta investigación, expuestos por médicos y políticos colombianos como posibles causas del desarrollo de esta enfermedad en las principales ciudades, son el hacinamiento,

¹² KALMANOVITZ, Salomón. Op. Cit., p. 131-132.

¹³ SERPA-FLÓREZ, Roberto. Apuntes para la historia de la medicina. Santander y la UIS. *Médicas UIS, Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*. 2007, Vol. 20, Nro. 2. p. 157.

las precarias condiciones de higiene personal y de los lugares habitados por la población, la desnutrición, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento urbano acelerado e irregular; panorama que se puede identificar también en la ciudad de estudio de este presente trabajo, Bucaramanga.

En temas relacionados con el uso y la disponibilidad del agua, Bucaramanga vivía una situación paradójica, como lo señalan Néstor Rueda y Jaime Fuentes:

El agua, aunque parezca paradójico por su abundancia en las quebradas de la ciudad era el servicio más costoso y el que mayores problemas causaba en la población. Desde el siglo pasado (XIX) el agua para el consumo se obtenía de fuentes subterráneas...El agua se transportaba en barriles a lomo de mula hasta las casas de quienes podían pagar los \$.30 centavos la carga que equivalía a \$5 la tonelada o metro cubico.¹⁴

Servicios públicos como la Luz o el Teléfono, se restringían solo al área del centro de la ciudad, y eran utilizados solo por familias adineradas que podían asumir los altos costos de los mismos. Los lugares para el aseo personal, en su gran mayoría ubicados fuera de los hogares, eran llamados Baños Públicos, existían unos para uso de las capas medias y altas de la ciudad, que eran administrados por personas que disponían de la infraestructura y el agua para hacerlo; los otros, a los cuales asistían los sectores más bajos de la sociedad, eran administrados por el Estado y eran gratuitos¹⁵.

Estos escenarios de poca favorabilidad para el cuidado de la higiene personal(*), desencadenan la proliferación de bacterias y enfermedades dentro de la población, “Estas enfermedades tenían que ver con la cultura urbana, sin servicio de acueducto ni alcantarillado, las enfermedades parasitarias y epidémicas pululaban y cobraban gran número de víctimas en especial de niños.”¹⁶

¹⁴ RUEDA, Néstor y FUENTES, Jaime. Historia urbana de Bucaramanga 1900-1930. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. 2012. P. 56.

¹⁵ Ibid., p.57.

¹⁶ RUEDA, Néstor y FUENTES, Jaime. Op. Cit., p. 82.

Partiendo del análisis del contexto social y económico del país, y en especial de Bucaramanga, la tuberculosis tiene el campo labrado para consolidarse como una enfermedad de magnitudes alarmantes con los primeros años del siglo XX ya que afecta directamente el desarrollo de la ciudad, esto debido principalmente a que un pueblo enfermo no es económicamente productivo y estas eventualidades naturales hacen que se frene el crecimiento de una población en el post conflicto, que para este caso es el fin de la guerra de los mil días; una enfermedad como esta, de características seriamente limitantes de la capacidad laboral frenó el desarrollo industrial que se venía gestando a comienzos del siglo XX y aunque hay cambios radicales a los largo del siglo XX en términos de búsqueda de la salubridad nacional y en el caso específico de la ciudad de Bucaramanga, del mejoramiento de las condiciones de higiene y control del crecimiento desordenado en los barrios obreros y periféricos, los verdaderos efectos de las campañas nacionales y locales contra la tuberculosis pulmonar no se hacen evidentes hasta la segunda mitad del siglo XX, autores como Salomón Kalmanovitz afirman:

Es evidente también que las condiciones de salubridad mejoraron: la higiene personal se extendió con la producción fabril de artículos para el aseo y el vestuario; el calzado y las botas reemplazaron el pie descalzo o las alpargatas, y, en especial, se controlaron las epidemias...El chancro, la hepatitis, la tuberculosis y la lepra no se trataron adecuadamente hasta los años cincuenta del siglo XX. En el tratamiento de las dos últimas predominaban el prejuicio y el aislamiento de los pacientes.¹⁷

Es precisamente en esta primera mitad donde el Estado inicia su intervención directa. Como se ha mencionado con anterioridad, la lucha desde los flancos político-estatales se establece con la ley 66 de 1916, pero no es un primer intento de contrarrestar los efectos que generó en la sociedad y la economía el acelerado incremento de la tuberculosis; ya médicos y académicos, algunos vinculados con la política, como por ejemplo Jaime Mejía, miembro de la cámara de representantes

¹⁷ KALMANOVITZ, Salomón. Op. Cit., p. 255.

(*) Rueda y Fuentes en el texto Historia Urbana de Bucaramanga 1900-1930, señalan en la página 60, que el uso de los baños públicos se hacía en el mejor de los casos una o dos veces por semana

en 1915, se manifestaban respecto a la necesidad de controlar y prevenir la tuberculosis en el territorio nacional¹⁸.

La política juega entonces un papel importantísimo en la construcción de una Historia de la tuberculosis, ya que por un lado es el resultado sistematizado de lucha contra la enfermedad, además de delimitar en la teoría los direccionamientos por los cuales se debe batallar contra las enfermedades, buscando en muchos casos el apoyo de organismos internacionales y Estados interesados en organizar y colaborar con dicha lucha; y por el otro es uno de los indicadores de hasta qué punto se pueden materializar ideas, campañas o proyectos generados por científicos y académicos que apuntan a mejorar las condiciones salubres de la población; se debe entender que la política ejerce control sobre presupuestos y apoyos destinados a la salud pública.

En el contexto colombiano, la creación de juntas de higiene nacionales, departamentales y municipales institucionalizan la salud pública y brindan herramientas más focalizadas para la identificación de las fallas que estaban propiciando el incremento de las enfermedades, y son precisamente estas instituciones el resultado de una política pública de salud nacional.

No se puede dejar por fuera el papel que desempeñó la academia y los científicos en el desarrollo de una lucha contra tuberculosis en Colombia. Ya sea por motivaciones personales, por reconocimiento académico, o por simple compromiso social, los médicos y científicos han estado vinculados activamente en el desarrollo de la lucha contra las enfermedades en Colombia; el papel del médico-investigador en el contexto colombiano no se entiende solamente como el de un simple puente entre el conocimiento desarrollado en Europa y su aplicación a unas realidades insalubres nacionales, sino como el que un miembro observador directo de esas

¹⁸ BILBAO, Jorge. Legislación en Salud y Tuberculosis en Colombia en el periodo 1886-1946. *Revista ADVOCATUS, Universidad Libre seccional Barranquilla*. 2013, Nro. 20. p. 347-348.

realidades y un generador de nuevo conocimiento científico, que nace de la aplicación de saberes del primer mundo con métodos desarrollados en la praxis médica y moldeados por el comportamiento cambiante de las enfermedades en Colombia.

La temática de la presente investigación se ha delimitado temporalmente en un periodo de veinte años, tomando como inicio 1916, año de expedición de la Ley de la lucha antituberculosa en Colombia, y culminando en 1936, año en el que se crea el Departamento Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. Bucaramanga fue y es una ciudad importante en términos económicos, políticos y sociales en Colombia, una ciudad que vivió como otras del territorio nacional, los procesos de cambio que trajo el siglo XX, y que también sufrió las inclemencias producto de estas transformaciones urbanas y sociales; es por este motivo y por la ausencia casi total de estudios históricos que aborden la tuberculosis más allá del problema meramente médico, que se hace necesario un estudio del papel de la comunidad científica y del Estado, en la lucha contra la tuberculosis en esta ciudad, lucha gestada a nivel nacional a lo largo de la primera mitad del siglo XX.

1. LA CIENCIA Y LA MEDICINA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Son diversos los postulados, y amplias las discusiones generadas en los círculos académicos del mundo y de Colombia, sobre qué es la Ciencia y cuál es su papel en la sociedad. La ciencia aplicada en la medicina no puede ser un desarrollo ajeno al devenir social del contexto en el que emerge, como lo exponía Foucault:

En realidad no hay que pensar que la medicina permaneció hasta nuestros tiempos como actividad de tipo individual, contractual, entre el enfermo y su médico, y que sólo recientemente esta actividad individualista de la medicina se enfrentó con tareas sociales. Por lo contrario, procuraré demostrar que la medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una actividad social. En cierto sentido la "medicina social" no existe porque toda la medicina es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina "no social", la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.¹⁹

La Nueva Historia de la Ciencia Latinoamericana, como lo plantea Emilio Quevedo en el libro *Historia Social de la Ciencia en Colombia*, brinda herramientas teóricas valiosas para abordar el estudio de la enfermedad, permitiendo realizar una historiografía en países que no están en la cúspide del desarrollo científico y/o tecnológico²⁰.

Este anterior planteamiento también fue expuesto por Aleidys Hernández en su investigación sobre la Fiebre Amarilla en el Municipio del Socorro (Santander); para esta autora referenciando un texto de Olga Forero:

...en su texto "*La sociología del conocimiento científico*", enfatiza que el hombre "americano" ha sido catalogado por muchos enciclopedistas como degradado, llegando hasta el punto de haber sido comparado con los animales. Asimismo, llama la atención y afirma que la educación universitaria y las ciencias en Colombia, han sido limitadas y condicionadas a ser receptores de ideas producidas en otras latitudes. Es interesante como la autora argumenta la lógica de los movimientos de ideas que se han dado en nuestro país y señala que estos

¹⁹ FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Argentina: Editorial Altamira. 1996. p. 45.

²⁰ VASCO, Carlos, *et al.* Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo I. Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas COLCIENCIAS. 1993. p. 40.

siempre tienen un origen externo. Pues bien, la historia de la ciencia en Colombia, no ha sido cuestionada totalmente, convirtiéndose en una historia de supuestos. Para ello es preciso sacudir esa mirada que concibe a la ciencia como una forma de conocimiento universal por excelencia, y a los científicos como individuos cosmopolitas que debe escapar de cualquier contexto local para producir conocimiento. También afirma la misma autora que en países como el nuestro la investigación sobre la ciencia debe examinarse desde la ciencia y la sociedad.²¹

Ahora bien, en contraposición a lo expuesto por Forero, Gabriel Restrepo señala en su texto *Principios para examinar la extensión de la ciencia*, que si bien, el papel de los médicos y científicos en Colombia fue en algunos casos, el de difusores de desarrollos científicos gestados en Norteamérica y Europa, no significa que dichos avances no hayan sufrido transformaciones y adaptaciones en el contexto nacional, y que dichos cambios no hayan aportado a la consolidación de una ciencia médica en Colombia²².

La tuberculosis pulmonar, fue una enfermedad que preocupó a la sociedad y al cuerpo médico en Colombia en la primera mitad del siglo XX, como se evidenciará a lo largo del presente informe de investigación. El desarrollo de políticas de higiene nacionales y de saneamiento de las ciudades, buscaba traer el progreso a la nación, representado en un auge del comercio y de la industrialización; este proceso se vivió fuertemente después de la guerra de los mil días²³.

Nuestro país no tenía relación con naciones como Estados Unidos solamente en términos económicos; fue precisamente de esta potencia, de la cual se empezaron a importar nuevos conceptos médicos, tratamientos clínicos y apoyo para combatir las enfermedades que más afectaban el desarrollo económico de nuestro territorio;

²¹ HERNÁNDEZ, Aleidys. Entre la Ciencia y la Política: Historia de la Fiebre Amarilla en el Socorro (1929). Monografía para optar por el título de Historiadora. Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2011. p. 21

²² VASCO, Carlos, *et al.* Op. Cit., p. 106.

²³ KALMANOVITZ, Salomón. Op. Cit., p. 117, 131-132.

este fenómeno se dio como un reemplazo transitorio, de la gran influencia en el campo científico que se tenía de Francia e Inglaterra²⁴.

El resultado de estos convenios científicos entre naciones y la búsqueda de una consolidación de la salud pública nacional, fortaleció los lazos con organizaciones internacionales de salud; ejemplos de esta unión es la efectuada con la Fundación Rockefeller o la Organización Panamericana de Salud; todo en un esfuerzo por colectivizar y generar apoyo entre Estados en la lucha contra las enfermedades que afectaban el desarrollo económico y político de América; como lo señala para el caso del surgimiento y el quehacer de la O.P.S., Diana Obregón y Mario Hernández:

Pero si bien la génesis de la OPS cobró un sentido instrumental para la expansión de los mercados y la intensificación de los intercambios comerciales, es preciso señalar que, al mismo tiempo, constituyó el mecanismo afortunado mediante el cual la salud adquirió un reconocimiento totalmente nuevo e importante en el nivel continental, a la par que se le reconocía la categoría de problema estratégico para la región y sus países....La lucha contra enfermedades importantes desde los puntos de vista social, económico y político, la promoción y el apoyo a las respuestas estatales para enfrentar las necesidades sanitarias, y el fortalecimiento técnico de un recurso humano cada vez más indispensable para agenciar la acción sanitarista, constituyeron los grandes frentes de trabajo de la labor de asistencia y cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros, todo ello cobijado bajo la impronta de un discurso y un quehacer salubristas.²⁵

En el presente capítulo, para abordar el estudio de la ciencia en la tuberculosis, se adoptará la postura de análisis que parte de identificar una serie de hitos que marcaron el descubrimiento de la enfermedad, y de la cura de la misma a lo largo de la historia mundial y de Colombia.

Este apartado también pretende cumplir con el objetivo de identificar el origen de la tuberculosis pulmonar, sus principales características y el desarrollo de su patología, desde los hitos que marcaron su descubrimiento y el avance científico

²⁴ HERNÁNDEZ, Aleidys. Op. Cit., p. 23.

²⁵ HERNÁNDEZ, Mario y OBREGÓN, Diana. Op. Cit., p. 8-9.

de su tratamiento entre las instituciones y sociedades médicas del mundo, (Ver figura 1 y tabla 1).

Se hace muy difícil en algunos apartados de este capítulo, como en los siguientes; hacer una clara diferencia entre la ciencia y la política, ya que ambas dimensiones de análisis se entrelazan en el desarrollo de la lucha en contra de la tuberculosis pulmonar en Colombia. Para abordar este fenómeno se referencia lo expuesto por Elquin Morales para el caso de la lucha contra la fiebre amarilla en Santander:

...y más que entender el Estado como una forma de organización del poder social por las tres características aportadas por Bourdieu de: territorial, centralizado respecto al mismo y autoritario lo que centra nuestro objeto respecto al mismo consiste en la capacidad de actuar u apoyar o no a las entidades que en los periodos ya expuestos de brote epidémico respecto a la Fiebre Amarilla tuvieron que hacer frente a estas calamidades que afligían a la población santandereana, es decir qué tipo de respuesta encontraron los científicos de la época en el Estado para contraatacar el avance epidémico por el territorio ya citado.²⁶

Expresa la anterior aclaración teórica sobre el estudio de la ciencia y de la enfermedad en Colombia, le damos paso a un barrido de la historia de la tuberculosis a lo largo de los siglos; aclarando la importancia de esta, debido a la gran relación que ha tenido esta enfermedad con el devenir histórico de la humanidad, y la importancia que ha tenido con cambios sociales fundamentales en la construcción de la historia moderna en Colombia y en el mundo.

Para el desarrollo de la descripción de los hitos que marcaron el avance de esta enfermedad en la humanidad, su descubrimiento y el avance científico-médico de su tratamiento, se tomará los planteamientos del médico Boliviano Raúl Torrico²⁷, que divide la historia de la tuberculosis en cuatro etapas: Descriptiva, Anatomoclínica, Biológica y Terapéutica.

²⁶ MORALES, Elquin. Sin miedo ni gloria: Ciencia y Política en la segadora de vidas de tez amarillita: Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923. Tesis de Grado para optar al título de Historiador. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2005. p. 31.

²⁷ TORRICO, Raúl. Breve recuento histórico de la tuberculosis. *Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina*. 2004, Vol. 10, Nro. 1-2. p. 54-63.

1.1 ETAPA DESCRIPTIVA

La etapa descriptiva, es en la cual el estudio de la tuberculosis como enfermedad, se redujo a: observaciones del comportamiento de una afectación desconocida, de los enfermos y de una serie de conclusiones que podrían generar un alivio de este mal; es su vez, la etapa de la enfermedad desde la prehistoria, pasando por las grandes civilizaciones de la antigüedad y terminando con la fundamentación de la fisiología moderna por parte de Teophyle Hyacinthe Renee Laénec, suceso que le da paso a la etapa Anatomoclínica de la historia de la tuberculosis. Ahora bien, hay que hacer una aclaración fundamental, ésta segmentación de la historia de la enfermedad no se hace en términos temporales, sino más bien en términos del desarrollo del estudio de la enfermedad; debido a lo anterior, puede que algunas etapas coexistan temporalmente con otras.

El presente apartado iniciara por señalar una serie de sucesos que vislumbran la enfermedad en periodos históricos de la antigüedad, centrándose más en el descubrimiento de la misma, que en la búsqueda de una cura y erradicación total, ya que esto no se ha podido gestar ni siquiera en el tiempo presente. Se cerrará este subcapítulo con los grandes avances desarrollados entre los siglos XVII y XVIII, que dejan sentadas las bases del estudio de la medicina moderna en relación a la tuberculosis.

1.1.1 La tuberculosis en la prehistoria. Antes del descubrimiento científico de esta enfermedad, está ya convivía con el ser humano de forma invisible y no identificada; estudios Paleopatológicos han arrojado que esta afección estuvo presente en el ser humano por lo menos desde el Neolítico²⁸.

²⁸ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 1.

Para algunos médicos investigadores de la epidemiología, el organismo que genera la tuberculosis existe inclusive desde antes de la aparición de los seres humanos:

Tuberculosis, la infección más difundida en la humanidad, la más mortífera de las infecciones, está en la tierra desde antes que la habite el hombre. Si la raza humana está desde hace 20 o 30.000 años en el planeta (Gore), es posible que el micobacterio descubierto en 1882 por el sabio alemán Roberto Koch, que produce primero la infección y luego la enfermedad, lo esté mucho antes.²⁹

Las microbacterias, género al que pertenece el agente que desarrolla esta enfermedad, se asociaron por primera vez con los vertebrados en el transcurso animal de la vida acuática a la terrestre, aproximadamente trecientos millones de años atrás³⁰. El *Mycobacterium tuberculosis* tiene origen en una microbacteria generada por el cerdo o la res, y está asociada tanto en el desarrollo de la tuberculosis como en el de la lepra.

En 1907, en un cementerio cerca de Heidelberg, Paul Bartels descubrió los restos óseos de un adulto joven que vivió hacia el 5000 A.C. y que evidenciaba afectaciones por el Mal de Pott (tuberculosis en la columna) en sus vértebras 4ª y 5ª, así como deformidad cifótica angular³¹.

Al existir la microbacteria causante de la tuberculosis, y estar presente en los bovinos en forma de *Mycobacterium Bovis*, es muy probable que dicha bacteria en algún periodo de la prehistoria, haya sido transmitida por ingesta de leche o de cárnicos, al hombre de las cavernas, iniciando así su contagio y mutación en los humanos.

En el territorio colombiano se han encontrado evidencias de afectaciones de esta enfermedad en humanos desde el periodo prehispánico; prueba de ello fueron las lesiones descubiertas en el aparato óseo de un individuo encontrado en la Mesa de

²⁹ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 54-55.

³⁰ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 1.

³¹ *Ibíd.*, p. 1.

los Santos (Santander); lesiones, que después de ser sometidas a una prueba de ADN arrojaron vestigios de *M. tuberculosis*³².

También se ha encontrado en el continente americano, pruebas de la presencia de lesiones causadas por la tuberculosis desde antes de la llegada de los españoles en el siglo XV:

Hay piezas en nuestro continente, más precisamente en Perú, donde en momias indígenas, específicamente en un niño inca de los años 900 dC se halló la misma lesión, y se reconocieron microscópicamente bacilos ácido alcohol-resistentes en lesiones tomadas de un absceso del psoas (Ayvazian). Ya con métodos más modernos de reacción en cadena de la polimerasa, se ha demostrado que las lesiones encontradas en los años precolombinos correspondían a bacilos de Koch, aunque no fue posible establecer si correspondían a *M. tuberculosis* o a *M. Bovis*³³.

Los investigadores tienen diversas teorías de la tuberculosis en el América antes de su Conquista; por un lado hay algunos que apuntan a que los españoles trajeron consigo una cepa del bacilo tuberculoso mucho más agresiva que la presente en este territorio, que terminó por desplazar la incipiente manifestación de la *Mycobacterium Bovis*, presente en América; por el otro, que fueron ellos los que introdujeron la *Mycobacterium tuberculosis* inexistente entre la población precolombina³⁴.

1.1.2 La tuberculosis en el antiguo Egipto. A partir de la representación por medio de la pintura, de grandes personalidades de la sociedad, como faraones o miembros de la familia real, realizadas en el antiguo Egipto alrededor de hace más de 5000 años; y en donde se evidenciaban algunas deformidades, investigadores han intentado asociar estas, con la tuberculosis vertebral³⁵. Aunque no se ha podido comprobar la presencia de la tuberculosis pulmonar en momias de esta época, debido a que en proceso de momificación se extraían los órganos internos del

³² SOTOMAYOR, Hugo. BURGOS, Javier y ARANGO, Magdolia. Demostración de Tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de *Mycobacterium Tuberculosis*. *Biomédica*. 2004, Vol. 24. p. 18-26.

³³ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 56.

³⁴ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 2.

³⁵ *Ibíd.*, p. 2.

cuerpo, fundamentales para identificar la presencia de micro bacterias o evidencias morfológicas de la presencia de la enfermedad; si se ha comprobado en momias de más de 5400 años presencia del Mal de Pott.

La primera evidencia documental que encontramos sobre la tuberculosis, puede estar en los libros del antiguo testamento, “donde se hace referencia a la enfermedad consuntiva que afectó al pueblo judío durante su estancia en Egipto, tradicional zona de gran prevalencia de tuberculosis.”³⁶

En papiros encontrados también en Egipto, se recomendaban como tratamiento para este mal, la ingesta de sangre de animales, tomada directamente de la vena. Además de esto el historiador griego Herodoto, escribió sobre la presencia de esta enfermedad en Egipto, y señaló también el clima de esta región como muy propicio para el tratamiento y cura de la tuberculosis³⁷.

También estudios recientes han identificado, por medio de pruebas vestigios de *Mycobacterium africanum* “En un ensayo se encontró que tres espoligotipos obtenidos del Reino Medio del antiguo Egipto (2050-1650 a.C.) no tenían la región espaciadora 39, una característica de *M. africanum* tipo I. Se cree que, en términos evolutivos, *M. africanum* está más cercano que *M. tuberculosis* o *M. bovis* al ancestro común.”³⁸

En un papiro descubierto por George Ebers en 1872, y que data de aproximadamente 1550 a.C. se evidenció descripciones de *Consunción* del pulmón, de las adenopatías cervicales y otras entidades. También se halló la tumba *Philoc* un sacerdote de Ammon, de tan solo cien años antes de cristo; en su momia y en

³⁶ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 54.

³⁷ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Apuntes sobre la historia de la tuberculosis infantil. *Medicina, Academia Colombiana de Medicina*. 2003, Vol. 25, Nro. 2. p. 122.

³⁸ DONOGHUE, Helen, *et al.* Tuberculosis: from prehistory to Robert Koch, as revealed by ancient DNA. *Lancet Infect Dis*. 2004, Nro. 4. p. 587.

otras encontradas en un cementerio en Tebas, se identificaron alteraciones óseas, causadas por la tuberculosis³⁹.

Como dato final, aunque los egipcios señalaron la existencia de la tuberculosis como enfermedad infecciosa, y se ha encontrado vestigios de la práctica de aislamiento de los pacientes afectados por esta enfermedad desde el 1000 a.C. no se ha encontrado documentos en donde se señale una cura o un tratamiento para combatir la enfermedad; solo se señalaba una serie de buenas prácticas higiénicas para prevenir su contagio.

1.1.3 La tuberculosis en Grecia y Roma. La tuberculosis no fue ajena como realidad biológica y problema social en las grandes civilizaciones de la antigüedad; aunque se desconocía a profundidad la procedencia y razón del porqué de esta enfermedad, en la Grecia antigua y en el Imperio Romano, se señalaron una serie de postulados médicos y posibles tratamientos para curar una enfermedad que afectaba el sistema respiratorio y generaba unas altas tasas de morbilidad y mortalidad.

En el caso Griego, la enfermedad que se conoce en la actualidad como tuberculosis, era conocida por el nombre de *Ptisis*, término que también estaba asociado a enfermedades como la *Empiema*, la *Pleuresía* y el *fimia* o absceso de pulmón⁴⁰. Otro término asociado con la antigua Grecia, es el de *Consumción*, referencia que se utilizó en la literatura médica europea hasta el siglo XX⁴¹.

El padre de la medicina, Hipócrates, realizó entre el siglo IV y V antes de Cristo, investigaciones sobre la *Ptisis*, en donde se describió como: “una enfermedad crónica caracterizada por tos frecuente y persistente, expectoraciones productivas,

³⁹ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 56.

⁴⁰ CARTES, Juan Carlos. Breve Historia de la Tuberculosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013, Nro. LXX (605). p. 146.

⁴¹ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 123.

sudoración y fiebre constante.”⁴² El tratamiento propuesto por este médico constaba de: “...el uso de catárticos, inhalación de medicamentos, dietas especiales (pan y vino mezclado con agua) y lactancia.”⁴³

Hay versiones encontradas en relación a si Hipócrates reconocía a la tuberculosis como una enfermedad viral, es claro que señalaba a esta enfermedad como una de las más extendidas y fatales de la época, inclusive recomendando a médicos no tratar a enfermos terminales para evitar dañar su prestigio⁴⁴; pero hay autores que señalan que él consideraba erróneamente, a la tuberculosis como una enfermedad hereditaria⁴⁵, precepto que se mantuvo muchos siglos después, desconociendo los avances gestados desde la antigua babilonia que reconocía la tuberculosis como una enfermedad transmisible de un cuerpo a otro, y lo expuesto en el siglo II d.C. por el médico Eduardo Galeno⁴⁶.

A propósito de Galeno y el estudio de la tuberculosis en Roma, este señaló una serie de síntomas que presentaban los afectados por dicha enfermedad: “fiebre vespertina, sudoración, laxitud, dolor torácico y la hemoptisis como signo patognomónico.”⁴⁷ Además de esto la reconoció como una enfermedad incurable, que solo podía alivianar su padecimiento con reposo absoluto, una buena dieta y largos viajes por el mar. En contrapeso a esto, se han encontrado registros de cura de grandes figuras del imperio romano, el caso de Plinio el Viejo y su sobrino el joven que recomendaron el clima de Egipto, como factor determinante en la recuperación del mal de la tisis⁴⁸.

Para finalizar, otros tratamientos recomendados en la antigua Roma para mitigar los efectos de la tuberculosis, consistían en la ingesta de pociones mezcladas de menta

⁴² CARTES, Juan Carlos. Op. Cit., p. 146.

⁴³ *Ibid.*, p. 146.

⁴⁴ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 123.

⁴⁵ CARTES, Juan Carlos. Op. Cit., p. 146.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 146.

⁴⁷ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 2.

⁴⁸ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 123.

y hongos, vinagre, semillas de lila, uvas, carbonato de sodio, arsénico, cobre y ventosas.⁴⁹

1.1.4 La tuberculosis en la Edad Media. Aunque los tratamientos y el desarrollo de los estudios sobre las características de la tuberculosis no sufrieron grandes avances en este periodo de la historia con relación a siglos pasados; si se encuentran dispersos registros de una serie de investigaciones, que se hicieron con el fin de tratar esta enfermedad, en muchos de estos casos con resultados infructuosos. Tal vez unas de las razones fundamentales de la falta de preocupación por la tuberculosis y su forma pulmonar, se debe a las grandes pestes como la bubónica que azotaron la humanidad en la edad media⁵⁰.

El predominio de la medicina árabe en Europa, generó una serie de tratamientos que implementaron la teoría de las asignaturas, por medio de la cual para la cura de un pulmón enfermo (caso de la tuberculosis pulmonar) se le suministraba al paciente derivados de pulmones sanos de diferentes tipos de animales⁵¹. También se señaló en la medicina árabe, que la tuberculosis era una enfermedad de carácter contagioso, paso enorme que generó una serie de medidas que buscaban aislar a pacientes diagnosticados con este mal, y prevenir el desarrollo de nuevos casos tanto es sus núcleos familiares como en la sociedad misma.

Tal vez una de las practicas más nefastas y de pocos resultados, que se gestó en ésta época y perduró siglos después, para intentar curar la tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar, fue la de la ceremonia del *toque real*, práctica que se basaba en la errada creencia de un poder sanador sobrenatural que poseía el Rey y los monarcas en Europa⁵² y que daba como resultado la aglomeración de

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 123.

⁵⁰ LEDERMANN, Walter. El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista chilena de infectología*. Edición aniversario 2003. p. 13-17.

⁵¹ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 123.

⁵² CARTES, Juan Carlos. Op. Cit., p. 147.

personas esperando ser curadas, pero conviviendo en espacios cerrados y atiborrados de agentes transmisores de muchas enfermedades contagiosas.

1.1.5 El Renacimiento y el inicio del descubrimiento de la tuberculosis. Este periodo de la historia en términos de la ciencia tiene una serie de contradicciones; aunque se gestaron importantes avances en materia del descubrimiento de los agentes y las practicas que desarrollaban la tuberculosis pulmonar, también se mantienen en muchas latitudes del mundo practicas nefastas para la salud y que propiciaron un aumento considerable del número de contagiados por esta enfermedad, llegando a considerarse en algunas ciudades, principalmente europeas, a la tuberculosis como una epidemia⁵³.

Prácticas como el toque real, se siguieron realizando en algunas ciudades del viejo continente hasta el siglo XVII, la aglomeración de gente enferma esperando una cura milagrosa por medio de la interacción con el rey, solo generaban la dispersión masiva de enfermedades altamente contagiosas como la tuberculosis pulmonar; el gran aumento poblacional generado en Europa después de las grandes pestes de la edad media, sumado a las malas prácticas higiénicas en las ciudades, desató enfermedades de todo tipo. Medidas como levantar la prohibición de ingesta de carne y derivados de animales afectados por tuberculosis, como la que se dio en Austria en 1785, y en Prusia en 1788, desarrollaron un aumento considerable de contagio de esta enfermedad, principalmente en la población infantil. Una serie de hitos marcaron el inicio del descubrimiento de los probables agentes responsables de la tuberculosis, y a su vez de un probable tratamiento o cura.

En 1546, se lanza *De morbis contagiosis*, prominente investigación del médico Italiano Girolamo Fracastoro, que puntualiza en el señalamiento de una semilla causante del contagio de la tuberculosis pulmonar, y que la ubica en los cuerpos

⁵³ Ibid., p. 147.

infectados, la ropa, la cama y la casa de los enfermos⁵⁴. Con esto se inicia la búsqueda de una profilaxis de la enfermedad, al evitar interactuar con estos agentes diseminadores de la tuberculosis.

El médico holandés Franciscus Sylvius o Franz De la Boe, en 1671, desarrolla sus estudios por medio de una serie de autopsias, cavernas, nódulos y tubérculos en pulmón e intestino, y los denomina por primera vez en la historia *tubércula*, esta referencia se encuentra en su obra *Opera médica*⁵⁵. A comienzos del siglo XVIII médicos en Italia, seguían aconsejando desinfectar completamente todas las posesiones materiales de los muertos por tuberculosis, pues las consideraban muy contagiosas⁵⁶.

En 1689, Richard Morton describía dieciséis diferentes formas de tuberculosis, asociando el desarrollo de esta enfermedad, con una constitución corporal defectuosa, producto ya sea de una mala genética del cuerpo, o de una mala alimentación y condiciones de vida.

A lo largo del siglo XVIII se continuaba afirmando que la TBC era una enfermedad de carácter contagioso, y se comenzó a asociar a esta enfermedad con la pobreza y las precarias condiciones de vida de amplios sectores de la sociedad; en 1719, Benjamín Marten referencia en su texto *A new theory of consumption* al médico griego Hipócrates, considerando que existían en la sociedad algunas personas mucho más susceptibles al contagio de la tuberculosis, y que al ser una enfermedad causada por criaturas vivas maravillosas y diminutas, entre más se estaba en contacto con un enfermo, más riesgo había de contraer la enfermedad.

Ya en 1762, el médico de figuras históricas como Schiller y Goethe, y también precursor de la epidemiología en la tuberculosis, Christoph Wilhem Hufeland, señaló

⁵⁴ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 123.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 123.

⁵⁶ *Ibid.*, P. 123.

la pobreza, la carencia de recursos económicos y habitacionales, y la suciedad como factores determinantes en la aparición de enfermedades contagiosas⁵⁷.

Prominentes médicos de esta época como Rene Théophile Hyacinthe Laennec, Francois Xavier Bichat y Aloys Rodolphe Vetter, que dedicaron sus estudios a la tuberculosis, murieron producto de ella, tal vez al exponerse frecuentemente a enfermos y agentes de contagio de la enfermedad.

Percival Pott describió en la segunda mitad del siglo XVIII una deformidad inflamatoria de las vértebras, asociada a la espondilitis tuberculosa, razón por la cual esta malformación lleva hoy el nombre del mal de Pott. En 1782 el médico Graumann, desmintió la creencia de que la tuberculosis y la sífilis eran la misma enfermedad, iniciando el estudio de ambas enfermedades con características de contagio muy disimiles.

Se observa que en esta época fueron significativos los avances que se gestaron desde la ciencia para encontrarle un porque y un origen a la tuberculosis en su forma pulmonar; esta serie de avances independientes labraron el camino para un desarrollo más profundo del estudio de las microbacterias y las condiciones de vida generadoras de este nefasto mal; estos nuevos saberes se describirán en el siguiente apartado, bajo la forma de la etapa anatomoclínica del estudio de la tuberculosis en la historia.

1.2 ETAPA ANATOMOCLÍNICA

Podría decirse que esta etapa comienza temporalmente por la fundamentación de fisiología moderna por parte del médico Teophyle Hyacinthe Renee Laénec, en el siglo XVIII, y que termina con los avances microbacterianos gestados por Roberto

⁵⁷ Ibid., p. 123.

Koch, en 1882. Hay que hacer nuevamente salvedad, que esta etapa no está delimitada estrictamente bajo cánones temporales, sino más bien en términos de desarrollo científico, o sea, que hace acotación a la etapa en donde el avance del estudio de la tuberculosis estuvo orientado en la anatomía y la clínica, es decir, en el comportamiento del cuerpo y en la búsqueda de una posible cura.

Fuera del contexto meramente médico, pero no menos importante, hay que señalar que por este periodo transcurre el Romanticismo, en donde la figura de la tuberculosis es concebida como la enfermedad de moda entre jóvenes, literatos y pintores; en muchos casos, la tragedia producto del padecimiento colectivo de esta enfermedad, es el motor de una serie de expresiones artísticas muy marcadas por la tristeza y, la muerte y el suicidio como liberación del hombre:

El siglo XIX relacionó a la tuberculosis con un sentido peculiar del romance. Numerosos, artistas, escritores, poetas, músicos sufrieron de tuberculosis, lo que les procuró una especie de distinción y la palidez causada por la enfermedad era porte del estándar de belleza Kears, Thoreau, las hermanas Bronté, Federico Chopin, Lord Byron y muchos otros son ejemplo de ello. Los pintores romantizaron a las heroínas asténicas, pálidas y etéreas, y en óperas como "La Bohème", se celebra la tragedia de la muerte prematura por consunción. Los escritores señalaban la "spesphytica", estado de excitación psíquica que permitía a las víctimas de la tuberculosis soportar la carga de la enfermedad con optimismo, vivificando el genio.⁵⁸

Otro aspecto de gran relevancia es la concepción de la belleza, "El ideal de belleza corresponde a una naturaleza enfermiza en la que destaca la palidez y la expresión de sufrimiento en el rostro. Buena prueba de ello son las heroínas de óperas como La Bohème o La Traviata."⁵⁹ Aspecto que era asociado con los enfermos de tuberculosis; este modelo de lo bello, llegó a imperar parcialmente en algunos sectores de la sociedad europea de la época, transformando por corto tiempo el prejuicio de la tisis como una enfermedad asociada con la pobreza, a una directamente relacionada con los jóvenes, las mujeres y las elites⁶⁰.

Para la primera mitad del siglo XIX, la tuberculosis se convertía en una enfermedad alarmante, de rápido contagio y con unas tasas altísimas de mortandad; la relación

⁵⁸ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 57.

⁵⁹ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 3.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 3.

de esta con el contexto político-social mundial, estaba implícita en la inestabilidad producto de las guerras mundiales y sus consecuencias; en una nota enviada desde París y que encontramos en un ejemplar de vanguardia liberal de 1919, se señala el impacto de esta enfermedad entre las tropas, en la primera guerra mundial: “Veinticinco mil soldados franceses murieron de tuberculosis durante la guerra y 120 mil fueron exentos del servicio por enfermedades, según se dijo en el Senado durante una discusión sobre el proyecto de ley para establecer un sanatorio para tuberculosos.”⁶¹ Para la segunda guerra mundial, Magnolia Arango dice: “La segunda guerra mundial incrementó la TBC en una forma tal que países como Polonia en las ciudades de Lodz y Cracovia, tenían tasas de 500/100.000 habitantes. Posiblemente en Europa murieron en esta época entre 5 y 10 millones de personas por TBC.”⁶²

Los enfermos de tuberculosis contagian a cuerpos sanos por medio de su tos, su sudor, su ropa, sus objetos y hasta con el simple intercambio de un par de palabras; las familias de estos por su parte, intentan esconder las verdaderas causas de muerte de enfermos de tuberculosis cercanos a ellos, para evitar ser segregados o estigmatizados como posibles agentes de contagio⁶³.

El asocio de la clase obrera y de bajos recursos como los principales blancos de la tuberculosis, se da debido a sus precarias condiciones de vivienda, a las largas y extenuantes jornadas laborales a las que son sometidos, muchas veces en condiciones de hacinamiento y poca ventilación, y a los pocos recursos disponibles para una buena alimentación⁶⁴.

⁶¹ ANÓNIMO. La tisis en los soldados. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Lunes 22 de Septiembre de 1919. Nro. 19. Año I. p. 1.

⁶² ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 125.

⁶³ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 6.

⁶⁴ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

Estas situaciones coyunturales son las que presionan a los gobiernos y las asociaciones médicas, a buscar rápidamente un tratamiento y eventual cura de este mal, que aliviane la crisis salubre que se vivía en algunas ciudades de Europa.

1.2.1 René Laennec y la fundamentación de la fisiología moderna. Gaspard Laurence Bayle, publicó una obra en 1810, donde reconocía seis diferentes tipos de tuberculosis; con esto fundamentó que la nosografía de esta enfermedad debía hacerse sobre la anatomía patológica, más que sobre condiciones etiológicas extrañas⁶⁵, es decir, que la vinculación al estudio de la tuberculosis debía hacerse desde la anatomía propia, por encima de las condiciones externas a ella, principalmente por el desconocimiento de una razón exacta del porque se genera la enfermedad.

Con la muerte de Bayle a sus cuarenta y dos años, las banderas de la investigación y de este nuevo enfoque del estudio de la tuberculosis, las toma su discípulo, el anatomopatólogo francés Teophyle Hyacinthe Renee Laénec, quien vive para la combatir la tuberculosis y muere a manos de ella.

Laennec “Sintetizó las nociones de anatomía patológica, la percusión, la auscultación, reconociendo a la enfermedad como una sola entidad con múltiples manifestaciones.”⁶⁶ Antes de los avances en materia del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar gestados por este médico francés, no se podía reconocer las diferentes etapas de la tuberculosis, a partir de las diferentes lesiones causadas por ésta; tampoco se tenía claridad de la diferencia de esta enfermedad con otras asociadas al sistema respiratorio como la bronquiectasia, los abscesos pulmonares y los carcinomas.

⁶⁵ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 56.

⁶⁶ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 123.

Laennec desarrolló la técnica de la percusión en la clínica Charité de París, de la mano del médico Jean-Nicolas Corvisart; éste y otros prominentes investigadores de este centro médico, se movieron por el campo de los trabajos anatomopatológicos. Parte de las conclusiones de estas investigaciones, dieron como resultado que en 1818, Laennec desarrollara un aparato que cambiaría el diagnóstico de la tuberculosis, el estetoscopio.

Este instrumento cónico de madera, perfecciono la técnica de auscultación, anteriormente empleada poniendo el oído del médico directamente en el tórax del paciente⁶⁷; con esto Laennec pudo analizar a profundidad ruidos generados dentro de la cavidad torácica, “acuñando términos que han llegado hasta nosotros: estertores, crepitantes, soplos, etc.”⁶⁸

El resultado final de todas las apreciaciones hechas con el estetoscopio y la contrastación con el trabajo anatómico, fue la publicación en 1819 de su obra cumbre, *Traite de l'Auscultación Mediante* (Tratado de la auscultación mediata); en éste analiza y define todos los sonidos realizados por el sistema respiratorio de un enfermo, los contrasta con las lesiones anatómicas encontradas en procesos de disección de los pulmones, además diferencia la sintomatología y las manifestaciones de la tuberculosis pulmonar de otras enfermedades del sistema respiratorio.

En un principio este trabajo fue recibido con escepticismo por la comunidad médica de Francia, principalmente por su postura ante la curabilidad de la enfermedad: “la curación de la tuberculosis por la naturaleza es posible, pero aún no lo es por la medicina. No era esto comprendido por sus contemporáneos, quienes le manifestaban que si esto era verdad, era una verdad muy desconsoladora, a lo que respondía el sabio con elevado criterio científico: No se trata de saber si esto es triste, sino de saber si esto es verdad”⁶⁹. Ahora bien, con el pasar de los años, los

⁶⁷ CARTES, Juan Carlos. Op. Cit., p. 147.

⁶⁸ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 3.

⁶⁹ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 57.

métodos de la auscultación y la percusión gestados por Laennec, fueron catalogados como los más eficaces para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar y otras enfermedades del sistema respiratorio; estos métodos solo fueron reemplazados hasta finales del siglo XIX con el descubrimiento de los rayos X⁷⁰.

Para terminar, Laennec también profundizó en el concepto de la patocronia de la tuberculosis, que va “desde el pequeño tubérculo gris hasta la caverna tuberculosa y afirmó la unicidad de la enfermedad a través de lesiones de apariencia diferente.”⁷¹ Sus trabajos fueron la base de investigaciones posteriores como la desarrollada por Pierre Louis, que confirmó lo expuesto por Laennec y le sumó la descripción de formas de tisis extrapulmonares en zonas como la genital, la laríngea y la peritoneal, afirmando: “Después de los 15 años, no existen tubérculos en ningún órgano si no los hay al mismo tiempo en el pulmón”⁷². Tanto las investigaciones de Laennec como las de Louis, llevaron al médico alemán Johann Schönlein, a definir en 1839 el término de Tuberculosis, como el conjunto de enfermedades relacionadas con la tisis y que se manifiestan por medio de tubérculos.

1.2.2 La terapéutica y los sanatorios para tuberculosos a lo largo del siglo XIX. El predominio de la terapéutica aplicada a la tuberculosis, a lo largo del siglo XIX, estuvo marcado por la sintomatología; hay que decir que muchos médicos olvidaron las nociones gestadas siglos anteriores en relación a la contagiosidad de la enfermedad, solo algunos como el francés, Jean Antoine Villemin, se preocuparon en la segunda mitad del siglo XIX, por desarrollar una serie de experimentos que buscaban inocular el tejido tuberculoso de animales y de humanos, en otros animales, con resultados satisfactorios en términos de la reproducción de esta, y que corroboraron la contagiosidad de esta enfermedad por medio de un agente

⁷⁰ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 4.

⁷¹ *Ibid.*, p. 4.

⁷² *Ibid.*, p. 4.

trasmisible⁷³. Sus trabajos no fueron bien recibidos en la comunidad científica de la época, retrasando así grandes avances que se hubiesen podido gestar en el descubrimiento biológico de la enfermedad y que solo se darían en los últimos años de este siglo.

Un equilibrio en la terapéutica y las nociones de contagiosidad de la enfermedad fue el gestado por Sir James Clark en 1835,

En su libro *A Traitiseon Pulmonary Compsumption comprehending an inquirí into causes, nature, prevention and treatmen of tuberculoses and scrofulous diseases in general*, reúne con sentido moderno las antiguas y olvidadas palabras de Hipócrates, de Fracastor y el pensamiento de leyes precursoras de las repúblicas italianas del renacimiento. Encareciendo las medidas profilácticas e higiénicas, basado en la fuerte transmisibilidad de la enfermedad, consideró las tuberculosis de los animales y propuso que en las escuelas se introdujeran enseñanzas gimnásticas y prácticas deportivas.⁷⁴

En este periodo se vuelve al tratamiento tradicional de tisis (ineficaz en muchos casos) el cual consistía en “sangrías, enemas, eméticos. Se prestó especial atención a una dieta fortificante, como en la época clásica: aceite de hígado de bacalao, carne ocasionalmente y leche, tenida como el remedio por excelencia.”⁷⁵ La terapéutica toma un rumbo más orientado a la búsqueda de la cura natural de la enfermedad, que a la búsqueda del desarrollo de un nuevo medio para poder combatirla.

Médicos como Hermann Brehmer, para 1854, observando casos de curas por medio de la naturaleza, el aire puro y los ambientes controlados, (en este caso, la cura de uno de sus pacientes después de un viaje al Himalaya) comenzaron a recomendar un tratamiento terapéutico ligado a la construcción de sanatorios⁷⁶. Dentro de su discurso y el de otros médicos de su época, de la importancia del sanatorio, se señalaba “A principios del siglo XIX, se defendía que en los tuberculosos, el corazón era incapaz de hacer circular la sangre por los pulmones, lo que favorecía el depósito de los tubérculos. Brehmer pensó que en un lugar situado muy por encima

⁷³ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

⁷⁴ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 57.

⁷⁵ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 4.

⁷⁶ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

del nivel del mar, la disminución de la presión atmosférica haría aumentar la función cardíaca y con ello, la circulación pulmonar.”⁷⁷

Otras figuras relacionadas con el mundo médico como Florence Nightingale quien durante la guerra de Crimea estuvo al cuidado de los enfermos, y luego de ella trabajo en hospitales de Egipto y la India, consideraban que el reposo y los *Resorts* climáticos eran la mejor opción para curar a los enfermos de tuberculosis, inclusive llego a recomendarlos antes de consultar a un médico profesional⁷⁸.

El nacimiento y la popularización de los sanatorios para tuberculosos en la segunda mitad el siglo XIX, aunque por si solos no resuelven la magnitud de la proliferación de la enfermedad, y tampoco proponen la cura definitiva de la enfermedad, si disminuyen paulatinamente el contagio de la tuberculosis pulmonar al aislar los pacientes; por otro lado las condiciones de aires benévolos, el control del hacinamiento y el suministro de una buena alimentación, amortiguan las inclemencias de la enfermedad, y en algunos casos, brindas las herramientas para una curación natural de la enfermedad⁷⁹.

Por otro lado es en éste escenario del sanatorio, en el que se comienza a implementar otra serie de tratamiento que buscan mitigar los estragos de la enfermedad en los pacientes, en las últimas décadas del siglo XIX se comienzan a implementar procedimientos terapéuticos como la toracoplastía y el neumotórax⁸⁰. Esta etapa de importancia del sanatorio terminará en la primera mitad del siglo XX con el descubrimiento de los antibióticos, y la posibilidad de tratar al enfermo desde el hogar.

El enfoque anatomoclínico, la terapéutica y los esfuerzos dispersos por buscar una definitiva cura de la tuberculosis pulmonar y sus manifestaciones extrapulmonares, que se gestaron a lo largo del siglo XIX, evidenciaron la necesidad de descubrir de

⁷⁷ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 5.

⁷⁸ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

⁷⁹ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 5.

⁸⁰ CARTES, Juan Carlos. Op. Cit., p. 147.

una vez por todas el agente que propiciaba el desarrollo de la tuberculosis; este camino labrado perfiló la necesidad de hacer un estudio biológico de la enfermedad, con el fin de aislar las verdaderas causantes de la tuberculosis, y poder combatirla de una forma más eficaz.

1.3 ETAPA BIOLÓGICA

Ésta es tal vez una de las etapas más cortas, pero que marca un gran hito en la lucha contra la tuberculosis pulmonar. Tiene como antecedentes dos grandes descubrimientos del siglo XIX, por un lado el trabajo gestado por Jean Antoine Villemin, en relación a la contagiosidad de la tuberculosis; y por el otro el descubrimiento en 1895 y posterior aplicación en el diagnóstico de la tuberculosis, de los Rayos X, a cargo del físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen.

El primer acontecimiento anteriormente señalado, es el que toma como base para su investigación el médico Robert Koch, quien es el que define el agente etiológico causante de la tuberculosis, en 1882. Con esto se inicia esta etapa, que se caracteriza por el estudio biológico de las microbacterias causantes de este mal; para posteriormente emprender una lucha en su contra, con nuevas herramientas y entendiendo con claridad el origen de la tuberculosis; dando con esto el paso al siglo XX y la etapa terapéutica, que se mantiene aún hasta la actualidad, y es el resultado de siglos de investigación sobre esta enfermedad.

El Médico Rudolf Virchow, como muchos de sus antecesores aun creía que las diferentes manifestaciones de la tuberculosis, eran en realidad diferentes enfermedades (postulado que será desvirtuado años después), pero un criterio importante en esta etapa del estudio de la tuberculosis, sostenido por este autor, es

el de que “sólo cuando se comprendieran los mecanismos de defensa de las células, podría conocerse la patogénesis de las infecciones.”⁸¹

1.3.1 El descubrimiento del Bacilo de Koch. La tarde del 24 de Marzo(*) de 1882, cambiará drásticamente el desarrollo de la lucha contra la tuberculosis; fue este día en el que el Microbiólogo alemán Robert Koch, presenta una conferencia en el Instituto de Fisiología de la Universidad de Berlín, en donde expone el descubrimiento definitivo de el microorganismo causante de la tuberculosis, que el mismo definió como *Bacilo Tuberculoso*; con esto sellaba el fin de la búsqueda de ese misterioso agente causante de la tuberculosis, y el inicio de la lucha directa contra él, en palabras suyas al cierre de dicha conferencia: “de aquí en adelante no tendremos más, frente a nosotros, a una cosa vaga e indeterminada, estamos en presencia de un parásito visible y tangible. Se desarrolla en el hombre y con segar las fuentes de donde viene la infección, y una de ellas es seguramente la expectoración, la lucha antituberculosa será un hecho.”⁸²

Robert Koch en sus investigaciones, no solo logró aislar el bacilo causante de la tuberculosis, también lo logró inocularlo en Cobayas (sus animales de experimentación) logrando reproducir la enfermedad en estos, los cuales a su vez también fueron agentes diseminadores del bacilo, reproduciendo una vez más la tuberculosis. Con esto, desarrolló lo que hoy en día se conoce como los postulados de Koch, que han sido replicados por diversos investigadores de las enfermedades infecciosas años después⁸³.

El descubrimiento de Koch repercutió positiva y negativamente en la comunidad científica de la época; en el caso de Virchow, quien había sostenido que la que la

⁸¹ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

(*) Debido a la importancia de este descubrimiento, en esta fecha se celebra el Día Mundial de la Tuberculosis.

⁸² TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 58.

⁸³ *Ibíd.*, p. 58.

tuberculosis pulmonar y la escrófula eran dos enfermedades diferentes, no tuvo gran impacto, ya que este médico alemán siguió manteniendo su postura hasta el final de su carrera. Por el contrario Paul Ehrlich, quien años después mejoraría el método de tinción del bacilo, afirmaría a propósito de su asistencia a la conferencia donde Koch expuso su descubrimiento “Asistí esa noche a la experiencia más importante de mi vida científica”⁸⁴.

1.3.2 La lucha contra la tuberculosis. Podría decirse que la lucha contra la tuberculosis, es algo que se está gestando desde siglos atrás, pero con lo descubierto finalizando el siglo XIX por Robert Koch, se inicia tal vez la campaña más eficaz hasta el momento en contra de este mal. Mientras Koch, descubría el bacilo tuberculoso, también en 1882, el médico italiano Carlo Forlanini, desarrolló un método de curación de la tuberculosis, llamado Neumotorax Artificial⁸⁵ y que consistía en el colapso del pulmón enfermo por medio de la inyección de aire u otro gas en la cavidad de la pleura.

Este descubrimiento desarrollado por Robert Koch plantea una paradoja, ya se tiene claro cuál es el agente de contagio de la tuberculosis, pero no se tiene un medicamento para atacarlo y eliminarlo de los pacientes infectados, ni sustancias para eliminar la bacteria de los objetos y los ambientes con los que ella interactúa; este panorama arroja una conclusión, al no tener a la mano aun un medicamento para tratar los enfermos, y entendiendo el delicado y arduo proceso de elaboración de uno, se plantea comenzar la lucha desde el ataque a las secreciones de los enfermos, por medio de la esterilización. Se utilizaron todo tipo de sustancias tanto sobre el esputo, habitante en el aire, como contra los objetos de uso personal o que estuvieran en contacto con el enfermo; esto disminuyo notoriamente los índices de contagiosidad de la enfermedad.

⁸⁴ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 4.

⁸⁵ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 58.

La asepsia comienza a tomar relevancia no solo en el tratamiento de la tuberculosis, sino en el mundo médico en general; “Edmon Delorme/(1893): introduce la asepsia para la cirugía, lo cual la desarrolla notablemente, pues hace posibles nuevos procedimientos quirúrgicos.”⁸⁶

La intervención médica de los enfermos tenía una doble intención, por un lado buscar su curación, propiciándole aparte de los cuidados médicos, un ambiente controlado en el sanatorio; y por el otro evitando que el enfermo se convirtiera en una agente de diseminación de la enfermedad en su círculo familiar, y en la sociedad en general.

Koch después de 1882, dedica sus esfuerzos a seguir profundizando en el saber de la tuberculosis, para eventualmente buscar una cura definitiva de esta; el 4 de Octubre de 1890, ante el Congreso Internacional de Medicina, presentó los resultados de una investigación que venía desarrollando en su laboratorio, y que pretendía ser la solución curativa de la tuberculosis; ante la comunidad académica y médica, presentó una sustancia que podía detener el crecimiento del bacilo, afirmando que esta tenía efecto tanto en el tubo de ensayo como el organismo vivo; describió también la necrosis que se genera al inyectar la sustancia en Cobayos (animales de ensayo) lo que se conocer como el fenómeno Koch. Esta sustancia fue conocida como linfa de Koch o Tuberculina (nombre sugerido por su discípulo Von Budjwid⁸⁷) y consistía en un extracto glicerinado de un cultivo puro de bacilos tuberculosos.

En la lucha por la supremacía en la investigación biológica, entablada entre Francia con Pasteur a la cabeza y Alemania con Koch; el gobierno alemán presiona a su prominente científico a anunciar unos resultados aún provisionales y en prueba de la tuberculina como método curativo de la tuberculosis; este acontecimiento hizo que el medicamento fuese probado en humanos a partir de 1891, en el hospital de

⁸⁶ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

⁸⁷ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 57.

la Charité de Berlín, en donde los pacientes inyectados sufrieron una fuerte reacción de hipersensibilidad al medicamento (fenómeno Koch), que fue interpretada como una manifestación positiva del medicamento en el proceso de curación⁸⁸.

Con este acontecimiento gran parte comunidad médica de Europa fijo sus ojos en Berlín, y viajaron de diferentes latitudes a adquirir los conocimientos necesarios de la curación de la tuberculosis e ir a replicarlos a sus lugares de origen; no solo profesionales de la medicina viajaron a Alemania, también hubo un éxodo de enfermos de tuberculosis que se aglomeraron en Berlín buscando ser curados, este suceso solo desató un magno problema de salud pública en la ciudad que obligó al gobierno y a la comunidad médica a tomar medidas para prevenir un calamidad pública⁸⁹.

Con el pasar del tiempo, se descubrió a dolor de la comunidad científica y los enfermos de tuberculosis, que esta sustancia desarrollada por Robert Koch, no tenía ningún poder curativo ni terapéutico; lo que si se logró demostrar es que era una buena herramienta diagnostica, que fue utilizada años después para este fin⁹⁰; Robert Koch mantuvo hasta sus últimos días la postura de que la tuberculina si era un agente curativo de la tuberculosis, e intento mejorarla como tal, sin resultado alguno.

Con la llegada del siglo XX, se empiezan a desarrollar una serie de medicamentos que marcarán fuertemente la lucha contra la tuberculosis pulmonar y sus manifestaciones extrapulmonares; por otro lado, los métodos de detección y diagnóstico de la enfermedad mejoraron notablemente, lo que permitió que por lo menos en algunas ciudades de Europa, a lo largo del siglo XX, la tuberculosis viviera un proceso de disminución de sus índices de mortalidad y morbilidad, lento pero constante, solo atenuado por las guerras y sus alteraciones socioeconómicas. El descubrimiento de sustancias como los antibióticos, mejoraron notablemente las

⁸⁸ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p. 4.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 4.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 5.

herramientas con las que contaban médicos para atacar la microbacteria causante de la TBC; esto y otros hitos científicos marcarían la etapa final de la historia de la tuberculosis, conocida como la etapa terapéutica.

1.4 ETAPA TERAPÉUTICA

La etapa terapéutica es la última de la lucha científica contra la tuberculosis, y se extiende hasta la actualidad. La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que aun afecta a millones de personas en el mundo, y aunque los avances médicos en el presente han reducido notoriamente los índices de mortalidad de ésta, la tisis no deja de ser un problema de salud pública importante, principalmente entre la población con más bajas condiciones socioeconómicas y entre los enfermos de VIH⁹¹.

Esta etapa responde principalmente a la imperancia y perfeccionamiento de la lucha directa contra la tuberculosis; siglos atrás la comunidad científico-medica se había dedicado a descubrir que era ésta enfermedad que afectaba principalmente el sistema respiratorio, cómo se trasmitía y cómo poder combatirla; con la llegada del siglo XX, y todos los descubrimientos gestados en el XIX que permitieron tener certeza de lo que se estaba enfrentando, se inicia una carrera por descubrir de una vez por todas el medicamento y/o tratamiento efectivo para destruir la bacteria tanto del cuerpo del enfermo, como del ambiente habitado por este. Otro flanco de lucha contra la enfermedad, fue el de encontrar la mejor herramienta de detención de la enfermedad en un temprano desarrollo, con el fin de permitir a la comunidad, alertar de la presencia de la misma y tomar medidas eficaces para prevenir nuevos contagios.

⁹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016. p. 1-5.

Como se menciona con anterioridad, esta etapa está delimitada temporalmente desde los primeros años del siglo XX, hasta la actualidad; y aunque no se puede hacer una descripción detallada de los avances científicos de la lucha contra la tuberculosis en el tiempo presente, es claro que aun al día de hoy, médicos y científicos luchan por erradicar completamente este mal que ha estado afectando a los seres humanos desde la prehistoria.⁹²

Hay que señalar nuevamente dos hitos que sirven de precedentes para la etapa terapéutica de la historia de la tuberculosis, el primero es el inicio de la colapsoterapia por medio de la técnica del neumotorax artificial, aplicada según algunos autores desde comienzos del siglo XIX, pero perfeccionada por el médico italiano Forlanini y posteriormente modificada por Dumarest. Esta técnica consistía en:

Tras anestesiarse la pared torácica con novocaína, se introducía un trócar entre dos costillas y se penetraba en el espacio pleural, en donde se introducía nitrógeno. La tos y la expectoración disminuían con rapidez y la terapia se mantenía durante unos cuatro años con sesiones semanales. A veces, la presencia de adherencias o bridas en el espacio pleural impedía la realización del pneumotórax. En estos casos se aplicaba otra técnica quirúrgica de mayor envergadura, la toracoplastia o ablación más o menos completa de las costillas con el fin de romper la rigidez de la caja torácica y provocar su hundimiento, para de ese modo colapsar las cavernas tuberculosas. Otro modo de soslayar el problema de las adherencias pleurales fue la producción del colapso mediante la parálisis del nervio frénico del lado afectado.⁹³

Con esto se comenzó a dar una serie de alivios al paciente, que fueron mejorando los ambientes en los sanatorios para tuberculosos, pero que no brindaron una cura definitiva de la enfermedad.

El segundo y que se comparte también como antecedente de la etapa biológica, es la aplicación de los Rayos X en el diagnóstico de la tuberculosis; descubiertos por Wilhem Roentgen en 1895; este avance a principios del siglo XX se empieza aplicar en “la búsqueda de casos en forma activa por catastros radiológicos abreugraficos

⁹² ANÓNIMO. Lucha contra la tuberculosis a nivel mundial. 15 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/lucha-contra-la-tuberculosis-nivel-mundial/>. Consultado: 28 de abril de 2018.

⁹³ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p.6.

con técnica de fluororoentgenografía (1936) de Manuel de Abreu.”⁹⁴ Es el método más efectivo para la detección de la enfermedad, con el que se cuenta casi en toda la primera mitad del siglo XX.

1.4.1 La tuberculosis pulmonar en el siglo XX. A comienzos del siglo, la tuberculosis pulmonar era un mal generalizado en el antiguo continente⁹⁵; altos porcentajes de población de todas las edades se veían afectadas por diversas enfermedades, y las respiratorias repuntaban en los casos de morbilidad y mortalidad. Las aparentes causas de este repunte en el número de casos de enfermos, se debían no solamente a la facilidad de contagio y a la resistencia del bacilo causante de la tuberculosis pulmonar, sino a unas condiciones socioeconómicas deplorables producto de la revolución industrial gestada en el siglo anterior, “precarias condiciones de salubridad y de las personas, agravadas por el hambre, la miseria y el estado permanente de agotamiento físico, dado por el abuso impuesto por la revolución industrial desde el siglo anterior, que incluso sometía a niños pequeños a jornadas extenuantes.”⁹⁶

Este panorama preocupó a la comunidad médico-científica de la época, que después de un conocimiento más profundo de la patología y comportamiento de la enfermedad, dado años atrás, y ante la carencia de medicamentos efectivos con los cuales atacar directamente la tuberculosis, optó por tomar una postura de prevención del contagio en personas sanas; las medidas fueron de carácter profiláctico y terapéutico, se buscó aislar y recluir rápidamente en sanatorios a enfermos detectados y brindarles un tratamiento basado en largos periodos de reposo, aire fresco, curas de altura, helioterapia, suministro de algunos medicamentos con base en oro y cobre e inhalaciones de creosota.

⁹⁴ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 58.

⁹⁵ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

⁹⁶ *Ibíd.*, p. 124.

La primera guerra mundial, retrasa, por lo menos en las grandes potencias de Europa, el acelerado desarrollo de la búsqueda de un compuesto capaz de destruir el bacilo causante de la tuberculosis; la inestabilidad política, económica, alimenticia y social, producto de esta guerra, acrecentó los niveles de afectados por TBC, principalmente entre las tropas de ambos bandos. Se comenzaron a implementar en la medida de lo posible tratamientos sencillos para controlar el rápido esparcimiento de la tuberculosis pulmonar en las trincheras, pero estos esfuerzos en muchos casos fueron infructuosos⁹⁷.

Por otro lado el sanatorio también fue foco de adoctrinamiento e implementación de preceptos normativos que fluctuaban entre la higiene, las buenas costumbres y la moral; este tipo de prácticas se venían desarrollando en clínicas e instituciones de salud desde el siglo XIX, y buscaban implantar en los pacientes, ideas del cuidado del cuerpo como un deber moral. Ahora bien, las medidas en algunos casos iban más allá de simples recomendaciones y se volvían represivas y autoritarias generando inconformidad en los pacientes:

En los sanatorios populares, no así en los privados, había una rígida separación por sexos, el tabaco y la bebida fuera de las comidas estaban prohibidos, así como el juego y las salidas, existiendo un riguroso control de las visitas. Esta disciplina tan estricta generaba muchos problemas. Los pacientes, en su mayoría adultos jóvenes, obligados a convivir durante sus largos periodos de ingreso (de 6 a 12 meses) con personas de su mismo sexo y sometidos a un control tan estricto, buscaban vías de escape en el alcohol, intentaban fugarse y experimentaban accesos violentos. Esta conducta era calificada por algunos médicos de la época como propia de todo enfermo tuberculoso.⁹⁸

Se empieza entonces a profundizar, en el prejuicio de la tuberculosis pulmonar como una enfermedad asociada a la pobreza, el vandalismo y la falta de valores morales y éticos; esta postura respondía a su vez a una serie de indicadores que señalaban a los sectores más bajos de la sociedad europea, como los más propensos a adquirir la enfermedad y a su vez ser agentes de transmisión de la

⁹⁷ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 59.

⁹⁸ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p.5.

misma, y es solo cuando se descubre que también las elites pueden contraer la enfermedad, que esto comienza a preocupar a la comunidad científica:

Desde la antigüedad se sabía que la tuberculosis es una enfermedad asociada a la pobreza, la promiscuidad y la ignorancia y, con frecuencia, tal como sigue ocurriendo en nuestros días, se la dejaba en el mayor de los descuidos, pero, al demostrarse que podía transmitirse y afectar también a las clases dirigentes, la medicina de la época reaccionó con los conocimientos de que disponía y creó los sanatorios, de cuyos presuntas bondades sólo pudieron beneficiarse los segmentos más pudientes de la sociedad.⁹⁹

Con el surgimiento de la segunda guerra mundial, países europeos vivieron tal vez los periodos más altos de tuberculosis pulmonar en el transcurso del siglo XX; llegando en este periodo a registrarse cifras de entre 5 a 10 millones de personas muertas por TBC en todo el continente.¹⁰⁰ Las razones del auge de esta enfermedad, se deben principalmente a las condiciones de malnutrición y hacinamiento que se vivían en las principales ciudades europeas, sitiadas por tropas de ambos bandos.

Para 1950, y después del fin de la segunda guerra mundial, las potencias mundiales emprendieron nuevamente una lucha constante contra la Tuberculosis Pulmonar; en el caso de Estados Unidos, en este primer año de la segunda mitad del siglo XX, se contaban con 100.000 camas disponibles en sanatorios antituberculosos¹⁰¹, por un lado se evidencia la preocupación por controlar la enfermedad, por el otro se puede dimensionar la magnitud de la misma.

Entrada la segunda mitad del siglo XX, y ante una disminución considerable del número de casos de tuberculosis pulmonar, algunos cambios trascendentales comenzaron a gestarse en algunas instituciones de la salud en el mundo;

El tratamiento tradicional consistente en el reposo en cama, los sanatorios antituberculosos, los tratamientos quirúrgicos agresivos empezaron a descartarse ya que la quimioterapia permitía un tratamiento ambulatorio. Las camas hospitalarias para tuberculosos comenzaron a vaciarse y los sanatorios cerraron o se destinaron a otros fines. El tratamiento permitía asimismo la reducción de las lesiones pulmonares a focos residuales muy circunscritos que

⁹⁹ FARGA, Victorino. La conquista de la tuberculosis. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2004, Vol. 20, Nro. 2. p. 104.

¹⁰⁰ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 125.

¹⁰¹ *Ibíd.*, p. 125.

podían eliminarse mediante exéresis selectiva del parénquima pulmonar, la cual sustituyó a la colapsoterapia.¹⁰²

Desde la década de los ochenta, y aun en la actualidad la tuberculosis ha tenido un nuevo campo de afectación y es el de los enfermos de VIH¹⁰³, esta enfermedad que debilita el sistema inmunológico del paciente, propicia la aparición de la Tuberculosis Pulmonar, considerándose como un de las principales causas de mortalidad, dentro de este grupo de pacientes. Por otro lado, en países subdesarrollados o de bajas condiciones socioeconómicas, la tuberculosis pulmonar es aún un mal vigente¹⁰⁴, que cobra altas cifras de víctimas anualmente.

1.4.2 Los sanatorios y la aplicación de la terapéutica contra la tuberculosis en el siglo XX. El sanatorio antituberculoso fue una de las instituciones más importante de la lucha y la profilaxis de la tuberculosis en el siglo XIX y por lo menos en la primera mitad del siglo XX¹⁰⁵; desde el comienzo de la observación de la enfermedad en la antigüedad, se identificó al aire como un probable medio de propagación de males del sistema respiratorio. Con la implementación de la teoría miasmica y posteriormente el descubrimiento de las microbacterias, la necesidad del cuidado y control del aire se hizo evidente, y es precisamente el sanatorio el lugar perfecto para poder tener un control de este tipo de malos aires.

A pesar del auge y la construcción de muchos sanatorios en el mundo, estos no daban abasto en periodos de gran auge de la enfermedad como lo fue la segunda guerra mundial; un sinnúmero de pacientes quedaban deambulando por las calles, contagiando a miembros de su familia y elevando aún más las tasas de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. Este panorama propició la creación de otra

¹⁰² BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p.8.

¹⁰³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Situación de la tuberculosis en las américas. 2016.

Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38626&lang=es. Consultado: 28 de abril del 2018.

¹⁰⁴ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p.8.

¹⁰⁵ *Ibíd.*, p.5.

institución dedicada a la lucha en contra de la tuberculosis, el dispensario antituberculosis. La finalidad y campo de acción de esta nueva institución era:

...la profilaxis mediante la difusión de medidas preventivas y la educación del enfermo. Contaban con un laboratorio para examinar los esputos, una sala de consultas y lavadero para lavar y desinfectar la ropa de los enfermos, a quienes se facilitaba la ropa y los alimentos necesarios, como pan, carne y leche. Los hijos de los tuberculosos eran enviados al campo a cargo de familias o a un sanatorio marítimo. Se visitaba a domicilio a los enfermos, se les enseñaba normas de higiene para la vivienda, como airear las habitaciones, dejar que entrara la luz del sol, barrer sin levantar polvo y usar y desinfectar las escupideras. También se seleccionaba a los enfermos que debían ingresar en sanatorios antituberculosos, los casos curables, y en hospitales si fueran incurables.¹⁰⁶

El primer dispensario fue el abierto en 1901 por el médico Calmette en la ciudad de Lille, ejemplo que fue replicado rápidamente en algunas ciudades de Europa.

Años antes, médicos como el suizo Auquite Rollier, le apostaban a abrir sanatorios para helioterapia terapéutica; este tuvo origen la ciudad de Lysen sobre uno anterior, el de Gorbersdorf, fundado por H. Brehmer en 1859.¹⁰⁷ La terapéutica retomó métodos desarrollados en el siglo XIX, y les dio mayor importancia; tratamientos como la balneoterapia y la talasoterapia, siguieron aplicándose en muchos sanatorios y balnearios-sanatorios, principalmente a la población infantil, resultando en algunos casos, muy eficaces en la disminución del padecimiento de la tuberculosis.

Los métodos terapéuticos fueron reemplazados paulatinamente por el desarrollo de compuestos eficaces de tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, “frente al éxito curativo que iban teniendo los nuevos tratamientos con medicamentos antituberculosos, sucede un cambio en la conducta terapéutica, se abandona el neunurtórax artificial terapéutico, se inicia el tratamiento quirúrgico, especialmente con colapsos quirúrgicos y exéresis segmentarias lobulares, pulmonares o pleuropulmonares.”¹⁰⁸ Muchos de los sanatorios, dispensarios e instituciones de

¹⁰⁶ *Ibíd.*, p.6.

¹⁰⁷ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. *Op. Cit.*, p. 124-125.

¹⁰⁸ TORRICO, Raúl. *Op. Cit.*, p. 59.

terapia, fueron desapareciendo con el tiempo y la lucha contra la tuberculosis, se concentró en los hospitales y en las mismas casas de los pacientes.

1.4.3 Desarrollo de medios para combatir la tuberculosis pulmonar. Como primer suceso que se puede señalar, en el marco del gran desarrollo farmacéutico, clínico y quirúrgico en el siglo XX, está la invención del método de presión diferencial, con el cual se inició la cirugía de tórax; este descubrimiento fue gestado por Ferdinand Sauerbruch el 6 de Junio de 1904¹⁰⁹. Con esto se empezó a popularizar más la cirugía de tórax, por encima de los tratamientos de colapso del pulmón por medio del Neumotorax Artificial.

Con el auge de la cirugía como método para el alivio y curación de la tuberculosis, el medico Austrohúngaro Jan Mikulicz-Radecki, mando a construir el primer quirófano de baja presión; a pesar de que el primer paciente con el que lo probaron murió, para 1905 el y su colega alemán Ernst Ferdinand Sauerbruch, habían operado exitosamente del tórax, dieciséis pacientes con evolución satisfactoria.¹¹⁰

Con el fracaso de la tuberculina desarrollada por Koch a finales del siglo XIX, como método de inmunización; y la claridad de la importancia de parar el surgimiento de nuevos contagios, el médico Albert Calmette, con ayuda del veterinario Camille Guérin, empleados ambos del Instituto Pasteur de Lille, inician en 1908 un cultivo de bacilos de Koch en papa glicerizada bilingüe¹¹¹. Ambos tenían clara la importancia de encontrar una vacuna eficaz y comprobada que logrará inmunizar a la población, principalmente la infantil, y después de tener un control de la contagiosidad de la enfermedad, poder dedicarse nuevamente al tratamiento de los pacientes ya infectados.

¹⁰⁹ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

¹¹⁰ *Ibíd.*, p. 124.

¹¹¹ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 59.

El estallido de la primera guerra mundial, afectó el desarrollo de esta investigación, aunque ambos investigadores continuaron trabajando en el marco de la guerra, inclusive estado sitiada Lille por los alemanes; al no poder seguir experimentando con vacas debido a la posesión de las mismas por parte del ejército alemán, Calmette comenzó a probar con palomas, se dice que alcanzó a tener tantas, que el ejército alemán lo señaló como un espía, e inclusive estuvieron a punto de fusilarlo¹¹². Otra serie de sucesos en este periodo atrasaron el descubrimiento que se gestaría después, la muerte de Massol un gran colaborador en la investigación, la de Metchnikoff, que obligaría a Calmette a viajar a Paris, y por último la muerte de la esposa de Guérin.

Después de tantos percances y resultado del trabajo de más de diez años, ejecutado por estos dos médicos, el cual tomó conceptos desarrollados por investigadores antecesores como Bayle, Koch, van Pirquet y Ghon, tales como el carácter sistémico de la infección, el papel de la alergia y la infección benigna¹¹³; finalmente en 1919 consiguieron un bacilo que no producía la enfermedad, con estabilidad completa y con capacidad antigénica, el cual fue nombrado *Bacilo de Calmette-Guérin* (BCG).

Para 1921, estos dos investigadores ya tenían un prototipo de vacuna que toma su nombre del bacilo descubierto dos años atrás, *Vacuna BCG*, y que es implementado en humanos por primera vez en ese año por la cadena de fármacos Weill-Helle.

La aplicación a 250 niños, en 1930, de una serie de vacunas BCG defectuosas en Lübeck, Alemania, que dejó como saldo 75 muertos y 125 contagiados, al poseer estas vacunas agentes activos de la enfermedad¹¹⁴; llevo a tanto a Calmette como a Guérin a juicio, perdiendo momentáneamente el reconocimiento a sus logros; este inconveniente se resolvió poco tiempo después, al descubrir que la falla, no estaba

¹¹² BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., p.7.

¹¹³ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 125.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 125.

en el producto sino en su mal manejo, quedando absuelto totalmente ambos médicos.

Aunque la tuberculosis pulmonar había comenzado a disminuir lentamente desde inicios del siglo XX en algunos países europeos, tal vez debido al mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes; con la inestabilidad producto de las dos guerras mundiales, los índices de tuberculosos comenzaron a elevarse alarmantemente. Para la segunda guerra mundial ya se contaba con, la vacuna BCG, y fue utilizada masivamente, generando resultados muy satisfactorios en la prevención de nuevos contagios.¹¹⁵

Una nueva etapa se empieza a gestar a partir de la comprobación de la vacuna eficaz para la prevención del contagio de la tuberculosis, y es la de la lucha en contra de la bacteria ya presente en el ser humano; el desarrollo antibiótico podría decirse que comienza con el descubrimiento en 1928 de la Penicilina, efectuado por Sir Alexander Fleming; este hito plantea las bases para que Selman Waksman con ayuda de Albert Schatz descubran en 1943 la *Streptomycina*, primer antibiótico efectivo para destruir el bacilo de Koch¹¹⁶. Antes de esto ya se había probado infructuosamente con sulfamidas como la sulfanilamida, pero esta era incapaz de atravesar la pared del bacilo de Koch.

Waksman desarrolló la Estreptomycina a partir de una cepa de *Streptomyces griseus*; con esto cambió radicalmente tanto la batalla como el diagnóstico de la enfermedad finalizando la primera mitad del siglo XX. La aplicación de este medicamento se hacía por vía intramuscular y “negativizaba la baciloscopia del esputo, mejoraba las imágenes radiológicas y hacía desaparecer los signos generales de la enfermedad”¹¹⁷ con el tiempo se descubrió efectos secundarios en este antibiótico:

¹¹⁵ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., 12. p.7.

¹¹⁶ TORRICO, Raúl. Op. Cit., p. 59.

¹¹⁷ BÁGUENA CERVELLERA, María José. Op. Cit., 12. p.7.

...pero pronto comenzó a mostrar efectos secundarios como su acción tóxica sobre el nervio auditivo y la aparición de gérmenes resistentes. Ese mismo año de 1946 se publicaron los resultados positivos de la utilización del ácido para amino salicílico, para poco después comprobarse que su administración conjunta con la estreptomomicina retrasaba o impedía la aparición de resistencias. Faltaba sin embargo un remedio que además de eficaz fuera barato, fácil de administrar y sin efectos secundarios.¹¹⁸

Para 1952 se resolvió el problema generado por la Estreptomomicina, complementándola por un nuevo medicamento, *la Isoniacida*, que era la hidracida del ácido isonicotínico¹¹⁹. Sumando este nuevo compuesto, que además resulto ser muy eficaz en la profilaxis de la enfermedad, y otros descubiertos pocos años después como la Rifampicina, para la década de los sesenta, la tuberculosis, las tasas de mortalidad y morbilidad de la tuberculosis, habían descendido considerablemente, “Todas estas mejoras llevaron a un descenso tan grande de la enfermedad que se llegó a pensar en la década de los setenta en su eventual erradicación.”¹²⁰; es aproximadamente en la década de los ochenta, que esta enfermedad cobra vigencia nuevamente, con el auge del VIH-SIDA y el desarrollo de resistencia a los antibióticos del bacilo.

Aun en la actualidad es común el asocio de la Tuberculosis Pulmonar y el VIH-SIDA. La lucha contra esta enfermedad respiratoria sigue vigente, sobre todo en países del tercer mundo, donde las condiciones de vida de la población no son las idóneas y en donde instituciones como las carcelarias generan graves problemas de hacinamiento y propagación de enfermedades infecciosas¹²¹. Colombia no es ajena a esta realidad, y como se verá en los siguientes apartados, no estuvo muy distante de los problemas generados por la Tuberculosis pulmonar en otras latitudes del mundo, y de su devenir científico en la búsqueda de erradicar este mal.

¹¹⁸ *Ibíd.*, 12. p.7.

¹¹⁹ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. *Op. Cit.*, p. 125.

¹²⁰ BÁGUENA CERVELLERA, María José. *Op. Cit.*, p.8.

¹²¹ ANÓNIMO. Por epidemias y hacinamiento, Inpec no recibe a reclusos en cárcel Modelo. En: Vanguardia Liberal (en línea). Jueves 09 de marzo del 2017. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/391358-por-epidemias-y-hacinamiento-inpec-no-recibe-a-reclusos-en-car>. Consultado: 28 de abril de 2018.

Figura 1. Línea de tiempo: Hitos del descubrimiento de la TBC.

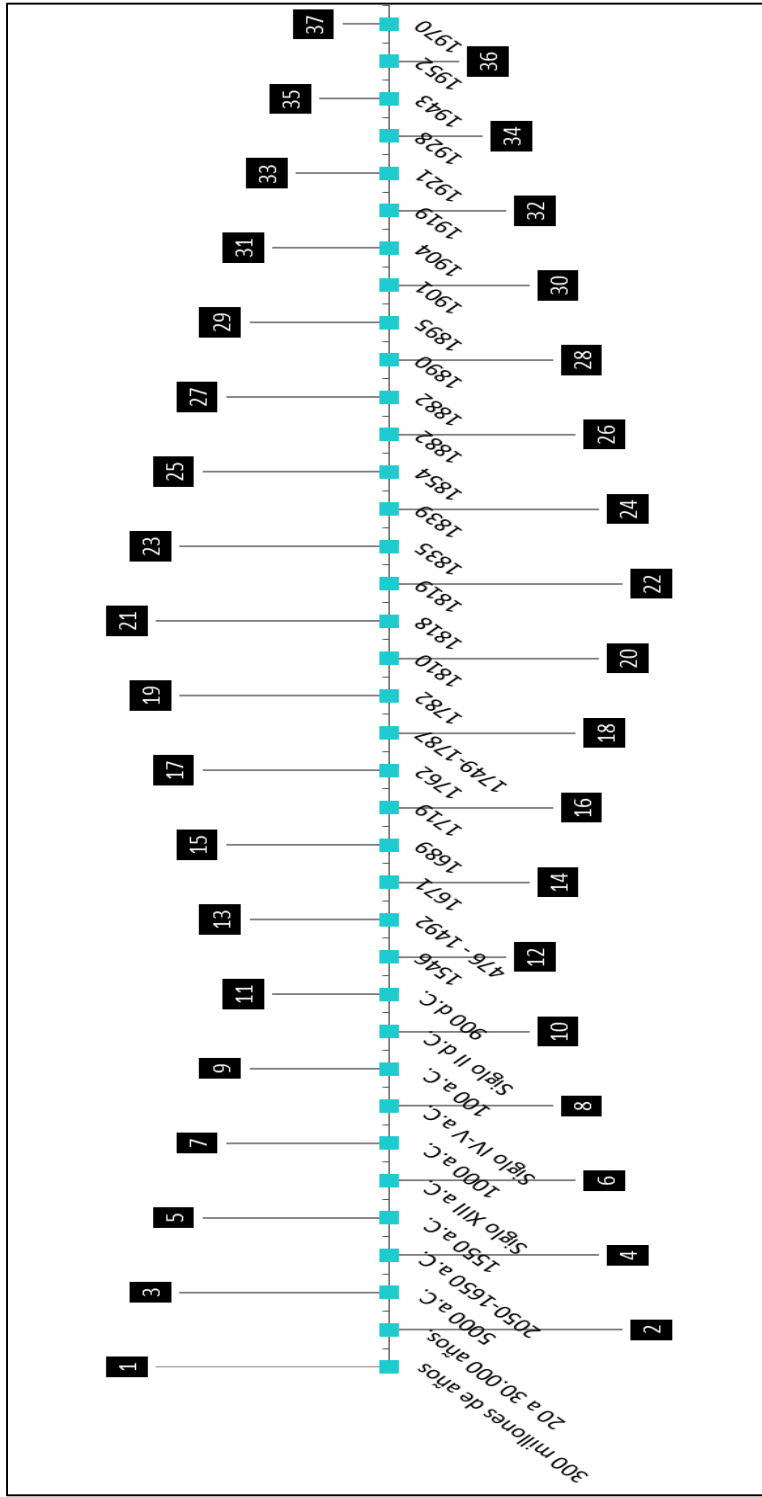


Tabla 1. Descripción línea de tiempo.

1	300 millones de años	300 millones de años. Desarrollo de las microbacterias en los vertebrados.	19	1782	Graumann desmiente la creencia de que la tuberculosis y la sífilis eran la misma enfermedad.
2	20 a 30.000 años.	Aparición de la microbacteria causante de la tuberculosis.	20	1810	Gaspard Laurence Bayle, publica su obra, donde reconocía seis diferentes tipos de tuberculosis, con esto fundamentó que la nosografía de esta enfermedad debía hacerse sobre la anatomía patológica, más que sobre condiciones etiológicas extrañas
3	5000 a.C.	Uno de los primeros humanos afectados por el Mal de Pott (tuberculosis en la columna); descubierto en Heidelberg en 1907.	21	1818	Inención del estetoscopio por Teophyle Hyacinthe Renee Laénnec.
4	2050-1650 a.C.	Presencia de Mycobacterium africanum en el reino medio del antiguo Egipto.	22	1819	Teophyle Hyacinthe Renee Laénnec, escribe su obra cumbre, Traite de l'Auscultación Mediante.
5	1550 a.C.	Papiros con referencias de Consunción del pulmón en Egipto; descubiertos por George Ebers en 1872.	23	1835	Sir James Clark lanza su estudio sobre la tuberculosis titulado A Traitiseon Pulmonary Compsumption comprehending an inquirí into causes, nature, prevention and treatmen of tuberculoses and scrofulous diseases in general.
6	Siglo XIII a.C.	Referencia escrita en el Antiguo testamento del pueblo judío presente en Egipto afectado por lo que pareciese tuberculosis pulmonar.	24	1839	Johann Schönlein, define el término de Tuberculosis, como el conjunto de enfermedades relacionadas con la tisis y que se manifiestan por medio de tubérculos.
7	1000 a.C.	Manifestación de presencia de tuberculosis vertebral en pinturas del antiguo Egipto; medidas de aislamiento de los tuberculosos y reconocimiento de la enfermedad como trasmisible.	25	1854	Hermann Brehmer, comenzó a recomendar un tratamiento terapéutico ligado a la construcción de sanatorios para tuberculosos.
8	Siglo IV-V a.C.	Hipócrates realizó investigaciones sobre la Ptisis, en donde la asocio con el sistema respiratorio.	26	1882	Robert Koch define el agente etiológico causante de la Tuberculosis, el bacilo de Koch.
9	100 a.C.	Philoc un sacerdote de Ammon, afectado alteraciones óseas causadas por tuberculosis vertebral.	27	1882	Carlo Forlanini, desarrolló un método de curación de la tuberculosis, llamado Neumotorax Artificial.
10	Siglo II d.C.	Galeno hace investigaciones sobre la contagiosidad de la tuberculosis.	28	1890	Robert Koch, presenta linfa de Koch o Tuberculina, un extracto glicerinado de un cultivo puro de bacilos tuberculosos que pretendía detener el crecimiento del bacilo.

11	900 d.C.	Niño afectado por el bacilo de Koch en Perú.	29	1895	Wilhelm Conrad Röntgen descubre los rayos X, utilizados en el diagnóstico de la tuberculosis.
12	1546	Se lanza De morbis contagiosis, de Girolamo Fracastoro, que señalaba postulados sobre la contagiosidad de la tuberculosis y su presencia en los objetos	30	1901	Apertura del primer dispensario antituberculoso, por el médico Albert Calmette en la ciudad de Lille.
13	Siglo V- XV d.C.	Popularización del toque real, que dispersó las enfermedades contagiosas; y aplicación de la teoría médica árabe de las asignaturas, en donde se trataba la tuberculosis pulmonar con derivados de pulmones sanos de origen animal.	31	1904	Ferdinand Sauerbruch descubre el método de presión diferencial, con el cual se inició la cirugía de tórax.
14	1671	Franciscus Sylvius relaciona por primera vez en su obra Opera Médica, el concepto de Tubércula.	32	1919	Se descubre un bacilo que no producía la enfermedad, con estabilidad completa y con capacidad antigénica, el cual fue nombrado Bacilo de Calmette-Guérin (BCG).
15	1689	Richard Morton describía dieciséis diferentes formas de tuberculosis, y relacionaba a esta enfermedad con malas condiciones genéticas, alimenticias y de vida.	33	1921	Albert Calmette y Camille Guérin patentan la Vacuna BCG contra la tuberculosis.
16	1719	Benjamín Marten en su texto A new theory of consumption, referencia vagamente la responsabilidad de la tuberculosis a criaturas diminutas; además de señalar que existían personas mucho más susceptibles a contraerla.	34	1928	Sir Alexander Fleming descubre la penicilina.
17	1762	Christoph Wilhem, señaló las condiciones precarias económicas y de vida actores para contraer enfermedades tiosas.	35	1943	Selman Waksman y Albert Schatz descubren la Estreptomina, primer antibiótico efectivo para destruir el bacilo de Koch.
18	1749-1787	Percival Pott describió una deformidad inflamatoria de las vértebras, asociada a la espondilitis tuberculosa, el Mal de Pott.	36	1952	Se le suma la Isoniacida, a la Estreptomina, lo que mejora el medicamento.
			37	1970	Se descubre la Rifampicina, medicamento que combate el bacilo de Koch.

1.5 LA TUBERCULOSIS EN LA HISTORIA DE COLOMBIA

La tuberculosis, como se señaló en el apartado anterior, es una enfermedad que ha existido inclusive desde antes del surgimiento de la humanidad; aunque los estudios sobre la presencia de tuberculosis pulmonar en el continente americano antes del periodo de conquista, no son concluyentes, es claro que por lo menos la forma extrapulmonar de la enfermedad si existía en la América precolombina¹²².

Alvaro Javier Idrovo, en las primeras páginas de su artículo *Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia*, señala las afirmaciones de la presencia de TBC en el periodo prehispánico generadas por los autores Pfeiffer, Means, El-Najjar, Correal y Flórez, Rodríguez y Díaz, Allison y Pezzia, Holcomb y Salo, y Arriaza; investigaciones desarrolladas en países como Canadá, Estados Unidos, Colombia, Perú y Chile.

Aunque es clara la presencia de la enfermedad tanto en el periodo prehispánico, como en el de conquista y colonia; para el caso de Colombia, uno de los periodo de mayor auge de la enfermedad se dio finalizando el siglo XIX y por lo menos en toda la primera mitad del XX; para llegar a esta temporalidad es necesario hacer una descripción del comportamiento de la enfermedad en siglos pasados y poder delinear como llega ésta a convertirse en un problema de salud pública en el siglo pasado, logrando sobrevivir hasta nuestra actualidad.

1.5.1 La tuberculosis en el periodo prehispánico. En el caso del actual territorio colombiano, para el periodo prehispánico se podría decir que las regiones donde más estuvo presente esta enfermedad fue en las de control Muisca y Guane¹²³; el

¹²² RODRÍGUEZ CUENCA, José Vicente. Las enfermedades en las condiciones de vida prehispánica de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2006. p. 213-214.

¹²³ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 125.

actual territorio nacional no fue ajeno a las inclemencias de esta enfermedad en la antigüedad; hay que señalar que una de las primeras evidencias que se encontró de presencia de la TBC en el territorio colombiano, se hizo a partir del análisis del aparato óseo de un hombre encontrado en la Mesa de los Santos (sector ubicado a pocos kilómetros de Bucaramanga y de presencia de comunidades Guanes) y que fue positivo para restos del bacilo de Koch.

Otros autores como Álvaro Idrovo afirman a propósito de la posible existencia de la tuberculosis en los pueblos prehispánicos en Colombia: “La existencia de factores de riesgo como la agricultura, los asentamientos humanos y la convivencia con animales, así como los hallazgos arqueológicos compatibles con lesiones tuberculosas son hechos que soportan dicha afirmación;”¹²⁴. Este mismo autor afirma que aunque si se podría deducir la existencia de esta enfermedad, no fue un mal mayor, que pudiese considerarse en la actualidad como un problema de salud pública.

Por otro lado también se encontraron en un cementerio Muisca, ubicado en el actual municipio de Soacha (Cundinamarca), siete sujetos con evidencias óseas de afectación por tuberculosis¹²⁵; así como otros en un cementerio en el departamento del Cauca¹²⁶.

Las enfermedades infectocontagiosas, aunque no tuvieron en este periodo de la historia de Colombia, gran importancia, sí estuvieron presentes; unas de las condiciones que propiciaron el control de estas enfermedades, se dan debido principalmente, a algunos buenos hábitos higiénicos de los pueblos prehispánicos, la disposición en abundancia de aguas limpias y espacios abiertos, y el equilibrio de

¹²⁴ IDROVO, Álvaro. Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920). Op. Cit., p. 216-217.

¹²⁵ RODRÍGUEZ, J.V. Acerca de la supuesta debilidad mental y física de los muisca como posible causa de conquista y posterior extinción. *Revista de Arqueología. Estudiantes de Antropología. Universidad Nacional*. 1988, Nro. 1. p. 42.

¹²⁶ RODRÍGUEZ, Carlos, *et al.* Tuberculosis en poblaciones prehispánicas de “El Morro de Tulcán” y “El Tambo-Alto del Rey” en el departamento del Cauca, Colombia. *Revista Infectio*. 2000, Vol 4. p. 17.

la densidad poblacional en la gran mayoría de los pueblos ancestrales, “Es bien conocido que no sólo es necesario que exista un suficiente número de individuos para que la enfermedad se mantenga prevalente en una población; se requieren otras condiciones como las malas condiciones higiénicas, la convivencia con animales portadores de *Mycobacterium*, algunos factores debilitantes y la inmunosupresión para que se desarrolle la tuberculosis.”¹²⁷

En el caso de los Muiscas, estos tenían muy buenos hábitos de higiene personal y social, y aunque convivían con animales que podrían ser agentes transmisores de la tuberculosis, como el caso de los Curíes, esto no era por si solo un factor que pusiera en riesgo de epidemia a una comunidad. Otros factores sí pudieron propiciar el desarrollo de enfermedades como la tuberculosis, la desnutrición pudo ser causal del desarrollo de esta enfermedad principalmente en las mujeres Muiscas:

Con respecto a los factores debilitantes y la inmunosupresión, la desnutrición es la condición que pudo haber estado relacionada. La alimentación muisca estaba fundamentada en el maíz, los frijoles, las raíces, las papas, las frutas y la carne de venados, tórtolas, conejos, curíes, palomas y perdices. Clásicamente, un elevado número de dientes cariados y los trastornos del hueso cortical se asocian con una alta ingestión de carbohidratos; estos signos se observan frecuentemente en los restos de las mujeres muiscas. Este hecho permite suponer que la dieta con proteína animal era privilegio de los hombres, principalmente, de posiciones sociales superiores...Por estas razones, si bien la infección por *Mycobacterium* pudo tener una alta prevalencia entre los muiscas, la enfermedad posiblemente se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres.¹²⁸

Este periodo continuaría así, con índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades contagiosas aparentemente controlados, pero con una presencia al parecer constante de la enfermedad en los principales pueblos nativos del territorio colombiano; profundos cambios se gestarán a partir de siglo XVI, con la incursión de los españoles en este territorio para el periodo de conquista, además de la mutación y adquisición de nuevas enfermedades por parte de los pobladores originarios de América, se le puede sumar a esto los cambios territoriales, del

¹²⁷ IDROVO, Álvaro. Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia. *Revista Biomédica*. 2004, Vol. 24, Nro. 4. p. 358.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 358.

espacio de vivienda, y de las condiciones alimentarias que propiciarán un aumento de la presencia de la tuberculosis.

1.5.2 La tuberculosis en la conquista y la colonia. Aunque hay unas pocas evidencias de la presencia de la tuberculosis en el territorio del Virreinato de la Nueva Granada entre los siglos XVI y XVIII, no es clara la magnitud de la afectación de esta enfermedad entre la población nativa, europea y afro; este vacío puede responder principalmente a la pobre documentación médica y de crónica, en relación a la situación salubre de las principales ciudades y asentamientos urbanos del territorio.

Por otro lado, es claro que los cambios sociales gestados en estos siglos, como el choque de culturas, el mestizaje, el exterminio de los pueblos nativos, y el desarrollo de explotación de materias primas, propiciaron una serie de escenarios desfavorables que acrecentaron problemas de salud pública:

El encuentro de poblaciones europeas y americanas supuso el intercambio de agentes patógenos nuevos para uno y otro grupo étnico, y las enfermedades cursaban de modo distinto en unos u otros, en armonía con la existencia o carencia de experiencia inmunitaria previa. En términos ecológicos, podemos decir que la irrupción europea alteró el equilibrio inestable y dinámico existente en las biocenosis autóctonas, al introducir agentes patógenos exóticos, por una parte y, por otra, nuevas poblaciones que, a su vez, experimentaban infecciones por agentes patógenos para los que carecían de defensas. Así pues, a América llegaron enfermedades de Europa y de África y, desde aquélla, partieron otras en sentido inverso. Las consecuencias fueron más dramáticas para los amerindios que para europeos y africanos.¹²⁹

En el caso de la tuberculosis, este choque entre diferentes comportamientos de una misma enfermedad pudo haber desarrollado una nueva y más contagiosa forma de transmisión, “El fenómeno social más sobresaliente de la Conquista fue el encuentro, a veces amistoso y muchas otras veces bélico, de individuos europeos con

¹²⁹ CORDERO DEL CAMPILLO, Miguel. Las Grandes Epidemias en la América Colonial. *Archivos de zootecnia*. 2001, Vol. 50, Nro. 192. p. 602.

aborígenes americanos. El resultado de este encuentro, en términos de la presencia de la tuberculosis, fue el choque de dos patrones epidemiológicos que con el paso del tiempo terminó en el predominio del perfil europeo durante la Colonia y la primera República.”¹³⁰ Podría decirse que la forma que imperó de la tuberculosis, fue la arribada de Europa, mucho más virulenta y de condiciones muy diferentes a la presente en el continente americano; es fundamental retomar un poco el comportamiento de esta enfermedad que llega con una serie de particularidades al nuevo continente.

Mientras que en el territorio americano, la forma de la tuberculosis que al parecer predominaba era la extrapulmonar, causada por el *M. Bovis*; en algunos parajes del territorio europeo ya se propagaba aparte de las formas extrapulmonares, la tuberculosis pulmonar, asociada al *M. tuberculosis*¹³¹; la primera forma de tuberculosis que se señala estaba asociada en mayor medida a las sociedades rurales y a los niños, y la segunda era una enfermedad más ligada a las ciudades debido a que su transmisión era principalmente aérea, y se acrecentaba con el hacinamiento y las malas costumbres higienes propias del ciudadano.

Es fundamental aclarar que la migración de españoles al territorio americano, se dio en de forma diversa entre población rural y urbana; de lo cual se podría deducir que ambas formas de tuberculosis, pudieron haber arribado a este nuevo continente, y haber insertado una forma tal vez inexistente, la tuberculosis pulmonar. Otro factor que se identifica en este periodo de la historia, es el arribo de nuevos animales asociados con el desarrollo de la tuberculosis, como lo fue el ganado bovino, desconocido en este territorio; la ingesta de carne infectada con microbacterias pudo desarrollar un rápido contagio de tuberculosis entre diferentes tipos de comunidades.

¹³⁰ IDROVO, Álvaro. Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia. Op, Cit., p. 359.

¹³¹ *Ibíd.*, p. 359.

España tenía una serie de particularidades que la diferenciaban en el desarrollo de las enfermedades en relación a otros reinos de Europa:

De otro lado, en España la tuberculosis causada por *M. tuberculosis* debió seguir los patrones encontrados en países vecinos como Francia, donde la agricultura, la urbanización descontrolada, la industrialización y otros factores relacionados fueron factores que favorecieron su propagación. Sin embargo, algunas características de la España de aquella época pudieron darle especificidad al comportamiento de la enfermedad. El crecimiento demográfico de la población española fue más lento que el ocurrido en otros países europeos; las ciudades, hasta más allá de la segunda mitad del siglo XIX, no tenían una adecuada planificación, especialmente las amuralladas, lo cual permitía que fueran prevalentes el hacinamiento y las malas condiciones sanitarias.¹³²

Los problemas relacionados con la tuberculosis pulmonar, sufrirán un aumento con el surgimiento de las ciudades en el virreinato, la concentración de aborígenes en las encomiendas y el aumento constante en la densidad poblacional que se tendrá entre estos siglos.

A comienzos del siglo XIX tendrá lugar un momento coyuntural de la historia del territorio nacional, que probablemente afectó el desarrollo de las enfermedades infecciosas; y es el proceso de independencia de la corona española; Álvaro Javier Idrovo se cuestionaba, “¿cuál es el efecto que tuvieron las guerra de independencia y, posteriormente, los conflictos bélicos internos durante el resto del siglo XIX sobre la frecuencia de la tuberculosis?... ¿será que tuvieron impactos similares a los observados en otros conflictos armados, como el franco-pruso de finales del siglo XIX?”¹³³ Casi nada se conoce sobre la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en este periodo de la historia de Colombia, lo que no significa que no se pueda deducir que la inestabilidad social, los dramas familiares producto de la pérdida de sus pilares económicos, las extenuantes jornadas de los grupos militares y la insalubridad producto de la guerra, fueron el escenario perfecto para que esta enfermedad proliferará y se arraigara aún más en la población de esta nación en construcción, generando graves problemas de salud pública al finalizar el siglo.

¹³² *Ibíd.*, p. 359.

¹³³ *Ibíd.*, p. 359-360.

1.5.3 La Epidemia y Endemia de tuberculosis a finales del siglo XIX e inicios del XX.

La situación tanto salubre, como epidemiológica de Colombia en los últimos años del siglo XIX, no era para nada la mejor. Enfermedades como la fiebre amarilla, la tifoidea, la lepra, la disentería, la sífilis y por supuesto la tuberculosis pulmonar, afectaban a un gran número de personas a lo largo de todo el país; a esto se le puede sumar los trascendentales cambios económicos y sociales por los que pasaban las grandes ciudades del país; cambios que repercutieron en la organización territorial de los centros urbanos, propiciando hacinamiento, malnutrición, mal uso de las fuentes hídricas, alcoholismo, entre otras cosas que profundizaban problemas de salud pública.

Algunas enfermedades como la fiebre amarilla afectaron fuertemente regiones como la de Santander¹³⁴ en las primeras tres décadas del siglo XX; en el caso de Bogotá la ciudad capital, al ser el destino por excelencia de las personas que buscaban una nueva oportunidad económica y laboral, después de las inclemencias de todas las guerras civiles del siglo XIX, se convierte rápidamente en el foco de múltiples enfermedades.

Hay que entender que en el transcurso de un solo siglo, Bogotá pasó de ser una ciudad de gran extensión y poca densidad poblacional, a una con altos índices de recepción de migrantes, y con transformaciones urbanas que agudizaron problemas como la pobreza, la mendicidad, el hacinamiento y la malnutrición; llegando a ver multiplicar su población de 1800, en cinco veces para finales de ese siglo¹³⁵.

Un ejemplo de los problemas generados en los últimos años del siglo XIX en relación a las condiciones de vivienda de los bogotanos, y que propiciaron el rápido

¹³⁴ HERNÁNDEZ, Aleidys. Op. Cit., 148 p. y MORALES, Elquin. Op. Cit., 200 p.

¹³⁵ SANCHEZ, José Guillermo. Lucha contra la tuberculosis en Bogotá 1900-1946. *Revista salud, historia, sanidad*. 2011, Vol. 2, Nro. 6. p. 38.

desarrollo de una eventual epidemia de tuberculosis en Bogotá para el siglo XX, es el presentado por Álvaro Idrovo:

En las viviendas bogotanas también se pueden apreciar los signos del hacinamiento. Mientras al inicio del siglo XIX las casas eran de una sola planta, con el paso del tiempo se fueron construyendo los segundos pisos con el fin de dar albergue a la creciente población. De esta manera, mientras en el piso superior vivían cómodamente los dueños de la casa, el primer piso era arrendado para ser utilizado como local de chicherías o tiendas; en estos mismos lugares vivían los inquilinos en condiciones de grave hacinamiento.¹³⁶

Se podría deducir que este tipo de cambios, en la vivienda producto de la acelerada urbanización, no solo se gestaron en Bogotá; gran parte del crecimiento de las ciudades de Colombia, se dio para este periodo; Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga¹³⁷ y otras grandes capitales de departamento no fueron ajenas a padecer de estos fenómenos, estos procesos de urbanización se caracterizan por “...un incremento relativo de la población de las zonas urbanas, que trae consigo cambios en la forma de vivir de sus habitantes, su alimentación y, en general, de los factores ambientales a los cuales se expone la población. Un resultado, al parecer inevitable, fue permitir la aparición de enfermedades infecciosas como la TBC.”¹³⁸ A partir de lo anterior es claro que si en otras ciudades se dieron estos cambios, muy probablemente enfermedades contagiosas como la tuberculosis pulmonar, estuvieron presentes y causaron grandes estragos.

En ciudades como Barranquilla la tuberculosis también era un problema que preocupaba a diferentes sectores de la sociedad, altos índices de morbilidad y mortalidad registraba esta enfermedad en las primeras décadas del siglo XX:

En Barranquilla, para 1931 de cada 100 habitantes, 12.91 morían de tuberculosis. Hacia finales de la década de 1930 la cifra de mortalidad aumentó a 19.18. Si esta información la

¹³⁶ IDROVO, Álvaro. Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920). Op. Cit., p. 219-220.

¹³⁷ ESPINOSA, Carlos. Negociantes de Bucaramanga 1902-1929. Bucaramanga: tesis para optar por el título de Magister en Historia. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Maestría en Historia. 2009. Página 31.

¹³⁸ IDROVO, Álvaro. Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920). Op. Cit. p. 221.

cruzamos con los datos recogidos en las actas de defunción de Barranquilla entre 1932 y 1937, podemos apreciar que el mayor número de muertes afecto a la población adulta, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 50 años; indicando la fuerte incidencia sobre la población en edad productiva de la ciudad.¹³⁹

Este fenómeno llevó a médicos, periodistas y políticos a tomar medidas para prevenir nuevos contagios y controlar una eventual epidemia de esta.

En ciudades como Medellín la situación en relación con la tuberculosis no era muy disímil a las otras capitales; el médico Jesús María Duque, dedico sus esfuerzos académicos y clínicos a estudiar y combatir la tuberculosis en toda Antioquia en los últimos años del siglo XIX; de sus investigaciones sacó dos grandes conclusiones: “1. Desde 1894, había comenzado una epidemia de tuberculosis en la ciudad; 2. El lugar de origen más probable y el principal foco de propagación era el Presidio Departamental, prisión que albergaba unos 150 presos condenados por delitos graves.”¹⁴⁰ Se puede hablar entonces también, de una preocupación por la tuberculosis desde el aspecto médico, y la identificación de los lugares de concentración de personas como la cárcel, en algunos casos con problemas de hacinamiento, como focos fundamentales del desarrollo de las enfermedades infecciosas.

Ahora, para el caso nuevamente de Bogotá, Idrovo señala que otro factor que propició un aumento considerable de presencia de tuberculosis pulmonar en la ciudad, finalizando el siglo XIX y a comienzos del XX, fueron los cambios en las condiciones laborales de los capitalinos. A comienzos del siglo XIX, la sociedad capitalina se empleaba principalmente en trabajos no industriales y de pequeña escala; finalizando este, se comienzan a gestar en la ciudad empresas dedicadas a la industria, con modelos calcados de Estados Unidos e Inglaterra, y esto transfigura

¹³⁹ CHAPMAN, William. AGUDELO, Ángela y MORALES, Jesica. La tuberculosis pulmonar en Barranquilla, 1930-1960. *Memorias, revista digital de historia y arqueología desde el caribe colombiano*. Septiembre-Diciembre 2015, Nro. 27. p. 284-285.

¹⁴⁰ MÁRQUEZ, Jorge. Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia. *Revista Estudios, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín*. Mayo 2012, Nro. Especial. p. 105.

el ejercicio laboral. Para Idrovo la población que más sufrió las inclemencias de estos cambios fueron los niños, quien desde muy corta edad ejercían oficios de la misma intensidad horaria y esfuerzo físico que los adultos; y las mujeres que debían trabajar inclusive en periodos de reposo como el embarazo o la lactancia¹⁴¹. Lo anterior generó un propicio escenario para que las enfermedades desarrolladas en cuerpos agotados y malnutridos como la tuberculosis, lograran impactar fuertemente en esta nueva población obrera.

Entre 1875 y 1914, y a partir de los registros encontrados en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, principal institución encargada de atender por lo menos el 50% de los casos de tuberculosis en este periodo, Idrovo señala que se dio una epidemia de tuberculosis en la ciudad:

La mortalidad por tuberculosis pulmonar se convirtió en la primera causa de muerte al pasar de ser cercana a 5% y llegar a tener proporciones de hasta 30% en sólo unos pocos años. La anatomía patológica de la época permitió identificar que cada vez con mayor frecuencia se seguía la teoría unicista de Bayle, Laennec y Louis, en la cual la infección inicial ocurría en los campos pulmonares inferiores; luego, los bacilos se ubicaban en los ápices y de allí se diseminaban hacia el resto del cuerpo. Esta alarmante situación propició que se crearan, en cumplimiento de la Ley 66 de 1916, pabellones especiales para tuberculosos en los hospitales más importantes del país.¹⁴²

Debido a la especificidad de la ley, que se señala en las últimas líneas de la referencia anterior, se puede deducir que la tuberculosis pulmonar no era un problema exclusivo de la ciudad capital; en las otras ciudades aunque se vivían tal vez procesos diferentes con la enfermedad, esta estuvo presente y causó estragos que preocuparon tanto al sector médico como al político-administrativo; este postulado y en especial el del caso de Bucaramanga, se expondrá con mayor profundidad en el capítulo tercero, sobre la política en la lucha contra la tuberculosis.

Para la tercera década del siglo XX, la tuberculosis pulmonar, ya había hecho un recorrido por toda Colombia, y se había arraigado mayoritariamente en las zonas

¹⁴¹ IDROVO, Álvaro. Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920). Op. Cit., p. 221.

¹⁴² IDROVO, Álvaro. Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia. Op. Cit., p. 360.

de climas templados y fríos. Con esto y a partir de las cifras que demuestran la presencia de la misma a lo largo de todo el siglo XX, se podría decir que en ciudades como Bogotá, la tuberculosis se convirtió en una endemia, y que su control fue difícil, por lo menos en lo que restaba de la primera mitad del siglo:

Las condiciones que precipitaron la epidemia de tuberculosis en las décadas anteriores fueron las que facilitaron que la enfermedad se mantuviese con un carácter endémico en la ciudad durante cinco décadas, aproximadamente, y posteriormente empezara a disminuir. De esta manera, los fenómenos sociales relacionados fueron la urbanización no planificada y sin adecuados servicios públicos y, posteriormente, el desarrollo industrial. Los patrones observados en Bogotá no fueron, entonces, muy diferentes de los presentados en los países europeos y americanos. Es decir, que la frecuencia tendió a disminuir de manera acorde con el mejoramiento de las condiciones de vida de las clases trabajadoras.¹⁴³

Se ha hecho un breve recorrido por la observación, descubrimiento, lucha y comportamiento de la tuberculosis y su forma pulmonar, en el mundo a lo largo de los siglos; los últimos apartados sirvieron de introducción al siguiente capítulo que se dedicará a explorar las investigaciones médicas sobre la tuberculosis en Colombia, la postura de los médicos en relación al que hacer con la enfermedad en este contexto.

¹⁴³ IDROVO, Álvaro. Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia. Op. Cit., p. 361.

2. LA CIENCIA MÉDICA EN COLOMBIA EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS 1916-1936

El ejercicio de la medicina es tan antiguo como el ser humano mismo; en el territorio colombiano, antes de la llegada de los españoles, ya se practicaba medicina ancestral de origen natural, que buscaba aliviar las inclemencias de enfermedades endémicas de estas regiones. Con la llegada de una nueva cultura, de nuevos conocimientos e inclusive de nuevas enfermedades, el quehacer médico fue mutando constantemente.

Durante el periodo de la colonia, la medicina se ejercía sin mayor control por parte de los organismos de gobierno; pero con el arribo de la república, los temas de salud pública y del ejercicio de la medicina comenzaron a sufrir trascendentales cambios.

La importancia de tomar medidas de saneamiento de los puertos, las ciudades y los centros urbanos, recaía principalmente en un interés económico y la búsqueda de un progreso social de esta nueva nación en construcción. El trabajador ahora era la piedra angular del desarrollo económico del país, por esto la preocupación por la higiene estaba latente: “La higiene y la sanidad abarcan toda la trayectoria biológica del capital humano, empezando desde la etapa prenatal o sea la iniciación de su existencia y culminando en la etapa en que aparece, en toda su plenitud, la célula adulta del organismo económico-social: el trabajador.”¹⁴⁴

Es debido a lo anterior que en los años siguientes al proceso de independencia de la corona española, el gobierno optó por decretar una serie de leyes que buscaban profesionalizar el ejercicio de la medicina, y por medio de este, profundizar en la

¹⁴⁴ BONILLA, Emiliano. Algunas aplicaciones económicas y sociales de la medicina en Colombia. Tesis para optar por el título de doctor en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Kelly. 1942. p. 35.

lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas del territorio. Con la llegada del siglo XX, el discurso médico estuvo orientado a buscar el mejoramiento de la salubridad nacional como características propias de una sociedad civilizada¹⁴⁵.

La profesionalización de la medicina traía consigo una serie de cambios estructurales de cómo pensarse y luchar contra las enfermedades; uno de estos es la ubicación de la enfermedad y del médico en el plano social, asociado las afecciones con el contexto particular en el que aparecen;

Pero el médico está colocado en un plano social en el que para actuar le son necesarios conocimientos casi universales, haciéndose sentir esta exigencia con carácter imperioso en tratándose del higienista...El médico se encuentra a la vez en presencia de la realidad concreta y de las abstracciones científicas. Su pensamiento necesita aprehender los fenómenos y los símbolos: debe indagar dentro de los órganos y dentro de la conciencia; le es imprescindible el conocimiento del ser humano y la persona en todas sus manifestaciones dentro del organismo económico-social.¹⁴⁶

En 1826, se decretó una ley por medio de la cual se autorizaban la creación de cátedras relacionadas con la enseñanza de la medicina; pero tal vez, el gran hito gestado en el siglo XIX en relación a la institucionalización de la salud pública y el ejercicio de la medicina como aspecto fundamental para la construcción de nación, fue la Ley 30 de 1886, por medio de la cual se crean las Juntas de Higiene en la Capital de la República y las de los Departamentos y ciudades principales; juntas que fueron integradas por tres médicos profesionales y un profesor de ciencias naturales, y que buscaban desde la medicina y la ciencia, con el apoyo del Estado, luchar contra las enfermedades más importantes de Colombia en ese momento.

Medidas como la creación de la Junta Central de Higiene tiene origen en la misma constitución política de Colombia de 1886; como lo señala Jorge Bilbao citando el artículo 44 de la carta magna: “Las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas, (y

¹⁴⁵ LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. p. 6. En: Informes. AGN.

¹⁴⁶ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p 32.

tercer inciso) La Ley podrá exigir títulos de idoneidad para el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares”¹⁴⁷. Se puede decir que a partir de lo expuesto en las líneas anteriores, la preocupación estatal por el control de la sanidad pública, también recaía en la necesidad de buscar un grupo idóneo y profesional de personas dedicadas al sector de la salud; esta búsqueda hace que para finales del siglo XIX y principalmente en las primeras décadas del XX, los médicos profesionales empiecen a pensarse las enfermedades que azotan a Colombia como un problema de estudio serio, y que empiecen a plasmar sus observaciones en revistas médicas especializadas y en informes a la opinión pública, que buscan ilustrar el ejercicio clínico y terapéutico de sus colegas, además de concientizar a la población de la importancia de tomar medidas profilácticas para la prevención de las enfermedades.

Este capítulo pretende cumplir con el objetivo de describir la postura de las comunidades médico-científicas de Colombia en relación al descubrimiento, la lucha y el desarrollo de medios para combatir y erradicar la tuberculosis pulmonar del territorio nacional en la primera mitad del siglo XX.

2.1 LA JUNTA CENTRAL Y LAS DEPARTAMENTALES DE HIGIENE Y SU PREOCUPACIÓN POR LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL PAÍS

Para iniciar hay que señalar la diferenciación que hace Tanny Moreno, a partir de los conceptos expuestos por Prospero Ruiz¹⁴⁸ sobre las enfermedades infecciosas y contagiosas:

En cuanto a los conceptos de enfermedades infecciosas y contagiosas, es importante separarlas; enfermedades infecciosas son aquellas que pueden transmitirse no por contacto directo, sino a través de un medio o por alguna otra influencia, son enfermedades que pueden contraerse por la exposición a un medio en el cual existe un ambiente propicio para

¹⁴⁷ BILBAO, Jorge. Op. Cit., p. 347.

¹⁴⁸ RUIZ, Prospero. Higiene y Saneamiento. Medellín: Impr. Departamental. 1948. p. 10.

proliferación de factores infecciosos, es decir, las enfermedades infecciosas, están directamente relacionadas con el saneamiento de las infraestructuras que propician los servicios básicos de agua y eliminación de desechos, además de la higiene de las viviendas, ejemplo de las enfermedades infecciosas están, la tuberculosis, tifoidea y angina diftérica.¹⁴⁹

En relación al contexto político, el financiamiento de la salud pública representado en los gastos de higiene después de 1917 se comenzó a descentralizar, adquiriendo dicha responsabilidad económica los departamentos y sus juntas departamentales de higiene; esto quedó expreso en los informes de la Junta Central de Higiene de 1918:

La ley ha dispuesto que la organización del servicio de higiene sea nacional porque así hay unidad de acción en una rama del Gobierno que tanto la necesita; pero al mismo tiempo ha impuesto a los Departamentos el deber de atender a los gastos que demande la higiene de tal manera que solamente a la sanidad de los puertos o las grandes epidemias tiene que atender el Tesoro Nacional.¹⁵⁰

Ahora bien, esto no significa que el Estado no intervenga cuando las situaciones epidémicas y de descontrol de la enfermedades sean críticas; es claro que se dimensionaba la incapacidad de los presupuestos departamentales para cubrir los costos totales de la lucha contra una enfermedad epidémica o de grandes magnitudes: “y a lo segundo, porque tratándose de una calamidad pública que pesa sobre una grande extensión del territorio de la Nación, ésta debe acudir en ayuda de los Departamentos y de los Municipios, cuyos recursos, en tal caso serían manifiestamente insuficientes.”¹⁵¹ Desde acá se puede encontrar una relación directa del Estado con las sociedades médico-científicas y como por medio de la Junta Central de Higiene y las Juntas Departamentales de Higiene, se buscaba poner orden al ejercicio de la salud pública.

¹⁴⁹ MORENO, Tany. Historia de la Salud Pública en Bucaramanga 1920-1973. Tesis de grado para optar por el título de Historiadora. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2008. p. 18-19.

¹⁵⁰ LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. p. 3. En: Informes. AGN.

¹⁵¹ *Ibíd.* p.3.

Los directores departamentales de higiene jugaban un papel fundamental en la construcción de la salud pública en las diferentes regiones del país; dentro de sus obligaciones estaba velar por el control de:

1. Lo que se relaciona con el ejercicio de la medicina y de la farmacia, venta de drogas, venenos, específicos y medicamentos secretos. 2. Calidad de alimentos, condimentos, bebidas. 3. Aguas potables, acueductos, cañerías, albañiles. 4. Saneamiento de poblaciones y habitaciones particulares. 5. Salubridad de cuarteles, escuelas, colegios, talleres, hospitales, prisiones y demás habitaciones colectivas. 6. Industrias peligrosas insalubres o incómodas. 7. Medidas que deben tomarse para prevenir, detener y combatir las enfermedades epidémicas. 8. Asuntos relacionados con la higiene infantil. 9. Mortalidad y sus causas. 10. Movimiento de población y estadística demográfica. 11. Geografía médica. 12. Epizootias.¹⁵²

La creación de estos organismos de control sanitario también tuvo una intención clara, y fue la de desarrollar una nosografía de las enfermedades de Colombia y a partir de esto buscar herramientas para combatirla y erradicarlas; desde los informes de 1918 se puede evidenciar como dicho organismo señala cuales eran las principales enfermedades y las consecuencias de estas en la sociedad:

Incalculables beneficios sería la creación de comisiones compuestas por médicos competentes y activos que recorrieran la Nación haciendo estudios de las condiciones que mantienen las enfermedades de que hemos hablado...correspondería también a esas comisiones ponerse de acuerdo con las entidades encargadas de dirigir las luchas contra la tuberculosis y contra la anemia tropical; indicar las medidas que en cada localidad deben tomarse para combatirlas, hacer propaganda sobre los diversos tratamientos tanto profilácticos como curativos, no solo de estas enfermedades sino del paludismo.¹⁵³

Se encontró un discurso claro sobre la importancia de la profilaxis de la tuberculosis, como método para prevenir la proliferación de esta bacteria que atacaba a un significativo porcentaje de la población en Colombia en las primeras décadas del siglo XX.

En los informes de la junta central de higiene al ministro de gobierno en 1918, médicos como Manuel N. Lobo identificaban el estado salubre del país y algunas de las posibles causas de dicho estado:

¹⁵² *Ibíd.* p.11.

¹⁵³ *Ibíd.* p. 6.

El estado sanitario general del país ha sido, por fortuna, mejor que en los años anteriores. De las enfermedades infecciosas que invadieron anteriormente partes considerables de nuestro territorio, solamente se han presentado a un mismo tiempo en varios municipios la disentería y la viruela. Otros han tenido que sufrir la fiebre tifoidea, pero esta se ha limitado a algunas poblaciones importantes como Bogotá y Medellín, donde las habitaciones, defectuosas unas, verdaderamente insalubres otras, la aglomeración de habitantes en algunos barrios, la falta de excusados públicos y de buenas albañales, y, sobre todo la mala calidad de las aguas, son elementos favorables para la producción y la propagación de la enfermedad.¹⁵⁴

En la referencia anterior, se evidencia como la Junta Central de Higiene señala los problemas desarrollados en las principales ciudades capitales del país, problemas que van desde las malas condiciones del agua y del espacio en que viven las gentes de estas ciudades, hasta las condiciones precarias de las construcciones que sirven de hogar para estas mismas, generando así el escenario perfecto para el desarrollo de enfermedades infecciosas, entre ellas la tuberculosis pulmonar. De esto último Emiliano Bonilla señalaba que las habitaciones bogotanas para los trabajadores eran “negros antros donde germina la tuberculosis, y la idiotez y donde se dan cita la desesperación y el crimen”¹⁵⁵ y decía que ni el Estado, ni la comunidad médica, podía ser ajeno a esta realidad:

Igualmente, no son ajenos a la medicina los aspectos sociales y económicos vinculados a la vivienda del trabajador, como quiera que de la percepción exacta de tales aspectos dependerá, la eficacia de las medidas de origen estatal que se tomen para proteger la biología de la persona humana durante la permanencia dentro de aquel elemento que bien pudiera concebirse como la cápsula protectora de su organismo.¹⁵⁶

En el marco de una profilaxis nacional de las enfermedades, en este mismo año ya se estaba evaluando la importancia tanto de vacunar, como de aislar pacientes con enfermedades infecciosas; para el caso de la viruela, en un informe de la junta central de higiene al ministro de gobierno se da el parte de la iniciativa en varios municipios de cumplir con dichas recomendaciones dadas por la Junta: “Muchos Departamentos han atendido la solicitud que repetidamente les ha hecho la Junta para que nombren Vacunadores Oficiales, y varios municipios han establecido hospitales para aislar los enfermos de viruela. Estas medidas han contribuido en

¹⁵⁴ *Ibíd.* p. 1.

¹⁵⁵ BONILLA, Emiliano. *Op. Cit.*, p. 79.

¹⁵⁶ *Ibíd.*, p. 79.

mucho para que la epidemia no haya producido los estragos que en épocas pasadas.”¹⁵⁷

Desde los primeros años del siglo XX, la tuberculosis era reconocida por el Estado y las organizaciones médicas como una enfermedad preocupante que afectaba a una considerable porción de la sociedad colombiana; producto de esta preocupación se expide en 1916 la ley de lucha contra la tuberculosis, ley que se abordará con mayor profundidad en el tercer capítulo; pero para 1917, el tema de la tuberculosis como enfermedad social aún estaba vigente; la Junta Central de Higiene reconocía a esta enfermedad junto con la lepra y la anemia tropical, como las tres endemias de mayor impacto y cuidado en la segunda década del siglo XX.¹⁵⁸

Este organismo de control de la higiene y la salud nacional, señalaba una serie de particularidades de esta enfermedad que la convertían en un problema de carácter nacional mucho más importante y peligroso que inclusive la lepra: “Tal vez esta es la más difícil de todas la luchas contras las enfermedades infecciosas. Puede decirse que la lepra y la sífilis dejan impreso y visible el diagnóstico en el enfermo y advierten así a la sociedad del peligro.”¹⁵⁹

Se ve como el discurso de la entidad médica más importante de la época, en la segunda década del siglo XX ya está orientado a catalogar la tuberculosis pulmonar como una enfermedad silenciosa, que dificulta desde su diagnóstico, hasta el control de contagio de un enfermo a un agente sano: “Sin duda por eso se ha propagado de tal manera que con razón puede decirse que la tuberculosis hace más víctimas que todas las enfermedades contagiosas y que ataca, en el curso de una generación, a la cuarta parte de los individuos que la componen y mata más de la sexta parte.”¹⁶⁰ Con estas palabras lo que buscaba la Junta Central de Higiene era advertir al Gobierno Nacional de la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis por

¹⁵⁷ LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. p. 2. En: Informes. AGN.

¹⁵⁸ *Ibíd.* p. 4.

¹⁵⁹ *Ibíd.* p. 5.

¹⁶⁰ *Ibíd.* p. 5.

medio de cifras bastante alarmantes que hacían hincapié en la necesidad que tomar medidas drásticas para frenar esta enfermedad.

Una parte importante a señalar de estos informes, y que se utilizaba como herramienta para dimensionar y comparar la magnitud del problema, era la inclusión de cifras de afectados y referencias de cómo se manejaban los problemas de salud pública en países con un alto desarrollo científico-médico; para el caso de los informes de 1917, la Junta Central de Higiene referenciaba particularmente el caso de Francia:

Se ha calculado que en Francia hace la tuberculosis ciento cincuenta mil víctimas por año. A pesar de todo, es la tuberculosis la enfermedad en que la profilaxis puede ser más eficaz. Bien conocidas son el germen que la produce, las condiciones en que este vive, la manera como penetra al organismo. Los puntos de ataque y los medios de defensa son precarios; y así la higiene dispone los medios efectivos y ciertos para impedir el contagio, las reglas fijas de profilaxis que hay que hacer cumplir en la familia, en la escuela, en el taller, en el hospital, en el cuartel. El problema es complejo pero su solución se funda en leyes conocidas: aplicarlas en los medios de que hemos hablado y en una extensión que no podemos medir, es la labor que han principiado las corporaciones que sabiamente ha establecido la Ley y que deben todo el apoyo de la sociedad y el gobierno.¹⁶¹

Las medidas de Profilaxis de la tuberculosis se empezaron a implementar en los principales departamentos de Colombia finalizando la segunda década del siglo XX; el director de higiene del departamento de Bolívar señala en un informe de 1918 a la Junta Central de Higiene:

Desde que conocí la Ley 66 de 1916 orgánica de la lucha contra la tuberculosis, la hice reproducir en algunos diarios de la ciudad, mediante notas que he dirigido a esos diarios encarecidamente la importancia del asunto y la conveniencia de que la prensa seria secunde las labores de las autoridades sanitarias. Cuando recibí el trascendental acuerdo de esa celosa Corporación sobre profilaxis de la tuberculosis, también le hice reproducir en los periódicos de la ciudad y remití un ejemplar de la hoja en que está publicado el Acuerdo mencionado a la Dirección de Introducción pública de este Departamento para que hiciera cumplir de acuerdo, en lo tocante a las escuelas de esta sección de las Republica: el Jefe Militar de la plaza, a los Jefes de Establecimientos de castigos, a los dueños de fábricas, al superintendente del ferrocarril de Cartagena, con notas respectivas de la Dirección de Higiene, a fin de excitarles a cumplir el importante acuerdo en la parte que les concernía. Todos contestaron ofreciendo cumplir de buena voluntad las medidas preventivas que contiene el susodicho acuerdo.¹⁶²

¹⁶¹ *Ibíd.* p. 5.

¹⁶² *Ibíd.* p. 16.

En el departamento de Bolívar a partir de la ley 66 de 1916 también de exhortó al municipio a crear dispensarios y sanatorios para tuberculosos, con el fin de aislar los enfermos diagnosticados, tratarlos y buscar su cura, y sobre todo prevenir que se conviertan en foco de propagación de la enfermedad en la comunidad. Un gran avance que se dio en la ciudad de Cartagena fue la iniciativa de tratar a los pacientes de escasos recursos económicos, enfermos de tuberculosis de forma gratuita¹⁶³, con el fin de incentivarlos a acercarse a los centros de salud, poder tener un control de ellos y prevenir que contagien más personas.

En este momento, desde las Juntas Departamentales de Higiene, se reconocía a la tuberculosis y su forma pulmonar como una enfermedad de carácter nacional; pocas poblaciones colombianas no presentaron pacientes afectados por este mal, y este fenómeno llevo a que desde los congresos de medicina nacionales, se señalara a la TBC como un problema de urgencia:

Cierta prensa alarmista exagera cuanto afirma que es crecidísima la cifra de los atacados de tuberculosis; pero no hay duda que la terrible enfermedad hace visible avance en esa ciudad (Cartagena), cómo en toda la Nación: así se reconoció en el Congreso Médico Nacional que se reunió en Cartagena en enero último. Ampliamente y con vivo interés se estudió este grave asunto en esa memorable Corporación. Ojala mejore pronto la situación fiscal del Gobierno, a fin de que emprenda con eficacia la campaña antituberculosa, creando sanatorios para aislar a los tuberculosos, así como en los lazaretos se aíslan a los leprosos.¹⁶⁴

En el departamento de Boyacá, a propósito del inicio de la lucha contra la tuberculosis, el director de la Junta Departamental de Higiene señala:

En obediencia a lo dispuesto por la Ley 66 de 1916, que crea las Juntas Departamentales para la lucha contra la tuberculosis, esta Dirección ha tomado en las reuniones y trabajos la participación que le señala la Ley y Decreto que la reglamenta. En consecuencia se hicieron los nombramientos de Juntas Municipales; se dirigieron sendas circulares a los sacerdotes, y a los alcaldes y periodistas del Departamento, ahincándoles a fin de que ayuden a una obra de tanta trascendencia cual es la de evitar que las nuevas generaciones degeneren por esta enfermedad que es el azote de las clases menesterosas y ha sembrado ya el espanto en las clases ricas;¹⁶⁵

¹⁶³ *Ibíd.* p. 18.

¹⁶⁴ *Ibíd.* p. 18.

¹⁶⁵ *Ibíd.* p. 23-24.

Se evidencia entonces para el caso de este departamento, que desde este organismo se discutía el asocio de esta enfermedad con las clases más pobres de la sociedad, no sin alarmar y afectar significativamente a los sectores más acomodados económicamente de la sociedad. La Junta Departamental de Higiene de Boyacá tomó las siguientes medidas para instaurar la profilaxis de la tuberculosis:

La No. 1 sobre profilaxis de la tuberculosis en las minas; en ella se dispone que los dormitorios en las minas deben ser bien aireados; que los trabajadores deben tener certificado de sanidad y que deben haber en cada mina un inspector encargado de velar por el saneamiento del establecimiento. No. 2 sobre profilaxis de la tuberculosis en los hoteles, Resolución calcada en las que sobre el mismo asunto dictó esa Corporación. No. 3 Sobre la profilaxis de la misma enfermedad en las escuelas y colegios. No. 4 Sobre la profilaxis en las posadas de los caminos. Organizando las Juntas Municipales y defendiendo las nociones sobre la etiología y la profilaxis de la enfermedad, se han dictado resoluciones importantes, entre ellas la que exigió un certificado de sanidad, especialmente respecto a tuberculosis, a todo alumno que vaya a matricularse en alguna escuela o colegio.¹⁶⁶

En departamentos como el Cauca, las Juntas de Higiene, emprendieron una campaña de profilaxis de la tuberculosis pulmonar en las escuelas; dentro de estas medidas estaban la socialización de los posibles hábitos y agentes transmisores de la bacteria, y la aplicación de rutinas y baños de sol periódicos como método para combatir y prevenir nuevos contagios¹⁶⁷.

En el departamento del Tolima, el director de la Junta Departamental de Higiene, Dr. Claudio Rengifo, afirmó en un informe sobre el estado salubre del departamento, y en especial sobre la tuberculosis: “Esta enfermedad es muy común en los pueblos ribereños del magdalena en que el paludismo y la alimentación insuficientes de las clases pobres, las ponen en condiciones favorables para contraer la enfermedad.”¹⁶⁸

Lo que plantea este médico es importante en términos del presente estudio sobre esta enfermedad en Bucaramanga y Santander; primero, si bien Bucaramanga no es un municipio ribereño del magdalena, si está bastante cerca a otros municipios

¹⁶⁶ *Ibíd.* p. 24.

¹⁶⁷ *Ibíd.* p. 28.

¹⁶⁸ *Ibíd.* p. 59.

que sí lo son, lo que no evita que haya un intercambio poblacional, entre los habitantes de la ribera del río Magdalena y los de la capital del departamento de Santander, trayendo los primeros enfermedades tropicales e inclusive la misma tuberculosis.

La segunda, plantea que una de las principales razones del contagio de la tuberculosis es la pobreza y la desnutrición, con lo que se identifica este discurso desde la medicina de asociar la tuberculosis con las clases económicas más bajas de la sociedad, que no tenían acceso a medios para el cuidado de su salud adecuados, a una alimentación balanceada y saludable, a condiciones de vivienda dignas e higiénicas y que eran sometidos a jornadas extenuantes de trabajo, muchas de ellas en condiciones de hacinamiento.

Sobre la alimentación como factor de la tuberculosis y de otras enfermedades que frenaban el desarrollo económico de la nación, se encontró valiosas referencias hechas en el texto *Algunas aplicaciones económicas y sociales de la medicina en Colombia*, en donde Bonilla, señala que hay un consenso médico en relacionar la buena alimentación con las condiciones óptimas para el trabajo: “las reservas vitales de nuestra raza; su desarrollo; las características biotipológicas de ellas; el índice de su adelanto y del término medio de vida, descansa solamente sobre los cimientos de una buena alimentación.”¹⁶⁹

En el Valle del Cauca la Junta Departamental lideraba actividades de repartición de cartillas, además de divulgación de investigaciones médicas sobre la tuberculosis con el fin de popularizar cuales eran las medidas que se debían tomar para evitar el contagio de esta enfermedad:

A la Junta de Lucha Antituberculosa envié una comunicación acompañada de varios ejemplares del Acuerdo N 33 sobre profilaxis de la tuberculosis, para que se repartieran a las juntas Municipales, y unos diez ejemplares que tenía en la oficina del folleto “Profilaxis de la tuberculosis” del Dr. José J. de la Roche, ya que contenía enseñanzas de gran importancia para la organización científica de la lucha antituberculosa; y el manifesté que en mi concepto se debía hacer conocer al público su contenido, ya por medio de hojas sueltas,

¹⁶⁹ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p 59.

reproduciendo sus principales capítulos y fijándolos en lugares públicos, ya por medio de conferencias.¹⁷⁰

En los departamentos la preocupación desde el Estado y principalmente desde las comunidades médicas, en relación al gran aumento de la tuberculosis era latente; las Juntas Departamentales de Higiene jugaron un papel fundamental en el desarrollo de herramientas con las cuales poder mitigar los estragos de esta enfermedad:

Como se verá por los datos contenidos en tales informes, todos los Directores de Higiene han tomado el mayor empeño en que se cumplan las disposiciones de la junta y las que ellos han dictado; han distribuido cartillas para ilustrar al público, e instrucciones a las autoridades cuando se han presentado enfermedades epidémicas; han activado la vacunación antivariolosa; han prestado atención a la higiene de las escuelas, colegios, cuarteles y prisiones, y recabado de las asambleas y los consejos municipales la expedición de Ordenanzas y Acuerdos relativos a la Higiene, y obtenido que señalen en los presupuestos partidas para atender a los gastos que tales disposiciones demanden.¹⁷¹

Por otro lado desde el discurso expuesto por este organismo y otros que se pudo rastrear más adelante en políticos y periodistas, la tuberculosis pulmonar, se convierte para la primera mitad del siglo XX en Colombia, en una enfermedad asociada a la pobreza, la malnutrición y los profundos cambios urbanos y socioeconómicos gestados en este periodo.

El departamento de Santander y su Junta de Higiene, no fue ajena ni a las inclemencias de la TBC, ni a la búsqueda de mejorar y combatir este mal; desde 1917 se pueden encontrar referencias a la enfermedad en informes presentados a la Junta Central de Higiene.

2.1.1 Informes de la Junta Central de Higiene y su lucha contra la tuberculosis. La Junta Central de Higiene, fue también una plataforma importante de difusión de conocimiento médico, importado de los países en cumbre del desarrollo científico, pero también de investigaciones gestadas por médicos

¹⁷⁰ LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. p. 63-64. En: Informes. AGN.

¹⁷¹ *Ibíd.* p. 11.

colombianos, que estudiaron la enfermedad, las posibles causas y plantearon una serie de medidas para combatirla y prevenirla.

Desde los primeros años del siglo XX, médicos se preocuparon por difundir las inclemencias que causaba en la sociedad el aumento de la tuberculosis pulmonar. Uno de los primeros casos que reposan en los informes de la Junta Central de Higiene y que tocaba el tema de la tuberculosis, es *La tuberculosis y las escuelas*, del Dr. Guillermo Wills; texto escrito en 1908 y dirigido al ministro de instrucción pública, para ser popularizado en todo Colombia.

Wills comienza su texto señalando, que aunque grandes esfuerzos se han gestado en el mundo en relación a la profilaxis y lucha contra la tuberculosis, estos se han limitado enormemente a los adultos; dejando a un lado la población infantil, fundamental en la construcción de una nación sana¹⁷².

Como se mencionaba en el apartado anterior, la comunidad médica señalaba a la tuberculosis como un mal silencioso; su difícil diagnóstico propiciaba el rápido contagio de esta, e imposibilitaba su rápido tratamiento; Wills en relación a lo aquí expuesto escribía:

Todas las autoridades en la materia están de acuerdo acerca de la latencia de la infección, o sea que la tuberculosis no se desarrolla inmediatamente como el sarampión, la escarlatina y la mayor parte de las enfermedades contagiosas. En efecto, sabemos que su después de transcurridos un cierto número de días después de haber estado en contacto con un individuo afectado por una de estas `pirexias su desarrollo no ha tenido lugar puede haber seguridad de que esta ya no aparecerá. En lo que concierne a la tuberculosis no es posible predecir cuando una persona ha sido contaminada un aun siquiera poco más o menos en que época vendrá a presentarse los primeros síntomas. Si la infección ha tenido lugar, lo probable es que se permanezca latente en el organismo esperando una oportunidad para manifestársela cual será una fatiga, un debilitamiento de cualquier espécimen. Se puede casi afirmar que la mayor parte de los casos de tuberculosis adquirida, la latencia de esta es por lo general de uno a diez años. Si es así, como indudablemente lo es, los casos que aparecen en un número tan considerable después de los quince años de edad tienen necesariamente que haber sido originados durante la época que el niño asistía a la escuela.¹⁷³

¹⁷² WILLS, Guillermo. *La tuberculosis y las escuelas*. Informes al ministerio de instrucción pública – Salud Pública. Filadelfia, 17 de Abril de 1908. En: Archivo General de la Nación. p. 1.

¹⁷³ *Ibíd.*, p. 1.

El Galeno describe también, la postura de médicos especializados en tratar la tuberculosis de origen Alemán y Francés, que señalan que este mal, indudablemente es una enfermedad que se contrae en la niñez y con el paso del tiempo por una razón y otra se manifiesta¹⁷⁴. Esta noción medica se desmentirá con el paso del tiempo, aunque la población infantil no está exenta de verse afectada por tuberculosis, esta enfermedad no solamente se contrae en la niñez, un agente sano puede verse afectado por TBC en cualquier momento de su vida.

En este texto también se evidencia la constante de asociar la tuberculosis pulmonar con la pobreza; esta noción se puede rastrear en la gran mayoría de textos académicos y periodísticos de la época, y responde a una razones fundamentales, las cuales son las precarias condiciones de vida y salud de las clases más pobres, que los hace más susceptibles a contraer enfermedades de este tipo. Wills señala en relación a este tema y a la esencialidad del papel de la escuela en la formación y profilaxis contra la TBC, lo siguiente:

Como la tuberculosis es esencialmente una enfermedad dependiente de la pobreza y la ignorancia, es de esperar que los padres que se encuentran en estas condiciones procuren dar a sus hijos el mayor grado de instrucción que les sea posible y esto tienen que hacerlo valiéndose de las escuelas. Indudablemente esto hace recaer sobre los maestros una gran responsabilidad y es por esta razón que ellos no deben ignorar cuales son las medidas convenientes que deben de tomarse con el fin de proteger a los niños contra tan terrible enfermedad.¹⁷⁵

El llamado de este médico tiene fundamento, en el conocimiento de la imposibilidad de algunos núcleos familiares, de tratar y generar condiciones ambientales óptimas para prevenir que los niños contraigan enfermedades virales y bacterianas “Una gran parte de los niños que frecuentan las escuelas públicas viven en moradas infelices privados de luz, aire y del alimento suficiente, presentando muchos de ellos el aspecto de niños delicados, de color pálido, enflaquecidos quizás muchos de ellos ya infectados con el germen de la tuberculosis”¹⁷⁶; es entonces donde el papel del Estado, intermediado en algunos casos por las escuelas, se vuelve fundamental;

¹⁷⁴ *Ibíd.*, p 1-2.

¹⁷⁵ *Ibíd.*, p. 2.

¹⁷⁶ *Ibíd.*, p. 3.

la prevención de la TBC se debe hacer desde temprana edad, y las campañas de profilaxis de la TBC en Colombia, procuraron cubrir estos espacios escolares como la primera esfera de lucha contra la tuberculosis pulmonar.

Wills proponía una enseñanza de la higiene a los niños dependiendo de factores como la edad y la inteligencia que demostrara el niño, además de la pericia del maestro a cargo de la educación de los menores; dentro de lo que se debía enseñar, este médico proponía:

La instrucción durante los primeros años de escuela debe estar basada en el método sugestivo: acostumbando al niños que debe lavarse las manos antes de cada comida; que no debe escupir sobre el suelo; que no debe los dedos con saliva con el objeto de tonar las hojas de los libros; que no debe introducir la punta del lápiz en la boca y que debe guardar tanto sus libros como su escritorio en perfecto estado de aseo. Esta instrucción en higiene irá haciéndose más amplia a medida que el niño avance en edad de modo que cuando tenga doce años pueda recibir cursos extensos tanto de fisiología como de higiene y sobre la naturaleza de los agentes infecciosos que son nocivos para la vida humana. No hay razón alguna por que un muchacho o muchacha que haya llegado a la edad mencionada ignore...la naturaleza de la tuberculosis, de sus modos de propagación, de las precauciones que deben de tomarse para evitarla y de los métodos que han de regirse para guardar el cuerpo en prefecta condición física para así poder tener alguna resistencia contra la mencionada enfermedad.¹⁷⁷

Las condiciones ambientales de los espacios en los que habita los niños y los adultos, son fundamentales en la lucha contra esta enfermedad; los esputos viajan a través del aire, y los lugares desaseados, con hacinamiento y con poca ventilación, propician el surgimiento de nuevos casos de contagio. Es debido a esto que Wills también hace énfasis en la reestructuración de los edificios de la escuela y de la vivienda con miras a mejorar las condiciones de habitad de las personas:

Muchos son los medios de que se puede disponer para combatir la propagación de la tuberculosis en los planteles de educación. En primer lugar el edificio de la escuela debe recibir todos los cuidados convenientes para hacerle apto para el fin a que se le destina. Su capacidad, la limpieza, la condición en la que se encuentra, la ventilación, los patios de recreación y los sitios que le rodean son importantísimos factores que deben estar perfectamente de acuerdo con las ultimas reglas de la higiene moderna. Si el local con dicho objeto destinado no presenta todas las cualidades mencionadas en un grado conveniente, debe procederse sin demora a mejorarlas hasta donde sea posible pues debe tenerse en cuenta que las horas que el niño pasa en la escuela deben servirle a la vez que para

¹⁷⁷ *Ibíd.*, p. 4.

almacenar un cumulo de conocimientos, para contribuir a hacerle un individuo sano y vigoroso.¹⁷⁸

Para finalizar hace hincapié en las costumbres de aseo nefastas para la salud, como el barrer sin haber humedecido el suelo, o el limpiar el polvo con plumero, ya que esto que hace es lanzar las bacterias nuevamente al aire¹⁷⁹.

Como Wills muchos otros médicos se esforzaron por identificar, una serie de malas prácticas, condiciones ambientales y malos hábitos de higiene que pudieran propiciar el desarrollo de la tuberculosis pulmonar en diferentes grupos humanos; esto se hizo con el fin de buscar mitigar el rápido crecimiento de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX.

Además de los llamados de los profesionales de la salud colombianos, los informes de la junta central de higiene, también sirvieron como medio para transmitir los resultados de congresos e investigaciones gestadas en países como Francia que estaban a la cabeza del desarrollo de la lucha contra la tuberculosis. Textos como las memorias del “Congres International de la Tuberculose”¹⁸⁰ llevado a cabo en 1905 en París, son un ejemplo de esto.

2.2 LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE HIGIENE DE SANTANDER Y SU LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

En las primeras décadas del siglo XX, ya se puntualizaba dentro del discurso expuesto por médicos y dirigentes de la Junta de Higiene en el departamento de Santander, la claridad de la importancia de una enseñanza de la higiene pública y

¹⁷⁸ *Ibíd.*, p. 2-3.

¹⁷⁹ *Ibíd.*, p. 3.

¹⁸⁰ Ministerio de Instrucción pública. Informes. Bogotá, Ibagué, Pasto, Londres, Nueva Orleans, París. 1981-1919. Carpeta 1. Caja 2. En: Archivo General de la Nación.

privada¹⁸¹, como medio para combatir las enfermedades; por otro lado también era menester, la puesta en marcha de medidas para que la sociedad de la capital y del departamento en general adoptaran y aplicaran en su diario vivir buenas costumbres para el cuidado de su salud y la de su familia.

La discusión de quien debía hacerse cargo de los gastos en materia de salud e higiene publica, estuvo latente en toda la primera mitad del siglo XX, informes del Director de la Junta departamental de higiene de Santander lo evidencian:

Las dificultades que se presentan para que los Concejos Municipales apropien las partidas necesarias para cubrir los gastos de las Comisiones Sanitarias, hace cada día más palpable la necesidad de volver en lo que a esto se refiere la disposición de la Ley 33 de 1913, que hacia obligatorio este gasto a los Municipios; esto haría mucho bien a la salubridad pública, toda vez que en el Municipio se presentara una epidemia, se podría nombrar la Comisión Sanitaria y exigirle a los miembros que la compongan el activo trabajo que se requiere en tales casos. El Art. 9 de la Ley 84 de 1914, se presta para que los municipios aleguen la carencia de fondos para el sostenimiento de las Comisiones y el Departamento a su vez diga que ese gasto corresponde a los Municipios sin que ninguna de las dos entidades lo hagan.¹⁸²

La ciudad de Bucaramanga como otras del país, en las primeras décadas del siglo XX aún se estaba curando de las secuelas que generó la guerra de los Mil Días; las migraciones internas hacia las ciudades empezaron a transformar el lento desarrollo urbanístico que tuvo la ciudad en el XIX; las viviendas sufrieron importantes cambios, y problemas como la malnutrición, la mendicidad, el hacinamiento y el alcoholismo se profundizaron.

Cabe señalar que las migraciones campo-ciudad no se dieron en Colombia solamente por los fenómenos de violencia y las guerras civiles que acontecieron a lo largo del siglo XIX, la crisis del sector agrícola¹⁸³ y las mismas prebendas que el Estado le generaba a la industrialización de las ciudades influenció en gran medida este proceso de sobrepoblación de los centro urbanos y capitales de la nación; al respecto Emiliano Bonilla señala:

¹⁸¹ LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. p. 49. En: Informes. AGN.

¹⁸² *Ibíd.*, p. 50.

¹⁸³ LEÓN, Libardo. *Op. Cit.*, p. 79.

Los campos, dedicados antes a la faena de las cosechas, en vista de la poca productividad rentística de la agricultura, pasan al servicio de la ganadería que ofrece en tales circunstancias mejor rendimiento a los propietarios de fundos con lo cual se empeora la suerte de los asalariados, que se ven forzados a abandonar el campo y a emigrar a los centros urbanos en busca de trabajo...contrasta por otra parte, con esta que pudiéramos llamar política de desamparo agrícola, la especial deferencia con que siempre han contado las industrias manufactureras, protegidas por una amistosa política aduanera, haciendo aumentar el desequilibrio entre una y otra, y con él, el artificio de nuestra vida económica, que parece orientarse hacia el industrialismo urbano en contra del hecho claro y trivial de que nuestra constitución social inclina al país a la agricultura.¹⁸⁴

Este panorama propicio el desarrollo de las enfermedades gastrointestinales, las de transmisión sexual y por supuesto las infeccioso-virales, como la tuberculosis pulmonar.

Para 1918 el director departamental de Santander, Dr. Alejandro Peña, señalaba que la Junta de la Lucha Contra la Tuberculosis pocas veces se reunía principalmente por la poca asistencia de los miembros de dicha junta. También identificaba la importancia del problema de la tuberculosis en Bucaramanga: “Aquí es de grandísima importancia adelantar esta lucha porque los enfermos ambulantes por las calles son un serio peligro para los habitantes.”¹⁸⁵

Se evidenciaba también a partir de los informes de este director Departamental, el proyecto de construcción de un pabellón para tuberculosos, el cual se estaba adelantando en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga en la segunda década del siglo XX, dicho pabellón se estaba haciendo bajo los preceptos modernos y los requerimientos que la junta central de higiene estipulaba en relación al aislamiento de los pacientes con tuberculosis¹⁸⁶, medidas fundamentales para frenar nuevos contagios, ya que el hospital era uno de los focos importantes de transmisión de la enfermedad, no solo entre pacientes, sino también entre el cuerpo médico y de profesionales de la salud.

¹⁸⁴ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p. 55-56.

¹⁸⁵ LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. p. 48. En: Informes. AGN.

¹⁸⁶ *Ibíd.*, p. 48.

2.3 LA LITERATURA MÉDICA COLOMBIANA EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Muchas de las investigaciones médicas desarrolladas en Colombia, en relación a la lucha contra la tuberculosis, y que reposan en informes de las instituciones prestadoras y veladoras de salud, revistas médicas nacionales, memorias de congresos médicos y reuniones del gremio, y archivos privados; nacen del esfuerzo individual, y gremial de médicos que se preocupaban por una enfermedad invisible y poco tratada desde el mismo ejercicio médico, la política y la sociedad.

La difusión de estas investigaciones era una preocupación latente, ya que si bien el esfuerzo por pensarse el mal de la tuberculosis, sus posibles causas y los medios para combatirla, era una tarea compleja en sí misma; difundir ese conocimiento entre la población colombiana, lo era mucho más; para esto se buscó utilizar diferentes medios de comunicación de amplia difusión tanto entre la misma comunidad científico-médica, como entre la población en general.

En el presente subcapítulo se estudiarán, los medicamentos y tratamientos propuestos para mitigar y aliviar este mal, las nociones sobre la enfermedad en su contexto y, la categorización médica de la tuberculosis como una enfermedad de carácter social.

2.3.1 Antecedentes: La literatura médica sobre las enfermedades contagiosas y la salubridad pública. Antes de abordar el estudio y el discurso médico en las producciones textuales médicas relacionadas con la tuberculosis pulmonar, es de suma importancia señalar una serie de antecedentes, que sirven de contexto de las disposiciones y las posturas de las comunidades médico-científicas de Colombia en relación a la salubridad nacional. Revistas y libros

publicados en la época, sirven de fuente para rastrear como se pensaba la nación, el departamento y la municipalidad desde una óptica higiénico-salubre.

Aunque en algunas posturas expresas desde las mismas comunidades medicas de Colombia, se exponía, que las revistas médicas especializadas eran inútiles a la hora de divulgar en conocimiento científico de las enfermedades entre el grueso de la población nacional, “Para esta empresa las revistas científicas con casi inútiles, porque no las leen sino contado número de personas, precisamente aquellas que menos necesitan de tales advertencias y enseñanzas. Lo eficaz es la prensa batalladora, que avasalla y domina a los lectores, que busca los tópicos interesantes, que penetra tanto al palacio del potentado como al tugurio del obrero¹⁸⁷”. Revistas y publicaciones periódicas siguieron, exponiendo avances, tratamientos y medidas preventivas de las enfermedades y difundiendo la preocupación por los males que azotaban la nación a finales del siglo XIX y toda la primera mitad del siglo XX.

En Santander se encontraron unos pocos antecedentes de creación de revistas especializadas en pensarse los problemas de la salud y la enfermedad del departamento, desde finales del siglo XIX.

La principal iniciativa fue la creación de la Revista Médica de Santander en septiembre de 1894, quien identificaba para finales del siglo, la necesidad de una plataforma que se pensará la situación de la ciudad y no dejara al amparo del destino el devenir de las enfermedades que atacaban la población santandereana “Desde su instalación la Sociedad, en repetidas sesiones, ha tratado asuntos de importancia para la salubridad de estas poblaciones, y después de vencer naturales y múltiples obstáculos, inaugura hoy la publicación de su órgano oficial.”¹⁸⁸

¹⁸⁷ *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 92. 1 noviembre de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. Biblioteca nacional. p. 410. En Biblioteca Nacional.

¹⁸⁸ *Revista Médica de Santander*. Año I. Número 1 y 2. Septiembre 1894. Bucaramanga. p. 3. Biblioteca Nacional.

Esta revista nace como resultado de la agremiación de los profesionales de la salud del departamento, en el Cuerpo Médico de Santander, grupo que le aportó grandes avances en materia del estudio de la salud y la enfermedad a la ciudad de Bucaramanga y al departamento en general. En las páginas iniciales de la primera entrega de la revista anteriormente mencionada se deja expreso:

Hacia ya tiempo se notaba en esta ciudad la falta de un centro científico, a donde fueran a converger los esfuerzos de todos y cada uno de los distinguidos miembros del Cuerpo Médico de Santander, en pro de la salud de este laborioso pueblo, que entregado hasta hace poco al solo amparo de las fuerzas naturales para el alivio de sus dolencias, cuando no a la ciega ignorancia con su cortejo de empíricas prácticas y bárbaras preocupaciones, aspira ya a ser tratado como pueblo civilizado, y reclama con derecho el concurso de sus hombres de ciencia.¹⁸⁹

Aparte de describir los principales avances en materia de la lucha contra las enfermedades, gestados en otras latitudes del mundo y aplicados en los hospitales y en el ejercicio de la medicina por parte de los profesionales agremiados en el Cuerpo Médico de Santander, la Revista Médica de Santander, también sirvió como medio para denunciar el estado salubre de la ciudad, y las posibles causas del desarrollo de enfermedades epidémicas o virales; en los números 3-4 y 5-6 de esta gaceta se lanzó un artículo a dos partes titulado *Estado Sanitario de la Ciudad* en donde se evalúa la aparición y la influencia de las condiciones ambientales en las enfermedades, además de las condiciones de higiene de la ciudad de Bucaramanga como agentes propiciadores del aumento de los casos de morbilidad y mortalidad de dichas enfermedades.

Entre las principales afectaciones que se señalan en estos periodos están: La gripe, la neumonía, la tuberculosis, hepatitis, disentería, el dengue, los trastornos del sistema digestivo, la fiebre amarilla y el sarampión¹⁹⁰.

Además de esos artículos, en ejemplares posteriores como el de 1907, se señalaba la situación de las aguas y se sugería una serie de buenas formas de extraer las aguas para el consumo humano, todo esto con el fin de frenar la proliferación de

¹⁸⁹ *Ibíd.*, p. 2.

¹⁹⁰ *Revista Médica de Santander*. Año I, Nro. 3-4 y 5-6. 1897. Bucaramanga. En: Biblioteca Nacional.

bacterias presentes en las aguas en mal estado y así evitar la aparición de enfermedades relacionadas con dichas bacterias¹⁹¹.

Este órgano de difusión médico-científica departamental fue fundamental en términos de ser el pionero en la popularización y generalización del conocimiento médico entre la población con miras a desarrollar desde campañas gubernamentales y sociales en contra de las enfermedades, como lo fue el caso de otras iniciativas nacionales¹⁹², hasta la pedagogía de las buenas maneras del cuidado y aseo del cuerpo, con el fin de frenar desde los núcleos familiares, laborales y/o escolares la aparición de enfermedades de carácter epidémico, y mitigar las de carácter endémico.

Aunque en ninguno de los volúmenes consultados de esta revista, se dedica un artículo en especial a tuberculosis pulmonar, se pudo identificar otra serie de particularidades como la preocupación del gremio de profesionales de la salud por el estado salubre de la ciudad, y el discurso de estos en relación a la necesidad de una producción masificada de literatura médica relacionada con el pensarse la situación de las enfermedades en el departamento y buscar mecanismos eficaces para poder combatirlas.

Otras revistas de carácter nacional como la *Revista Higiene*, planteaban discusiones relacionadas con diferentes aspectos de la medicina y la salud pública del país en las dos primeras décadas del siglo XX.

En un ejemplar de 1914, se pudo ver interrelacionado el ejercicio de la medicina con la intervención en política por parte de unos profesionales de la salud que desde sus puestos en el orden legislativo de la nación buscaban mejorar por medio de leyes nacionales la situación salubre de la nación. Un ejemplo importante es el del doctor santandereano José M. Ruiz, senador de la república y proponente de un

¹⁹¹ *Revista Médica de Santander*. Año I, Nro. 2-3. 1907. Bucaramanga. p. 39. En: Biblioteca Nacional.

¹⁹² QUEVEDO, Emilio. Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III, Hacia una profesión liberal 1865-1918. Bogotá: Tecnoquímicas. 2010. p. 14.

proyecto de ley relacionado con la higiene nacional, que después ira a derivar en la Ley 33 de 1913¹⁹³.

Otros aspectos que se trataban en esta revista, eran los relacionados con las disposiciones estatales en materia de salud pública y la insuficiencia de los procesos gestados hasta el momento para el control de la higiene nacional. Entre algunas de estas discusiones, estaban las relacionadas con instituciones como la Junta Central de Higiene y su papel en la sociedad colombiana, y leyes de gran trascendencia como la 30 de 1886. De esta última se propuso:

Verdad es que en 1886 otro médico, notable por su patriotismo y por su ciencia, el doctor Nicanor G. Insignares, obtuvo que se expidiera la Ley 30 de ese año, fue el primer paso que Colombia dio hacia la organización de la higiene como parte de la Administración pública; pero si esa ley fue una salvaguardia para la salud pública y produjo inapreciables beneficios, hoy era ella insuficiente, porque las necesidades son más apremiantes, y llegó el momento de reemplazarla por otra que diera a las entidades científicas encargadas de ejecutarla si no mayor autoridad para hacerse obedecer, si recursos más efectivos y una colaboración más eficaz para cumplir su misión.¹⁹⁴

Y aunque se reconoce en números posteriores que los devenires políticos y la primera guerra mundial ha afectado la economía nacional, también se señala que hay un grave problema con las enfermedades: “Las presentes circunstancias no son favorables. El país atraviesa una intensa crisis fiscal y económica, repercusión natural de la guerra europea; las enfermedades pestilenciales que han invadido algunos países de este continente amenazan continuamente nuestros puertos; el paludismo, la anemia tropical, la tuberculosis, la lepra, el alcoholismo, las enfermedades venéreas, etc., devoran nuestro pueblo.”¹⁹⁵

La enfermedades infecciosas, virales y bacterianas, que invadían el país en las primeras décadas del siglo XX, preocupaban a la comunidad médica colombiana; todos llegaban a un consenso sobre la importancia de la profilaxis sanitaria del territorio nacional; pero esta profilaxis era entendida por algunos de ellos, por

¹⁹³ *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 86. 30 de marzo de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. p. 49. En: Biblioteca Nacional.

¹⁹⁴ *Ibíd.* p. 50.

¹⁹⁵ *Revista Higiene*. Año VII, Nro. 93. Agosto 1915. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. en: Biblioteca Nacional. p. 2.

ejemplo los redactores de la revista higiene, como íntimamente relacionada con el medio en el que se aplica; la profilaxis sanitaria debía interactuar y adaptarse no solo a las condiciones ambientales y del espacio, sino a las características sociales del escenario en el que se estaba aplicando¹⁹⁶.

Con el fin de comprender los comportamientos sociales y ambientales de la enfermedad, se proponía hacer una geografía médico-patológica de las enfermedades en Colombia:

Dedúcese de aquí la necesidad de estudiar, en primer lugar, la compleja constitución del medio físico en que vivimos, en lo cual habrán de desempeñar el más importante papel las juntas departamentales de higiene. Conocida la etiología de una enfermedad transmisible hay que examinar que condiciones climatéricas favorecen entre nosotros esa etiología, y de ahí en la necesidad de un estudio, largo pero factible, de todos nuestros climas para llegar a formar la Geografía médica, o mejor patológica, de Colombia. Esa labor no es, como podría creerse, de las menos urgentes, pues que ella guiará a las juntas en la distribución acertada de las comisiones sanitarias que, de acuerdo con la ley, deben crear, y les permitirá dirigir su acción preservadora, no solamente para dominarlas cuando las enfermedades infecciosas se hayan presentado, sino para evitarlas, combatiendo sus causas; así atenderán mejor y más eficazmente al saneamiento de aquellas localidades que puedan ser focos de donde emanen infecciones.¹⁹⁷

Consecuentes con la idea de entender las enfermedades no solamente en su contexto ambiental y climático, sino también en su contexto social, el Dr. Pablo García Medina, escribía en la Revista Higiene un artículo sobre la situación alimentaria y las condiciones higiénicas de los obreros colombianos, en donde señalaba:

La defectuosa alimentación de nuestra clase obrera debe hacernos meditar sobre las funestas consecuencias que ella tiene no solamente sobre la salud individual y colectiva, sino sobre el porvenir de la raza; y si algún papel importante desempeña la higiene moderna en los pueblos es, ciertamente, su relación con los problemas sociales que en la hora actual preocupan a la mayor parte de los Gobiernos del mundo, y a cuya solución puede contribuir de una manera eficaz.¹⁹⁸

Es de suma importancia esa postura señalada por el autor, no solamente en términos de la constante reiteración del cuidado de la salubridad pública como

¹⁹⁶ *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 86. 30 de marzo de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. p. 50-51. En: Biblioteca Nacional.

¹⁹⁷ *Ibíd.*, p. 51.

¹⁹⁸ *Ibíd.*, p. 21.

escenario propio del desarrollo económico de la nación, sino porque ahora, vincula a un sector realmente importante para el desarrollo económico nacional, y que a su vez es de los más afectados por las enfermedades relacionadas con las condiciones económicas, sociales, de vivienda y alimenticias. Emilio Bonilla señala sobre esta relación:

El capital humano, que es la base fundamental de la prosperidad económica de un país y del auge fiscal de la nación, ha sido subestimado y hasta cierto punto abandonado a su propia suerte. En términos históricos, los países se valoran por la calidad de sus habitantes y por el volumen de su población antes que por sus disponibilidades materiales. Las materias primas, los instrumentos de trabajo y demás riquezas, pierden su significado para el país que las posea, si no dispone de hombres capaces de valorizarlas y defenderlas, si no cuenta con un pueblo fuerte que les dé destino.¹⁹⁹

Al respecto de la salubridad nacional directamente relacionada con el progreso del país, Manuel N. Lobo escribía en la Revista Higiene: “Las vidas ahorradas a favor de las enseñanzas y de la práctica de la higiene serán elementos de prosperidad presente y futura. Entre ellas habrá muchas que aumenten las riquezas del país, otras que harán brillar sus ciencias o sus letras, y no faltará alguna.”²⁰⁰

El proyecto económico de la nación estaba fundado bajo las políticas de higiene y salubridad, estas revistas y publicaciones sirvieron a su vez de plataforma para difundir los conocimientos y apreciaciones sobre las enfermedades en Colombia. La tuberculosis pulmonar, adquiere importancia en la primera mitad del siglo XX, y dentro de la literatura médica encontramos referencias que van desde la descripción de la enfermedad, las nociones sobre las causas y condiciones en que se da, los tratamientos y mecanismos para combatirlas, hasta las medidas profilácticas aplicadas al contexto colombiano.

2.3.2 La tuberculosis en las etapas de la vida: factores y profilaxis. Las condiciones ambientales, nutricionales y socioeconómicas repercuten en la

¹⁹⁹ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p 106.

²⁰⁰ *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 92. 1 noviembre de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. En: Biblioteca Nacional. p. 410.

predisposición del cuerpo a contraer la tuberculosis pulmonar; estas condiciones están marcadas a su vez por la edad del ser humano, en relación a los espacios en los que convive (escuela, universidad, trabajo, hogar, etc.), a las capacidades físicas (niñez, adolescencia, adultez y vejez) y a la situación social y económica en la que vive (hacinamiento, malnutrición, miseria, etc.) El estudio de la tuberculosis en las etapas de la vida, no fue ajeno dentro de las producciones científico-médicas colombianas de la primera mitad del siglo XX, y desde este se puede rastrear algunas nociones de cómo se diferenciaba el comportamiento de la enfermedad en la niñez y en la etapa adulta.

Autoras como Magnolia Arango, que estudiaron la tuberculosis en la infancia a lo largo de la historia, señalaban que la situación infantil en relación con esta enfermedad se agravó con el inicio del nuevo siglo; los cambios gestados en el mundo a partir de la revolución industrial, afectaron considerablemente a este grupo y lo sometieron a actividades irrealizables para las capacidades físicas de la niñez; lo que como consecuencia traería consigo la aparición de enfermedades reinantes entre la población agotada, malnutrida y hacinada:

Para 1900 un alto porcentaje de la población mundial estaba infectada por la TBC; la morbilidad y la mortalidad eran muy elevadas, no sólo por la virulencia misma del bacilo, sino por las precarias condiciones de salubridad y de las personas, agravadas por el hambre, la miseria y el estado permanente de agotamiento físico, dado por el abuso impuesto por la revolución industrial desde el siglo anterior, que incluso sometía a niños pequeños a jornadas extenuantes.²⁰¹

En un capítulo del texto *Contribución al estudio social del problema tuberculoso* dedicado al contagio de la tuberculosis durante la infancia, la adolescencia y la pubertad, Pérez Cadavid señala que uno de los medios de contagio de tuberculosis infantil, se da desde el cuidado mismo de una madre tísica a su hijo recién nacido: “Son muchas las madres tísicas que tienen la costumbre de humedecer el seno con su saliva antes de dar el sustento, o de probar el alimento para ver si está a una temperatura conveniente; otras limpian a su pequeño con el pañuelo lleno de

²⁰¹ ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Op. Cit., p. 124.

esputos bacilíferos; la mayoría, si no todas con sus besos y sus abrazos, transmiten el mal con suma facilidad.”²⁰²

Para los niños de dos años en adelante el peligro comienza a la hora de empezar a interactuar con el mundo, y los diferentes objetos que puedan estar contaminados con el bacilo²⁰³.

Las enfermedades que autor identifica como debilitadoras del terreno que eventualmente conquistará la tuberculosis, son en los niños la viruela, sarampión y tos ferina; y en los adultos la gripa, el paludismo y la tifoidea²⁰⁴.

Armus en el texto *La ciudad impura*, señala la importancia de la prevención de la tuberculosis en la niñez en el caso argentino de las primeras décadas del siglo XX, atribuyendo está a la concepción de la infancia como “el futuro de la salud de la nación”²⁰⁵, de la mano con conceptos del futuro del progreso económico de Argentina. Este autor también señala la importancia del cuidado del niño *Pretuberculoso*, y a efectos de la profilaxis en este, dice que está estuvo principalmente a cargo de las madres y maestras de los niños²⁰⁶.

Para Mariño, otro notable médico colombiano de la primera mitad del siglo XX, que estudió la tuberculosis pulmonar, los cuerpos son más propensos a contraer la tuberculosis en ciertos periodos de edad, no solo por unas condiciones biológicas, sino también por unas condiciones ambientales a las cuales son expuestos en diferentes periodos de la edad:

La edad ocupa un lugar preeminente;...la tendrán de primer orden cuando el joven haya de ocuparse con mayor interés y concentración en los estudios, sobre todo si se halla en malas condiciones higiénicas, como la falta de ejercicio físico, de aire y de luz. En el adulto el *surmenage*, impuesto por un trabajo intelectual, físico, o por la depresión moral. En la mujer la tuberculosis es más frecuente en la pubertad, cuando toma la máscara de la clorosis, de

²⁰² PÉREZ CADAVID, Juan. Contribución al estudio social del problema tuberculoso. Medellín: Imprenta oficial. 1932. p. 13.

²⁰³ *Ibíd.*, p. 15.

²⁰⁴ *Ibíd.*, p. 24.

²⁰⁵ ARMUS, Diego. *La Ciudad Impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa. 2007. p. 81.

²⁰⁶ *Ibíd.*, p. 82.

ese estado que los franceses llaman *maladie de langueur*, y que no es en realidad sino una forma de larvada de bacilosis.²⁰⁷

En relación a los factores propiciadores del contagio de la TBC en la edad adulta, Pérez comienza por definir:

En esta época se inicia en los hombres la vida de estudios superiores que exigen gran desgaste físico e intelectual, la vida de trabajo, la lucha por la existencia, con las obligaciones que ella impone, se abre el horizonte genetal, que trae consigo un buen desgaste de energías, volviendo apto el organismo para la multiplicación y vida de los microbios.²⁰⁸

En unas consideraciones finales sobre la profilaxis de la tuberculosis pulmonar en los adultos, Pérez señala que la lucha se debe focalizar en mejorar las condiciones de vida (vivienda, alimentación, aglomeraciones sociales), laborales (el espacio de trabajo, las jornadas laborales) y educacionales (espacios de la educación, jornadas académicas), y en atacar directamente males como la sífilis, el alcoholismo, y las enfermedades infecciosas y parasitarias.²⁰⁹

El estudio de las particularidades de la enfermedad iba de la mano con la propuesta de tratamientos, campañas y medidas preventivas que buscaban mitigar los estragos de la tuberculosis en Colombia, a la par de buscar reducir los nuevos contagios. Esto se señalará en el siguiente apartado.

2.3.3 Medicamentos, tratamientos y medidas profilácticas en contra de la TBC. Se encontró algunas referencias a medicamentos y tratamientos propuestos por médicos e investigadores en Colombia para contrarrestar los efectos de la tuberculosis pulmonar; una de las primeras que señala lo anterior, está en una revista de difusión nacional, *La Medicina Internacional: revista mensual ilustrada médica, quirúrgica, farmacéutica, científica y literaria*, que en un ejemplar de 1924, refería un artículo dedicado al estudio de la tuberculosis, y de los medicamentos

²⁰⁷ MARIÑO MORALES, Lorenzo. Signos de la tuberculosis pulmonar incipiente y su valor diagnóstico. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1922. Imprenta de la Luz. p. 25

²⁰⁸ PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 22.

²⁰⁹ *Ibíd.*, p. 21.

utilizados en su tratamiento; en este texto encontramos un apartado dedicado al tratamiento de la tuberculosis con el Iodo, escrito por el Doctor Val-Lacoste, en donde se señalan las facultades de este medicamento para disminuir la peligrosidad de este mal:

El Iodo en terapéutica tuberculosa, ha sido, pues, empleado desde el comienzo y los primeros autores que ignoraban el papel microbiano que se desempeñaba en esta afección quedaban asombrados sobre todo de los efectos rápidos que producía: la tos y la expectoración se calmaban poco a poco, los esputos cambiaban de naturaleza: en la actualidad se echa de ver sobre todo que no contienen ya microbios al cabo de cierto tiempo.²¹⁰

Otra revista nacional que dedicó apartados al estudio de la tisis como una afección de suma importancia, fue la *Revista Médica de Colombia*. El Dr. Emiliano de Eizaguirre, en un artículo de 1930, señala uno de los métodos, de cura y mejora de la tuberculosis pulmonar, esto con el fin de ser aplicado en diferentes hospitales del país:

Otro dato interesante que he podido observar desde que empleo el arrancamiento de frénico es que, aquellas objeciones que se hacían a la frenicotomía de ser una operación temporal porque a veces en el transcurso de unos meses volvía el diafragma a su primitivo y normal funcionamiento por la regeneración nerviosa, no se le pueden imputar ahora, ya que el efecto es permanente.²¹¹

Dentro del referente internacional sobre la tuberculosis, se encuentra un texto publicado en el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) en 1931, titulado *Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar*; si bien este organismo sanitario no era exclusivo de Colombia, tenía nexos con en toda Latinoamérica, y sus textos publicados, llegaban hasta nuestro territorio y eran difundidos entre la comunidad médica.

La situación expuesta en relación a la tuberculosis pulmonar en Latinoamérica era alentadora; varios cambios se habían hecho no solo en materia de prevención de la enfermedad, sino también en el diagnóstico y tratamiento de esta:

²¹⁰ *La Medicina Internacional: revista mensual ilustrada médica, quirúrgica, farmacéutica, científica y literaria*. En: Biblioteca Nacional. 1924. P. 27.

²¹¹ *Revista Médica de Colombia*. Vol. 1, Nro. 2. Asociación colombiana de estudios médicos. En: Biblioteca Nacional. Septiembre de 1930. p. 123.

Algunas de las modernas tendencias que han conducido a los recientes adelantos en el tratamiento de la tisis, pueden ser consideradas bajo los siguientes encabezados: (1) Más medios de diagnóstico precoz, gracias a los modernos desenvolvimientos de la técnica e interpretación roentgenológica. (2) Número cada vez mayor de camas disponibles para tuberculosos en varias instituciones. (3) Individualización del tratamiento bajo vigilancia especializada siempre que es posible. (4) Mayor atención a la higiene personal, en vez de la farmacoterapia. (5) utilización más temprana y frecuente de la intervención cruenta, si no es posible obtener de otro modo mejoría adecuada.²¹²

En otro ejemplar del boletín de la OSP, se señalan los principales síntomas con los cuales se diagnostica la TBC en los hospitales de Estados Unidos: tos y expectoración, dolor en el pecho, esputo sanguinolento o hemoptisis, ronquera y afonía, pérdida de peso, pérdida de fuerzas, fiebre, pulso alterado y para finalizar la presencia de bacilos tuberculosos²¹³. Estos referentes internacionales eran de suma importancia debido a que países como Estados Unidos estaban a la cabeza del desarrollo de la detección, tratamiento y curación de esta enfermedad.

Nuevamente en el espectro nacional, otra publicación fundamental en el estudio del tratamiento de la tuberculosis en Colombia, es la revista que lleva inclusive por nombre un referente a dos grandes enfermedades que afectaron la población colombiana: *Lepra y Tuberculosis*; en un número del año 1935, publicaba un artículo sobre el estado actual de la tuberculosis en el país, “Este problema no es hoy lo que era antes. Por muy extraña que parezca, la misma evolución de la enfermedad es diferente: o el bacilo de la tuberculosis se ha transformado o ha cambiado la reacción del organismo humano.”²¹⁴

Se recomendaba también en este artículo aplicar los avances y medidas de prevención de la tuberculosis gestado en países como Francia; medidas que iban desde el aislamiento de los pacientes diagnosticados y la vacunación de los niños,

²¹² Dr. FAGET, G. H. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Publicación No. 76. Agosto 1932. Washington D.C. (USA). p. 1.

²¹³ ANÓNIMO. Diagnóstico de la tuberculosis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Publicación No. 70. Diciembre 1931. Washington D.C. (USA). p. 1-2.

²¹⁴ *Revista Lepra y Tuberculosis: órgano de divulgación científica y cultural*. Año III, Nro. 4. Bogotá. En: Biblioteca Luis Ángel Arango. Enero-Febrero 1935. p. 55.

por medio de la inoculación de una cepa de la enfermedad, tratada con anterioridad para anular su virulencia²¹⁵.

Los tratamientos para la primera mitad del siglo XX, no eran del todo eficaces como se pudo ver en el primer capítulo de este informe de investigación; con respecto a este panorama, era fundamental la institucionalización y propagación de medidas profilácticas que previnieran el contagio en nuevos pacientes y controlaran el comportamiento epidémico de la enfermedad, en la sociedad colombiana.

Con respecto a lo anterior una primera investigación encontrada para el caso de la ciencia médica en Colombia se da en 1918; el Dr. German Abadía en lo relacionado con la propuesta de prevención de la tuberculosis pulmonar, hace una descripción de la profilaxis según el escenario en el que se deba aplicar; para el caso del entorno familiar señala:

Es en el hogar en donde la tuberculosis ofrece un peligro mayor, pues, por ignorancia o por una mala entendida compasión, no se toman las precauciones necesarias. En este caso la acción de la autoridad está limitada al cumplimiento de las leyes generales de higiene. Es al médico a quien le toca apuntar el peligro en que se encuentra la familia con el trato diario de un tuberculoso y dar las reglas que deben observar tanto el enfermo como las personas que viven con él.²¹⁶

Continúa por identificar una serie de recomendaciones que serán constantes entre otros médicos de la época sobre la disposición de los lugares en donde el enfermo convive, el aseo de estos y las medidas de prevención de sus familiares para evitar el contagio por medio de las partículas secretadas por el tísico.

La profilaxis en la escuela, para Abadía, debe hacerse tomando medidas que prevengan el contagio desde antes del ingreso, estas serán aplicadas tanto a estudiantes como a profesores y empleados de las instituciones educativas; “Es muy importante exigir a los alumnos que soliciten matrícula un certificado de sanidad, y nombrar médicos de las escuelas, encargados de examinar a todos los

²¹⁵ *Ibíd.*, p. 55-56.

²¹⁶ ABADIA, German. *Tuberculosis Pulmonar*. Tesis para optar por el título de doctor. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1918. Imprenta de la luz. p. 44-45.

que vayan a ingresar en ellas, pues fuera del peligro de contagio para los otros alumnos, la labor intelectual y los ejercicios físicos apresuran la marcha de la enfermedad.”²¹⁷

Las medidas de prevención en las calles y espacios públicos, se sugieren de la siguiente forma: “El aseo de las calles y plazas debe hacerse de noche, y después de regar para evitar que se levante el polvo, que casi siempre está contaminado y es uno de los agentes más peligrosos en la transmisión de la tuberculosis.”²¹⁸

En las conclusiones de este texto, plantea también, medidas eficaces de profilaxis de la tuberculosis en diferentes escenarios y aspectos de la sociedad; haciendo referencia al caso de la situación capitalina, como de todas las ciudades de Colombia:

I.-Al sanatorio que se piensa fundar en Bogotá hay que ponerle adjunto un dispensario. II.- El establecimiento de la *Gota de leche* es de primera importancia, pues ésta disminuye no solo el contagio tuberculoso, sino otros muchos que se adquieren en la primera infancia. III.- La municipalidad debe tomar interés en la edificación de casas especiales para obreros, de manera que éstos puedan llegar a ser propietarios de ellas. IV.-La enseñanza y práctica de la higiene debe ser obligatoria en escuelas, colegios, asilos, etc. V.-Los establos deben ser vigilados y exigirse la degollación de las reses atacadas de la enfermedad. VI.-El sistema actual que se usa para el aseo de las calles y plazas públicas debe cambiarse por uno más de acuerdo con las exigencias de la higiene moderna.²¹⁹

Continuando con las investigaciones desarrolladas por médicos en Colombia como fruto de sus informes de grado, en una para optar por el título en el doctorado en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia, presentada por Lorenzo Mariño Morales en 1922, y titulada *Signos de la tuberculosis pulmonar incipiente y su valor diagnóstico*, se señalaba desde sus páginas iniciales, la importancia del estudio y difusión del conocimiento en lo relacionado con la TBC, “Jamás será suficientemente ponderada la importancia práctica que tiene para el médico el

²¹⁷ *Ibíd.*, p. 47.

²¹⁸ *Ibíd.*, p. 49.

²¹⁹ *Ibíd.*, p. 72.

conocimiento de la sintomatología tuberculosa, dada la significación que esta enfermedad tiene en su relación con el individuo, la familia y la sociedad.”²²⁰

Mariño Morales propone en su trabajo, que el estudio de una sintomatología general de la tuberculosis, no solo adelantará trabajo en la lucha contra esta enfermedad, sino también contra otras del sistema respiratorio:

En cambio, nos hemos hecho esta consideración: si se estudia un conjunto sintomatológico complejo, como es el de la tuberculosis, no sólo quedaríamos en capacidad de hacer un diagnóstico a un individuo sospechoso de tuberculosis, sino que adquiriríamos nociones interesantes para el diagnóstico de muchas otras enfermedades del sistema respiratorio, cuyo conocimiento requiere muchos de los mismo procedimientos de exploración que se emplean en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar;²²¹

Para 1926, una investigación presentada por Rafael Martín Rodríguez, titulada *La Espiroquetosis Bronquial (Bronquitis Sangrienta), causa frecuente de error en el diagnóstico de la tuberculosis*, señala a esta enfermedad como la mayor factor de confusión en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar por tener una sintomatología similar; este autor contrapone una serie de argumentos que se distancian de otras monografías de la época, principalmente en los relacionados con la incidencia de la tuberculosis pulmonar en la ciudad de Bogotá y en otras ciudades del país. Con relación a lo anteriormente descrito, Rodríguez escribe:

Observando detenidamente las estadísticas, vemos que la tuberculosis no presenta un crecido coeficiente de mortalidad en Bogotá. Si comparamos este coeficiente con el de las demás ciudades del país o con el de las ciudades principales del mundo, adquirimos la firme convicción de que nuestra capital, dígame lo que se quiera, no confronta todavía el problema de la tuberculosis de manera tan grave como los demás países, ya sea porque nuestro atraso industrial mantiene relativamente diseminados los habitantes, o porque el clima y la situación geográfica nos favorecen mucho del flagelo. ²²²

Para ratificar esta afirmación Rodríguez señala una serie de estadísticas en relación a las demás ciudades colombianas, identificando la poca incidencia de la tuberculosis entre la población colombiana: “El promedio anual de mortalidad por

²²⁰ MARIÑO MORALES, Lorenzo. Op. Cit., p. 7.

²²¹ *Ibíd.*, p. 9.

²²² RODRÍGUEZ, Rafael. *La Espiroquetosis Bronquial (Bronquitis Sangrienta), causa frecuente de error en el diagnóstico de la Tuberculosis*. Tesis para el doctorado en medicina. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1926. Casa Editorial Minerva. p. 11.

tuberculosis en Bogotá es del seis por ciento. Las demás ciudades del país tienen también un promedio del cuatro al cinco por ciento. Solamente la ciudad de Barranquilla presenta una estadística elevada: nueve por ciento.”²²³ En contrastación con otras ciudades del mundo, el autor dice:

San José de Costa Rica, ciudad menos densa y poblada que Bogotá, aporta un crecido contingente de tuberculosos a la mortalidad. El año de 1923 lanza un porcentaje del diez. Montevideo, ciudad considerada, desde el punto de vista higiénico, como una de las primeras de América, lanza un porcentaje del diez y ocho. Cifras elevadas como ésta nos dan casi todas las capitales del mundo. La tuberculosis es el flagelo que sacrifica mayor número de víctimas en la raza amarilla. Baste anotar que el año de 1923 la ciudad de Tokio lanzó un porcentaje del veinticinco.²²⁴

Aunque algunos argumentos expuestos por este autor tienen un fundamento claro, también hay que señalar que para la segunda década del siglo XX, el problema de la tuberculosis pulmonar ya se estaba generalizando en las principales ciudades de Colombia, si bien los procesos de industrialización en Colombia son tardíos, las inmigraciones internas, del campo a las ciudades, transfiguraron el ordenamiento de estas²²⁵, generando el escenario en donde las enfermedades virales y bacterianas tuvieron un elevado aumento. Este fenómeno se puede evidenciar a partir de la preocupación suscitada no solo desde la comunidad médico-científica sino desde sectores políticos y la misma prensa²²⁶.

La investigación, *Diagnóstico precoz de la Tuberculosis por medio de la Tuberculina y con los Rayos X*, presentada en 1927 por el médico Héctor Ayala, para optar por el título de Doctor en Medicina y Cirugía; describía las enfermedades más preocupantes de Colombia: “Puede decirse que son tres los flagelos amenazantes de la salubridad pública en Colombia, que cual jinetes del apocalipsis vienen devastando los campos fecundos de nuestra nacionalidad: la sífilis, la lepra y la tuberculosis. Por su parte los ardores tropicales y muchas circunstancias climatéricas y geológicas benefician el desarrollo de semejantes plagas

²²³ *Ibíd.*, p. 11.

²²⁴ *Ibíd.*, p. 11.

²²⁵ ESPINOSA, Carlos. Op. Cit., p. 31.

²²⁶ CAMBA, Julio. Crónica: La ventaja de las epidemias. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Jueves 22 de Abril de 1920. Nro. 195. Año I. p. 3.

domésticas.”²²⁷ Dentro de estas enfermedades señaladas por el autor, la tuberculosis era definida como alarmante por las siguientes razones: “Pero entre todas ellas la que más debe preocupar el ánimo es la peste blanca, esta endemia de la civilización que encuentra organismos tarados por el paludismo, la uncinaria, mal alimentados y en armonía con el desaseo, la miseria y la ignorancia.”²²⁸

Otro aspecto que señala Ayala en lo relacionado con la tuberculosis, es el manejo de los enfermos en relación con otras enfermedades como la lepra:

Mas es el caso que mientras al desgraciado leproso se persigue tenazmente, se le acecha y se le aprehende para desgarrarlo del seno familiar y recluirlo entre los dismantelados bohíos de nuestros leprocomios, este desgraciado que nadie sabe hasta hoy de manera cierta si es o no vehículo transmisor de su dolencia, ni si el descartado bacilo de Hansen es a ciencia cierta su causa y tampoco si es transmisible por herencia, el tuberculoso, que vomita en todas las secreciones de su organismo el germen patógeno, heredado o adquirido, específico e infecto-contagioso, se pasea campante por las calles de las ciudades, se codea sin escrúpulos pasivos y con toda la sociedad en los teatros, en los convoyes ferroviarios y en todas las horas y en los lugares todos.²²⁹

Este autor también se hace un llamado al Estado como velador de los intereses públicos, a preocuparse mucho más por el desenfreno de la tuberculosis, referenciado la experiencia en el caso de la sífilis y otras enfermedades que azotaron la población colombiana a finales del siglo XIX y principios del XX; con este fin el autor utiliza palabras duras, que apuntan a denunciar la grave situación de la tuberculosis en Colombia:

Pero la tuberculosis, divaga enflaquecida por las calles vinculando su dolencia por medio de intencionadas o forzadas expectoraciones y preparando los relevos, que digo, engrosando el macilento desfile de espectros que de modo permanente constituye la vanguardia de nuestros hospitales, antesala de la necrópolis final; y todo sin que la atención pública, pero ni siquiera oficial, dedique un minuto de preocupación por cerrar en lo posible esta silenciosa vorágine que tragando se halla insaciable la salud de nuestro pueblo.²³⁰

La situación político-económica por la que atraviesa la nación repercute en la disposición estatal para tratar las enfermedades que afectan a la población; este

²²⁷ AYALA, Héctor. Diagnóstico precoz de la Tuberculosis por medio de la Tuberculina y con los Rayos X. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1927. Tipografía Voto Nacional. p. 10.

²²⁸ *Ibíd.*, p. 10.

²²⁹ *Ibíd.*, p. 10-11.

²³⁰ *Ibíd.*, p. 11.

autor reconoce este planteamiento, resaltando que muchos de los llamados realizados desde la academia y la medicina, llegaron a oídos sordos, pero señalando la importancia de seguirlos haciendo en pro de mejorar las condiciones salubres del país²³¹.

Con respecto al panorama de la situación tanto de la lucha antituberculosa como de la enfermedad misma, José Uricoechea en una investigación monográfica presentada en 1928, titulada *Algunas consideraciones sobre la tuberculosis pulmonar y su tratamiento por sueros Maraglianos*, señala lo siguiente:

No podemos decir que el problema de la tuberculosis en Colombia, como muy bien lo expuso nuestro ilustre profesor doctor Carlos Esguerra en su última conferencia, sea más grave que el resto del problema sanitario; uno y otros son cuestiones apenas estudiadas en nuestro país, como nos lo muestran las leyes, disposiciones, acuerdos y resoluciones vigentes, y sin más características que el absoluto abandono: las consecuencias de este abandono las vamos a explicar: mientras en otras repúblicas suramericanas como en Uruguay, hay una mortalidad de 10.9% individuos por cada mil habitantes en 1925 y en Norte América apenas de 11.7% en 1921, la cifra de mortalidad en Colombia es de 18.59 por cada mil habitantes, lo que representa 101.277 defunciones al año, cifra elevada si la comparamos con las de otros países, desconsoladora si analizamos las causas.²³²

Con un panorama difícil de la tuberculosis en Colombia, en relación con otros países, y unas cifras que cada año iban en aumento, el llamado de este médico es al compromiso con la profilaxis de la enfermedad, y la prevención de nuevos contagios:

En el grupo de enfermedades evitables podemos incluir otra serie de afecciones de las cuales no puede la ciencia garantizar la desaparición, pero sí reducir considerablemente sus estragos, y entre ellas cabe clasificar la tuberculosis. Representan según nuestros cálculos, 6000 defunciones anuales las provocadas por la tuberculosis, número que aumentará año por año dado el abandono en que tenemos la lucha antituberculosa en sus últimos años, y un total considerable por enfermedades evitables; hay necesidad de pensar en lo necesario que sería emprender una verdadera cruzada para salvar esas 6000 vidas;²³³

Este autor reconoce que la difícil situación del estado sanitario de la nación, recae principalmente en la despreocupación estatal y general en relación con las

²³¹ *Ibíd.*, p. 12.

²³² URICOECHEA LOAIZA, José María. *Algunas consideraciones sobre la tuberculosis pulmonar y su tratamiento por los sueros Maraglianos*. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1928. p. 40.

²³³ *Ibíd.*, p. 40-41.

enfermedades que atacan a la población, para esto hace un análisis comparado de otras naciones con mayor desarrollo económico y social:

No dudamos que con más o menos variantes, todos los países del mundo tienen su problema sanitario: la diferencia está y esto es lo triste para nosotros, en que en los países que han alcanzado un grado de alta civilización, el problema sanitario constituye el punto primordial por parte de gobernantes y gobernados. En Colombia, a la inversa de los que acabamos de decir, ha considerado siempre el pie de fuerza, y las obras públicas como los problemas capitales del país; dejando el problema sanitario en último término. Y si hiciéramos contrastar aquí la eficacia de aquellos gobiernos con las consecuencias de nuestro abandono, quedaríamos asombrados; preferimos recordar algunas campañas sanitarias que alienten nuestro ánimo en empresa de tanta importancia para nuestra nación.²³⁴

En las consideraciones de la lucha contra la tuberculosis, el autor señala que esta enfermedad es de las más estudiadas en el mundo, si bien ha sido preocupación por años, no se conoce aún un tratamiento específico para curarla en todos los casos en los que se pueda presentar, y tampoco se tiene una fórmula profiláctica que preserve a totalidad de nuevos contagios de la enfermedad²³⁵. Con esto no pretende generar un panorama desolador en términos de la inevitable peligrosidad de la tuberculosis pulmonar, si no que se han gestado grandes avances en materia del descubrimiento del agente y las formas del contagio de la misma, lo cual puede ayudar a controlar la enfermedad.

Puntualiza en la importancia de conocer estas particularidades y hacer de ellas herramientas para la lucha contra este mal, para ello dice:

Lo importante y práctico es tener en cuenta que todos estamos en peligro de padecerla y que para preservarse de ella se procede: 1. Esquivando el contacto con los focos de contagio. 2. Fortaleciendo el organismo, poniéndolo en capacidad de resistencia para vencer la infección. 3. Evitando tras enfermedades, huyendo del vicio, velando por la salud, en una palabra luchando contra la tuberculosis.²³⁶

El autor hace una apreciación en la que el fin inmediato de la lucha contra la tuberculosis, no recae solamente ni en mayor medida, en la cura de los enfermos; si bien se debe prestar mucha atención a estos, más a los casos curables, el verdadero centro de concentración de los esfuerzos debe estar en “los focos de

²³⁴ *Ibíd.*, p. 41.

²³⁵ *Ibíd.*, p. 42.

²³⁶ *Ibíd.*, p. 43.

contagio para aislarlos y descubrir los individuos que por sus circunstancias y medios sociales estén en eminente peligro de tuberculizarse para proporcionarles medios adecuados que los salven de la infección.”²³⁷

Las campañas en contra de la tuberculosis, ya sea por iniciativa estatal, particular o mixta, generan grandes impactos en las estadísticas de la enfermedad. Este médico señala también, que para el caso colombiano, dichas campañas no han tenido la constancia y magnitud necesarias y esto ha hecho que a tuberculosis conquiste cada vez más nuevos terrenos del territorio nacional, sustentado lo anterior en informes de los directores departamentales de higiene²³⁸, en los cuales se evidencia una constante: la difusión alarmante de esta afección.

En lo relacionado con los planes y campañas de la lucha contra la tuberculosis aclara que si bien, se pueden tomar buenos ejemplos de iniciativas gestadas en otros países, se debe tener claridad del contexto de nuestro país a la hora de aplicar estas medidas, ya que la enfermedad puede comportarse diferente depende del contexto en el que esté presente; para el caso de la lucha contra la tuberculosis en Alemania²³⁹, identifica grandes avances, como la creación de sanatorios, la diferenciación entre el tratamiento de las tuberculosis ligeras y las crónicas, la organización de grupo que indaguen en las causas de contagio y prevengan nuevos casos en las mismas familias o círculos sociales del paciente, etc.

En el contexto particular de Colombia, y de la relación del Estado con la lucha antituberculosa, el autor reconoce falencias en las medidas y disposiciones tomadas; para esto hace un análisis de las leyes expedidas en relación a este mal y su lucha:

Con relación a la tuberculosis debemos reconocer que este problema en Colombia no está estudiado en su verdadera realidad; la ley 66 de 1916 creó la Junta Organizadora de la lucha contra la tuberculosis; luego la ley 112 de 1919, reformó la ley 66 de 1916 y le adscribió a la Dirección Nacional de Higiene los mismos poderes y facultades para organizar de una

²³⁷ *Ibíd.*, p. 43.

²³⁸ *Ibíd.*, p. 44.

²³⁹ *Ibíd.*, p. 45.

manera científica la lucha contra el terrible flagelo, pero ni la Junta creada por la ley 66 de 1916, ni la Dirección Nacional de Higiene, han podido encauzar esta lucha para llegar a un plan definitivo, adecuado, que nos ponga en condiciones de solución.²⁴⁰

Reconoce también que aunque estas instituciones han tomado medidas importantes para mitigar los estragos de la tuberculosis en el territorio nacional, estas iniciativas se van visto frenadas por el casi nulo apoyo económico por parte del Estado.

Dentro de las recomendaciones de las campañas efectivas de profilaxis de la tuberculosis, este médico vincula nuevamente al gremio de periodistas y a la prensa en general como un gran baluarte de la lucha antituberculosa:

El primer paso es crear ese estado de conciencia sanitaria, educar la masa con odio a los peligros del alcohol, el amor al aire, a la luz y al sol, la higiene corporal, la buena urbanidad en el hogar, en la calle y en el taller y todo cuanto estos factores lleven aparejado. Son ideas que se deben ir inculcando en el público para abonar el terreno que hará fructificar la campaña. Esto solo puede conseguirse mediante una propaganda bien dirigida en la prensa en conferencias, carteles alusivos, consejos en el hogar, cartillas, haciendo obligatoria en las escuelas la enseñanza de los principios elementales de la higiene, etc., etc.,²⁴¹

Se ha evidenciado este llamado en algunos los textos médico-científicos relacionados con la lucha en contra de la tuberculosis; es claro que parte de la situación de descontrol de la enfermedad recae en la ignorancia de los focos de contagio, los malos hábitos higiénicos y el desconocimiento de los síntomas y la contagiosidad del TBC. Pero también hay que señalar en algunos casos la prensa tergiversaba una realidad científica sobre la enfermedad, como el en caso encontrado en un ejemplar de Vanguardia Liberal de 1919, sobre la relación de la calvicie y la tisis:

No hay mal que por bien no venga. Hasta los calvos pueden alegrarse de no tener pelo, porque según dice mucha gente jamás se encuentra un calvo en peligro de morir tísico. A primera vista parece un absurdo que el estado de la cabellera de un hombre pueda revelar si es o no inmune al terrible azote de la tuberculosis, pero un médico extranjero ha declarado recientemente que lleva cinco años anotando el estado capilar de sus clientes y no figura en la lista ningún tuberculoso calvo. En el espacio indicado ha tenido en tratamiento 700 enfermos y, además, en un censo de 5000 enfermos de tuberculosis no ha encontrado ni un

²⁴⁰ *Ibíd.*, p. 47.

²⁴¹ *Ibíd.*, p. 48.

solo calvo. El doctor no fundamenta el hecho en ninguna base científica; limita a ofrecer los resultados de más observaciones e invita a perseguirlas.²⁴²

Sobre los médicos colombianos y su relación con la tuberculosis este autor señala:

En Colombia no existe el médico, y menos el higienista de la tuberculosis. En las facultades cursamos las distintas clínicas y la higiene, pero ninguna disciplina nos ilustra sobre campañas sociales sanitarias. El higienista de la tuberculosis tiene que comprender que los recursos no son siempre de orden clínico, que fracasan o surten efectos inmediatos; por eso pensamos que el dispensario debe ser al mismo tiempo un centro de formación para los futuros médicos de la lucha.²⁴³

A modo de conclusión sobre el que hacer en contra de la tuberculosis, y el estado actual de la lucha contra esta en la tercera década del siglo XX; Uricoechea dice:

En resumen, Conocer el problema y difundirlo serían las dos bases de la lucha antituberculosa en Colombia. Los dispensarios, con sus servicios complementarios y su personal técnico adiestrado, llevarían a cabo la empresa y la abundancia de recursos garantizaría el éxito. Sin dinero para la propaganda, para la buena instalación y ampliación de servicios, etc., etc., todo quedaría estancado en absoluto abandono.²⁴⁴

Juan Pérez, en el libro: *Contribución al estudio social del problema tuberculoso (1932)*, inicia por señalar que el primer baluarte de la profilaxis de la tuberculosis, debe ser la educación de las masas en relación a las características de la enfermedad, los factores que influyen sobre el cuerpo y propician los nuevos contagios, la higiene corporal y ambiental, y las disposiciones de los enfermos²⁴⁵. Dice que este conocimiento debe ser generalizado entre todos los habitantes de Colombia, indiferentemente de condición social, raza o profesión; para esto propone que uno de los mecanismos de difusión de esta información debe ser el voz a voz, respetando las ideas precisas y señas por la comunidad médica sobre la tuberculosis, y borrando los prejuicios sociales malintencionados que puedan estar presentes aun²⁴⁶.

²⁴² ANÓNIMO. Tisis y calvicie. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Lunes 3 de noviembre de 1919. Nro. 55, Año I. p. 1.

²⁴³ URICOECHEA LOAIZA, José María. Op. Cit., p. 50.

²⁴⁴ *Ibíd.*, p. 50.

²⁴⁵ PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 33.

²⁴⁶ *Ibíd.*, p. 34.

La educación popular, el hospital y los dispensarios, y la higiene oficial, como medidas de control y profilaxis de la enfermedad, deben estar complementados con la creación de sanatorios para tuberculosos, en donde se pueda llevar a los enfermos, no solo para alejarlos de la sociedad y prevenir que se conviertan en focos de propagación de la enfermedad, sino para generales unas condiciones ambientales que propicien su rápido mejoramiento.

El dispensario antituberculoso jugó tal vez el papel de mayor protagonismo en la profilaxis de la tuberculosis; la comunidad médica en Colombia y en el mundo entero reconoció la importancia de esta institución, tanto en el sentido de la curación como en de la prevención de la enfermedad. Son múltiples los registros encontrados en la literatura médica de la primera mitad el siglo XX, y todos apuntaban a la consolidación de este como el baluarte de la lucha contra el mal blanco que tanto azotaba la población del país y del departamento de Santander.

Pérez reconoce a esta institución como otro foco de la profilaxis de la tuberculosis, tal vez el más importante, y su eficacia recae en la consolidación y creación de estos por todo el territorio nacional; sobre el papel del dispensario antituberculoso dicta: “De él se derivan muchas medidas saludables, de incalculables beneficios para la comunidad, será el mejor medio de enseñanza, porque la gente se acostumbrará a pedirle su diagnóstico preciso y a su debido tiempo.”²⁴⁷

Para este autor el Dispensario antituberculoso debe focalizarse en: a) El diagnóstico preciso y precoz de la enfermedad, promoviendo el rápido tratamiento de esta, y previniendo nuevos contagios²⁴⁸; b) La educación antituberculosa, la cual debe hacerse desde el dispensario pero buscar herramientas de difusión masiva, que generen un impacto real en la sociedad²⁴⁹.

²⁴⁷ *Ibíd.*, p. 34.

²⁴⁸ *Ibíd.*, p. 40.

²⁴⁹ *Ibíd.*, p. 40.

Pérez propone cuatro factores de la campaña antituberculosa: 1^{ro}. El aislamiento del germen. 2^{do}. La destrucción del germen. 3^{ro}. La protección de los individuos expuestos al contagio. 4^{to}. El mejoramiento de las condiciones de vida.²⁵⁰

Al respecto de esta última, el autor hace énfasis en la imposibilidad de muchos sectores de la sociedad colombiana de mejorar por sus propios medios las condiciones higiénicas, alimentarias y de vivienda; y el compromiso que debe tener el Estado con este tipo de personas: “Los poderes públicos están en la imperiosa necesidad de poner remedio cuanto antes posible, mejorando las condiciones generales de vida, dando trabajo al obrero, y emprendiendo una reforma sustancial de régimen escolar.”²⁵¹

Fueron muchas las medidas tomadas y sugeridas desde la academia médica colombiana para mitigar los efectos y el desenfreno de la tisis en Colombia. En la revisión de estas investigaciones, encontramos una constante muy particular, y es la noción de la tuberculosis pulmonar como una enfermedad de carácter social, la cual tiene origen y sustento en las particularidades sociales presentes en el territorio nacional y de los departamentos en Colombia; estos planteamientos serán expuestos en el siguiente apartado.

2.3.4 La tuberculosis como una enfermedad de carácter social. Cuando se trata de hacer una historia de la lucha político-científica contra una enfermedad en una sociedad pasada, es importante no caer solo en una descripción simplista de la enfermedad desde los conceptos puramente médicos; pero tampoco tratar de exponer la problemática como una representación meramente social y cultural; como lo señala Ludwik Fleck²⁵², estudiar las enfermedades no solamente como realidades biológicas sino también como realidades sociales y culturales.

²⁵⁰ *Ibíd.*, p. 35.

²⁵¹ *Ibíd.*, p. 76.

²⁵² FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Editorial Alianza. 1986. 198 p.

En este orden de ideas, el estudio de las nociones sociales, es fundamental para entender el contexto y las razones del porqué de la enfermedad. En este apartado se describirá la postura expuesta por la comunidad médica en Colombia, en relación a la categoría de tuberculosis como enfermedad social.

Las investigaciones especializadas en el estudio de la tuberculosis pulmonar, son fundamentales para dimensionar la importancia de este mal en la primera mitad del siglo XX; si bien, gran parte de estos textos estaba dedicada al aspecto propiamente médico o científico de la enfermedad, tópicos que la presente investigación no aborda a profundidad; en muchos casos, dentro de estos textos se expone también causales socio-económicas del aumento de la TBC en Colombia en este periodo.

La consolidación de una clase trabajadora en la primera mitad del siglo XX, resultado de los procesos de industrialización por los cuales pasaban las principales ciudades del país, generaron una serie de cambios que transfiguraron muchos escenarios del cotidiano vivir²⁵³; esta clase trabajadora se empezó a concentrar en nuevos barrios obreros, algunos con deficiencias en los sistemas de servicios públicos; las extenuantes jornadas laborales, problemas relacionados con el alcoholismo y las enfermedades veneras, propiciaban la aparición de otro tipo de enfermedades infecciosas entre ellas la tuberculosis pulmonar;

La capacidad física y el rendimiento del trabajador y, en un plazo más largo su salud, sufren también menguas por las condiciones generales de vida a que está sometida. Apenas parece necesario indicar como se modifica la capacidad de trabajo debida a la mala ventilación, iluminación insuficiencia, temperaturas no regulares o variables, factores nocivos especiales inherentes al mismo trabajo, etc. Agréguese a esto, que con frecuencia las jornadas son excesivamente largas, sin los periodos de descanso correspondiente; que se multiplican las horas extraordinarias de labor o los trabajos se realizan por contrato con una intensidad aniquiladora; que no se respeta la integridad física en especial de los adolescentes, encargándoles trabajos excesivos que tienen repercusión sobre su anatomía; o que el trabajo es diurno y nocturno alternadamente con los cual el operario altera su vida familiar y no puede aprovechar horas de reposo diurno por imposibilidad absoluta de dormir en la pieza a esas horas y porque nadie puede acostumbrarse a dormir alternadamente de día y de noche de una semana a otra.²⁵⁴

²⁵³ ARMUS, Diego. Op. Cit., p. 200.

²⁵⁴ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p. 70.

Una de las primeras monografías en pensarse la tuberculosis pulmonar como un problema de carácter social, es *La tuberculosis en Bogotá. Profilaxis*. Presentada por el doctor Enrique Isaza en 1913. En este texto el Galeno hace una descripción de los principales escenarios físicos en los que la enfermedad tiene mayor incidencia en la ciudad de Bogotá.

Con lo relacionado a estos escenarios, el identifica al hospital, las habitaciones, las escuelas, los talleres y lugares de trabajo, el cuartel, la iglesia, hoteles, teatros, cantinas, restaurantes y bancos; como los lugares en donde la tuberculosis causa mayor impacto, principalmente por compartir un común denominador, las grandes concentraciones de personas y los pésimos hábitos higiénicos de estas²⁵⁵.

El Dr. Pablo García Medina escribía en 1915 en la Revista Higiene sobre la aparición y rápido aumento de los casos de morbilidad y mortalidad de la tuberculosis pulmonar en las ciudades colombianas:

Otro enemigo que hace progresos entre nosotros es la tuberculosis, contra la cual luchan abiertamente todas las naciones civilizadas. Las estadísticas demuestran que en muchas localidades un 25% de la mortalidad total es producida por esta causa, y hasta nuestros climas fríos, que antes se juzgaban indemnes, presentan hoy numerosos pacientes de esta clase; en Bogotá, por ejemplo, es raro el mes en que no pasan de veinte los tuberculosos que mueren.²⁵⁶

Para 1918, German Abadía presenta un informe de investigación titulado *Tuberculosis Pulmonar*, en donde hace una descripción de los principales planteamientos mundiales en relación a la etiología y las características de la enfermedad; también señala las condiciones sociales que afectan el desarrollo de la enfermedad “La miseria, que trae consigo deficiencia de alimentación y desaseo, es factor principalísimo para preparar el terreno y facilitar la invasión del organismo por toda clase de enfermedades microbianas.”²⁵⁷

²⁵⁵ ISAZA, Enrique. *La Tuberculosis en Bogotá, Profilaxis*. Tesis para optar por el título de Doctor. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1913. imprenta Arboleda y Valencia. p. 17-70.

²⁵⁶ *Revista Higiene*. Año VII, Nro. 93. Agosto 1915. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. En: Biblioteca Nacional. p. 7.

²⁵⁷ ABADIA, German. Op. Cit., p. 9.

Para Lorenzo Mariño, en su texto *Signos de la tuberculosis pulmonar incipiente y su valor diagnóstico*, en relación a la predisposición del contagio, señala la discusión generada por distintos académicos en relación a la condición hereditaria de la tuberculosis pulmonar, y aunque reconoce que la enfermedad como tal no es hereditaria, si lo son otros factores que propician su contagio: “Lo que es hereditario en general, no es el microbio mismo, sino un estado mal definido de decadencia orgánica, que hace el terreno más propicio para la germinación del grano tuberculoso; es la herencia de la distrofia, del terreno, de la predisposición.”²⁵⁸

Estas condiciones de decadencia orgánica como lo ha señalado el autor, pueden atribuirse en muchos casos a las condiciones socioeconómicas de los padres; la malnutrición, el hacinamiento, las jornadas laborales extenuantes y los problemas sociales como el alcoholismo²⁵⁹, debilitan el cuerpo del tuberculoso y propician el nacimiento de hijos malsanos y con una alta probabilidad de contagio de enfermedades infecciosas; además de esto, es fundamental que los hijos de padres tísico, al estar en constante contacto con ellos, tienen altos índices de contagio. Diego Armus sobre el alcoholismo como causa de la tuberculosis y de la degeneración señala: “La asociación entre alcoholismo y tuberculosis ya estaba presente en la década de 1870. En 1900 se decía que el aumento progresivo de la tuberculosis coincide con el del alcoholismo y que era en el alcohol donde debía buscarse la causa del empobrecimiento vital que produce la tisis, la miseria de las miserias.”²⁶⁰

Mariño Morales sobre la búsqueda de una sociedad sana, productiva y moral; persuadía a los médicos a vincular dentro de sus discursos, juicios en contra de las llamadas razas degeneradas, más propicias al contagio de enfermedades, según la noción de la época; la tuberculosis, al ser una enfermedad, asociada con las condiciones socioeconómicas más precarias, era también relacionada con estas

²⁵⁸ MARIÑO MORALES, Lorenzo. Op. Cit., p. 12.

²⁵⁹ *Ibíd.*, p. 18.

²⁶⁰ ARMUS, Diego. Op. Cit., p. 182.

razas malsanas: “Podría decirse que la tuberculosis es la enfermedad que se encarga de eliminar la gran mayoría de los degenerados orgánicos. Cuando uno piensa en la frecuencia de la tuberculosis e investiga sus causas, es preciso llegar a la conclusión de que es un poderoso medio de destrucción de las razas degeneradas, decía Gueneau de Mussy.”²⁶¹ Para estas personas propicias a contraer la tuberculosis, debido a sus condiciones anatómicas y sociales, este médico utilizaba el concepto de *Pretuberculosos*²⁶², y proponía disponer de sumo cuidado con ellos, para evitar la transición a tuberculosos.

Las clases trabajadoras y los sectores socioeconómicos más bajos de la población colombiana, son señaladas por Mariño como los grupos poblacionales más predispuestos a contraer tuberculosis pulmonar; dentro de la explicación de un porque este fenómeno, están desde las condiciones alimentarias, hasta las de vivienda y lugares de trabajo; al respecto se señala:

La alimentación de la clase trabajadora es, sobre todo por su calidad, insuficiente; si a esto se agrega la mala preparación y el peligro que tienen algunos de ellos, como la leche y la carne, por llevar el bacilo, bien puede comprender que las clases bajas de la sociedad pueden llegar a amenguar su resistencia biológica y exponerse a contraer una tuberculosis, por razón de su alimentación. Cuestión muy mas importante es la de la habitación de un individuo, y su conocimiento puede ser factor de diagnóstico, que el clínico no puede despreciar en ningún caso; pues un individuo que habita donde no entran, sino difícilmente, el aire y la luz, seguramente estará expuesto a contraer la enfermedad.²⁶³

En el caso específico de lo anteriormente mencionado, Mariño señala para el caso de la ciudad de Bogotá en la primera mitad del siglo XX lo siguiente: “Si examinamos los lugares de aglomeración que hay en Bogotá, ya para el trabajo, o como centros de recreación, encontraremos las peores condiciones higiénicas, y que los individuos que frecuentan esos lugares están en peligro inminente de contraer tuberculosis.”²⁶⁴ Este tipo de situaciones son fáciles de rastrear no solo en Bogotá, siendo en esta un problema mayor debido a la concentración poblacional por ser la

²⁶¹ MARIÑO MORALES, Lorenzo. Op. Cit., p. 14.

²⁶² *Ibíd.*, p. 14.

²⁶³ *Ibíd.*, p. 26.

²⁶⁴ *Ibíd.*, p. 26.

ciudad capital, sino también en otras capitales departamentales como es el caso de Bucaramanga.

En esta investigación también podemos encontrar la descripción de los oficios-laborales más propensos a contraer la tuberculosis; al respecto de los trabajadores de las imprentas y en especial de sus lugares de trabajo se dice: “hay carencia casi absoluta de aire y luz, trabajo mucho más fuerte y prolongado; la intoxicación saturnina que en ellos se puede presentar y la comunidad con obreros quizá ya tuberculosos, que expectoran allí sin precaución, hacen comprender que no es despreciable este dato etiológico.”²⁶⁵ Otro trabajo que se identifica como el que más número de casos registra de tuberculosis pulmonar, es el de las labores domésticas y de la cocina, sobre el lugar de trabajo de este grupo se dice: “La cocina, lugar donde se encuentra el vertedero, la caja de basuras, hornillas, etc., con una atmosfera confinada, humedad, oscuridad, que son gran parte para que el bacilo se conserve y se multiplique, es donde la sirvienta pasa la mayor parte del tiempo.”²⁶⁶

La mezcla de la ingesta de alcohol y el trabajo, es señalado como un factor importante a la hora de la proliferación de la tuberculosis, en especial entre la comunidad dedicada al expendio de bebidas embriagantes; los empleados de los cafés, tabernas y bares, además de tener jornadas extenuantes hasta altas horas de noche, están en una constante interacción con el bacilo expedido por tuberculosos que asisten a dichos establecimientos, estos lugares carecen de ventilación, luz solar y están confinados en espacios de reducido tamaño y alta frecuencia de público, lo que los convierte en el escenario perfecto para el contagio²⁶⁷.

En general, Mariño señala que todo trabajo que tenga que ser ejecutado, en espacios reducidos, con poca ventilación y luz, con hacinamiento, con cambios de temperatura abruptos, y con excesos de fuerza física, traerá consigo el escenario

²⁶⁵ *Ibíd.*, p. 26.

²⁶⁶ *Ibíd.*, p. 27.

²⁶⁷ *Ibíd.*, p. 27.

perfecto no solo para que el bacilo tenga una resistencia vital mucho más prolongada, sino para el contagio sea inminente; en palabras finales señala: “Por estos motivos la tisis es mucho más frecuente en las grandes ciudades y en las aglomeraciones humanas; y la padecen más los trabajadores de fábricas, talleres y oficinas que los trabajadores del campo.”²⁶⁸

Otra investigación monográfica médica fundamental a la hora de dimensionar la tuberculosis pulmonar como un problema de carácter social, es la presentada en 1928 por el médico José María Uricoechea Loaiza, para optar por el título de Doctor en Medicina y Cirugía; titulada *Algunas consideraciones sobre la Tuberculosis Pulmonar y su tratamiento por los sueros maraglianos*, este texto es importante en la medida en que considera dentro de sus apartados no solo hacer un estudio de la enfermedad y de los posibles métodos de cura, sino también hacer un panorama de la lucha contra la tuberculosis en Colombia, iniciada formalmente una década antes.

Uricoechea señala una serie de causas del contagio de la tuberculosis, en donde retoma la discusión de la TBC como una afección hereditaria, más en términos del contexto y lo propicio que puede ser el contagio en hijos de padres tuberculosos, que en una transmisión directa de la misma. Para este autor una de las causas sociales más importantes del desarrollo de la tuberculosis pulmonar en Colombia, es, como otros autores ya lo habían señalado, el alcoholismo, y no solo de la enfermedad sino de la degeneración de la raza misma²⁶⁹.

También señala unas causas ocasionales que propician en contagio de la enfermedad, entre las que están algunas enfermedades que debilitan el cuerpo, y hábitos que labran el terreno para la tuberculosis entre al organismo:

El paludismo, predispone a la infección por el bacilo de Koch, aminorando las resistencias orgánicas; la anemia tropical produce predisposición a la infección por las mismas razones; las enfermedades eruptivas, la gripa, llamadas enfermedades tisiógenas, predisponen al desarrollo de la tuberculosis; las del aparato digestivo; la diabetes, las enfermedades infecciosas, la mala higiene, el aire viciado y confinado, las privaciones, la miseria, etc. Todos

²⁶⁸ *Ibíd.*, p. 29.

²⁶⁹ URICOECHEA LOAIZA, José María. Op. Cit., p. 6.

estos factores repercuten directamente sobre el organismo modificando el terreno, disminuyendo su resistencia y aumentando la virulencia del bacilo de que es portador.²⁷⁰

Con esto, el autor pretende señalar que si bien tanto las condiciones de la contagiosidad del bacilo son fundamentales a la hora del registro de nuevos casos de TBC, lo es también en mayor medida las condiciones del terreno orgánico, o sea, las condiciones salubres del cuerpo humano; con relación a esto y la situación colombiana, dice “La tuberculosis es el producto de la acción reunida del bacilo y el terreno orgánico insuficiente. Estas dos orientaciones deben marchar paralelamente; es una de las grandes líneas que creemos deben tenerse presente al tratar de desarrollar el programa de la higiene social de la tuberculosis en Colombia.”²⁷¹

Dentro del discurso de los médicos de finales del siglo XIX y principios del XX, en relación a la lucha contra las enfermedades en Colombia, se pudo rastrear una constante, y es la de la justificación de estas gestas sanitarias, cómo medio del progreso económico-social de la nación; en las conclusiones de la importancia del trabajo realizado por este y otros médicos colombianos contra la tuberculosis por medio de los sueros Maraglianos, este autor señala: “Resolver el problema de la lucha contra la tuberculosis mediante un plan científico sería la salvación del futuro de la Patria.”²⁷²

Uricoechea al final de su texto hace también un balance de la lucha contra la tuberculosis en Colombia en los últimos años, aspecto de suma importancia en relación al objeto de estudio de la presente investigación; inicia por señalar que la lucha contra la tuberculosis en Colombia plantea una serie de retos, que solo se pueden sobrellevar por medio de la asistencia pública, la acción social, la estatal y la de la comunidad en general²⁷³.

²⁷⁰ *Ibíd.*, p. 7.

²⁷¹ *Ibíd.*, p. 8.

²⁷² *Ibíd.*, p. 39.

²⁷³ *Ibíd.*, p. 39.

Para 1929, en una monografía titulada *Diagnóstico clínico precoz de la Tuberculosis Pulmonar Crónica* el médico J. M. Gallo, propone una discusión inicial sobre la medicina y el papel en la sociedad, en donde señala: “Si precaver y curar constituyen el fin de la medicina, vista como ciencia, debemos tener presente esa finalidad pura y considerarla sin la indumentaria ridícula y las supercherías con que el empirismo disfrazaba y malea esta ciencia, la más humana que existe”²⁷⁴

Dentro del discurso del mejoramiento de la raza en Colombia, gestado desde el Estado y ratificado por muchos sectores de la medicina, se expone en este texto lo siguiente entre la relación progreso-salubridad:

No es sólo en la lucha contra la lepra, en las campañas contra la anemia y las enfermedades venéreas, o combatiendo el alcoholismo, como hemos de oponernos a la degeneración de las razas en Colombia; por sobre todas estas campañas viene a colocarse hoy con caracteres alarmantes el problema antituberculoso; definitivamente no podemos sufrir el contagio de la desidia de nuestros gobiernos, cuando se trata de problemas esencialmente médicos y salvadores para el país.²⁷⁵

Hay que recordar que estas políticas iban encaminadas a los procesos de modernización y progreso nacional, gestados a lo largo de finales del siglo XIX y toda la primera mitad del XX, “las políticas de modernización del país, concebida como progreso material y económico y fomento de la acumulación de riquezas, emprendidas en Colombia desde 1904 como propaganda de gobierno de Rafael Reyes, comprendían, entre otros proyectos, los del fomento de industrias nacionales y la introducción de capital e inversionistas extranjeros.”²⁷⁶ El saneamiento de los lugares y las personas, se hacía latente en relación con la necesidad de tener acceso a la explotación de materias primas y manufacturadas, y de disponer de personal trabajador para realizarlo. Sobre la disposición estatal y de rentas que deben ser dedicadas al problema de la tuberculosis en Colombia, Gallo dice:

²⁷⁴ Gallo, J. M. *Diagnóstico Clínico Precoz de la Tuberculosis Pulmonar Crónica*. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1929. p. 9.

²⁷⁵ *Ibíd.*, p. 11-12.

²⁷⁶ Márquez Valderrama, Jorge. Políticas, tráficos y epidemias en Colombia a comienzos del siglo XX. En: Márquez, Jorge. Casas, Álvaro y Estrada, Victoria. *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia sede Medellín. 2004. p. 184.

Si Colombia, y no es el único país, es incapaz de prescindir en su presupuesto del cuantioso aporte del alcoholismo, del tabaco y del juego, justo es que dedique una buena parte de esas mismas rentas a la construcción de sanatorios de altura, para los enfermos curables; sanatorios marítimos para los pretuberculosos, ya que para incurables, cada hospital del país dedica forzosamente una de sus dependencias, aun cuando es siempre menos bien dotada y la menos bien atendida.²⁷⁷

Ya para finalizar, el autor señala, como otros anteriormente, las principales causas del contagio aumentado de la tuberculosis pulmonar en Colombia:

Como causas predisponentes tenemos la mala higiene, el hacinamiento, la alimentación escasa, el aire confinado y viciado, la fatiga física o intelectual, el abuso de los placeres, el alcoholismo, los enfriamientos, el embarazo repetido, la lactancia, las vegetaciones adenoides, la hipertrofia de las amígdalas, caries dentarias que, ulcerando la mucosa favorecen la penetración del bacilo; la diabetes, sífilis, miseria fisiológica y en general, todas las enfermedades infecciosas.²⁷⁸

La *Revista Médica de Colombia* también dedicó apartados de sus ejemplares a pensarse la tuberculosis como un problema tanto de carácter salubre como de carácter social; en 1930 se escribía sobre la insuficiencia de la nación para tratar la tuberculosis pulmonar²⁷⁹, una enfermedad de alarmantes cifras para la época; esta insuficiencia que alteraba notablemente la salubridad pública se debía principalmente a la falta de sanatorios especializados que contaran con las medidas adecuadas para controlar la propagación de la enfermedad, y tratar a los enfermos bajo óptimos niveles de intervención clínica.

La construcción de pabellones para tuberculosos en el departamento de Cundinamarca por iniciativa de la beneficencia de este departamento, es señalado en esta revista como un avance importantísimo en la lucha contra la tuberculosis, ya que:

Traerá beneficios incalculables; los servicios generales aumentarán el movimiento de sus enfermos, ya que las lesiones tuberculosas se caracterizan especialmente por su largo y delicado tratamiento, y que en cada servicio, no es exagerado decir, inmovilizan durante largo periodo un 15% de sus capacidades; se verificará una mejor selección de las enfermedades evitando mezclar en un mismo servicio entidades patológicas que requieren tan diferentes atenciones y tratamientos. Con el nuevo pabellón las víctimas del bacilo de Koch cambiarán el oscuro recinto donde actualmente, debido a su número cada vez mayor,

²⁷⁷ Gallo, J. M. Op. Cit., p. 13.

²⁷⁸ *Ibíd.*, p. 29.

²⁷⁹ *Revista Médica de Colombia*. Vol. 1, Nro. 2. Asociación colombiana de estudios médicos. Biblioteca nacional. Septiembre de 1930. p. 125.

tienen que hacinarse, por otro de amplias proporciones donde el sol y el aire puro puedan ejercer plenamente su benéfica acción hoy reconocida como base fundamental del moderno tratamiento.²⁸⁰

Uno de los textos de mayor trascendencia, escrito en el periodo de estudio del presente trabajo de investigación, sobre la tuberculosis, su etiología y las posibles causas sociales del aumento desproporcionado de este mal en Colombia en la primera mitad el siglo XX, es el publicado por Juan Pérez Cadavid en 1932, titulado *Contribución al estudio social del problema tuberculoso*.

Pérez identifica desde las páginas iniciales a la tuberculosis como un mal de alarmantes comportamientos y una enfermedad de carácter inminentemente social “El contagio se extiende cual una capa de aceite, insensiblemente, e invade todas las esferas sociales; a nadie respeta: ricos y pobres son sus elegidos. De consiguiente la lucha que contra él se debe emprender es una lucha social, pues social es el mal y sociales sus consecuencias.”²⁸¹ Las repercusiones expresas por el autor en relación al impacto de la tuberculosis en el estudio de la enfermedad, llegan hasta la consolidación de nuevos saberes, como es el caso del estudio de la enfermedad realizado por sociólogos que arroja en palabras del autor, la tipificación de una nueva ciencia: La Medicina Social²⁸².

Las enfermedades o malos hábitos sociales son asociados con el contagio de tuberculosis; sobre la sífilis Pérez escribió que esta: “es otro factor que desempeña papel importante en el desarrollo de la tuberculosis, por el hecho de ser una enfermedad debilitante, anergizante, es decir, que coloca al organismo en malas condiciones de defensa frente a una infección de carácter latente.”²⁸³ Armus en su investigación sobre la Tuberculosis en Argentina, al respecto de los malos hábitos sexuales y su relación con este mal, escribía: “En este contexto comenzó a hablarse

²⁸⁰ *Ibíd.*, p. 126.

²⁸¹ PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 3.

²⁸² *Ibíd.*, p. 3.

²⁸³ *Ibíd.*, p. 23.

de los abusos sexuales no sólo como causa o consecuencia de la tuberculosis sino también como una manera de prescribir una cierta moral.”²⁸⁴

El alcoholismo por su parte, más allá de ser un problema en relación a los efectos que genera en el cuerpo, lo es también en los ambientes y la vida que propicia:

A la simple vista parece el alcohol como el agente debilitante por las lesiones que produce sobre el hígado y sistema nervioso que arruinan la resistencia orgánica y ponen al individuo en estado de menos defensa. Pero analizando bien la cuestión, el peligro reside sobre todo en la vida que lleva consigo el alcohólico, con las deplorables condiciones de higiene, alimentación y alojamiento. El microbio invade con facilidad dichos organismos, no solo por el elemento alcohol, sino por la miseria fisiológica, consecuencia del vicio.²⁸⁵

La concepción del alcoholismo y su relación con las enfermedades era clara en la primera mitad del siglo XIX en Latinoamérica, para Argentina, Diego Armus nos da un ejemplo magnifico, que podría aplicar a realidad como la colombiana:

La asociación alcoholismo y tuberculosis marcó prácticamente todos los discursos sobre la degeneración, de los anarquistas a los conservadores enrolados en la reforma social. El tema aparecía con notable claridad en un artículo publicado en 1907 en los archivos de psiquiatría, criminología y ciencias afines, donde el organismo del bebedor se describe como un parasito para la tisis, toda vez que en sus pulmones la enfermedad se instala como si entrara en una casa arruinada e indefensa. O bien el alcohol llama a la tisis y la tisis lo ayuda en la negra tarea de terminar cuanto antes con el bebedor. O bien la tisis lo empuja hacia el sepulcro y el alcohol acelera el desenlace fatal. A ese registro se sumaban otros que encontraban en el alcohol un signo de degeneración, un factor virulento de tuberculosis, un fermento de disolución, de incapacidad y envilecimiento moral y físico de los pueblos y las razas, que culmina en la pérdida de la voluntad, la falta de disciplina y del deseo de progresar, la ausencia de dignidad, el abandono de los buenos sentimientos.²⁸⁶

En el texto de Pérez, este dedica un apartado a analizar los factores sociales, como el los llama, que influyen en el contagio de la Tuberculosis Pulmonar; identifica a su vez que estos factores son propios de la civilización y del desarrollo de la ciudades. El primero de ellos que trata, es el de las aglomeraciones de gente o aglomeraciones sociales; inicia por decir:

Los estudios geográficos muestran claramente que la tuberculosis está más extendida donde existe una civilización más avanzada y antigua...En las ciudades de densa población es mayor el porcentaje de muertes. En París, por ejemplo, sobre 100 defunciones hay un

²⁸⁴ ARMUS, Diego. Op. Cit., p. 176.

²⁸⁵ PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 24.

²⁸⁶ ARMUS, Diego. Op. Cit., p. 181.

promedio de 25 por tuberculosis...En América la tuberculosis está muy desarrollada; la inmigración, los cambios comerciales explican suficientemente el hecho.²⁸⁷

El segundo factor social que analiza es de la vida familiar, en relación a esta señala que si un miembro de una familia se ve afectado por la tuberculosis pulmonar, la posibilidad de que más miembros de la misma se contagien es muy alta, debido principalmente la interacción constante entre unos y otros en el diario vivir²⁸⁸. A continuación también nos habla de otro factor que denomina la vida escolar, en donde dice que: “La promiscuidad de los niños, la falta de higiene, el uso de pizarras, los malos locales, la alimentación defectuosa y el surménage son otras tantas causas para que la infección progrese.”²⁸⁹

El servicio militar es otro factor social que propicia el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, las condiciones de hacinamiento, los malos hábitos de higiene, y las jornadas extenuantes hacen que el cuerpo se convierta rápidamente en una potencial víctima de la tuberculosis; al finalizar el servicio militar, los hombres portadores del mal, eventualmente contagiaran a sus familias²⁹⁰. Esto se rastreó también en la prensa local, en donde en un ejemplar de vanguardia liberal en 1920, se escribe un artículo titulado *La higiene en el cuartel*:

Es verdaderamente lamentable y merecedor de las más justas censuras el descuido gravemente criminal que existe a este respecto en la enfermería del Regimiento Ricaurte, donde aparte de las incomodidades del salón, se han atendido a varios individuos sospechosos y entendemos que aun tachados de tuberculosos. ¿Por qué no se establece la enfermería del Regimiento en el Hospital de Caridad, donde se dispone de todos los elementos, o en un local apropiado que reúna las condiciones de higiene necesarias al cuidado de los enfermos?²⁹¹

Otro factor importante del aumento de la tuberculosis pulmonar en las ciudades colombianas son los procesos de urbanización e industrialización que sufrieron en la primera mitad del siglo XX; al respecto el autor señala: “son factores capitales

²⁸⁷ PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 26-27.

²⁸⁸ *Ibíd.*, p. 28.

²⁸⁹ *Ibíd.*, p. 29.

²⁹⁰ *Ibíd.*, p. 29.

²⁹¹ ANÓNIMO. La higiene en el cuartel. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Miércoles 28 de enero de 1920. Nro. 124, Año I. p. 1.

que difunden más y más el contagio, debido a la aglomeración de individuos, a la insuficiencia de las habitaciones y a la mala higiene de las fábricas. Es fácil comprender el peligro que varios tísicos producen sobre un conglomerado de individuos haciendo vida común con ellos.”²⁹² Para dimensionar la importancia de lo anteriormente descrito, Pérez nos señala un claro ejemplo del problema de tuberculosis pulmonar en el contexto de la ciudad industrial colombiana:

El de un tísico que ignora su enfermedad o, sabiéndola, la oculta para no dejar morir de hambre a su numerosa familia. Por la mañana va hacia la oficina, taller o fábrica, y como durante estas horas los bronquios están muy cargados de secreciones, él empieza a regar el esputo en la calle. La hora de su reglamento en el trabajo ya ha pasado, él quiere apurar el paso pero se lo impide la dificultad para respirar y la tos que se le vuelve insoportable y tenaz. Para librarse de esto hace un esfuerzo y todo lo que guardaba en cavernas y en sus bronquios lo arroja a la orilla de la calle. Estos esputos, ricos en microbios, los respiramos nosotros en las horas de la tarde, cuando ya han sido desecados por el viento. Llega el tísico a su fábrica a trabajar con varios de sus compañeros en un cuarto desprovisto de buena ventilación y luz. En el rincón más próximo, él va descargándose durante el día de todos sus esputos. Llega la hora del almuerzo, él reparte su ración y usa con sus compañeros el mismo utensilio. Viene el día siguiente y entra el mismo personal a dicha habitación cuando el polvo que deja la barrendera invade todo y circula en espacio cerrado...Sale el enfermo para su casa, llega y encuentra la familia reunida. La vivienda de este tipo de trabajador carece de todo lo que a confort e higiene se refiere; una salita, un cuarto oscuro, una mediagua. Es todo lo que su jornal le permite...La consecuencia es fácil de preverla: varias muertes, generalmente de sus pequeños.²⁹³

Para concluir sobre la afectación de los malos espacios en el caso colombiano, y en estos ejemplos anteriormente descritos el autor señala que:

El peligro inminente que dan estos tuberculosos se desprende no sólo de su expectoración netamente bacilífera, sino del medio en el cual actúan: me refiero al alojamiento. Es útil recordar aquí la importancia grandísima de las construcciones antihigiénicas sobre el desarrollo de la enfermedad. Hay ciertas casas y ciertos barrios malditos que dan un elevado porcentaje de enfermos. Es su pésima construcción, es el hacinamiento de sus moradores lo que trae consigo la falta de saneamiento natural por la escasez de aire, luz y ventilación.²⁹⁴

Armus por su parte, en su texto *La ciudad impura*, señala algo relacionado con el carácter social de la tuberculosis y los factores médico-sociales que la propician:

En 1917 el higienista Nicolás Lozano señalaba en una reunión panamericana que junto a la causa bilógica -el bacilo de Koch- los factores medico sociales que predisponen la tuberculosis eran el alcoholismo, la habitación insalubre, la mala o deficiente alimentación y los excesos de toda naturaleza. Era un modo de explicar la enfermedad que comenzó a

²⁹² PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 30.

²⁹³ *Ibíd.*, p. 31.

²⁹⁴ *Ibíd.*, p. 31.

tomar forma en la segunda mitad del siglo XIX, cuando la tuberculosis dejó de ser vista como una enfermedad inflamatoria. Para ese entonces ya se la consideraba como una enfermedad de desgaste, un mal que revelaba que el cuerpo humano tenía una capacidad de resistencia limitada que en ciertas condiciones podía quebrarse y de ese modo facilitar el desarrollo de cuadros patológicos.²⁹⁵

En relación a la concepción social del tuberculoso en Colombia, Pérez señala que este es objeto de segregación, “Para todo el mundo, él es un individuo dañino que se echa al olvido, se desprecia y se le estrecha más y más el círculo de vida. Hay personas que no pasan por la calle donde vive un enfermo por el miedo al contagio,”²⁹⁶ este médico identifica que esta actitud no es benéfica para la óptima profilaxis de la enfermedad, ya que esto no previene los nuevos contagios, y si genera inconvenientes de carácter social:

Contra todo esto hay que reaccionar; la campaña defensiva debe hacerse pero con la mira de librar a muchos del mal y no sometida a un círculo de comentarios perjudiciales. La cultura sobre estas cuestiones constituye la más preciosa ayuda y es ella la que nos hará ver dónde está el mal y su modo de combatirlo, dónde nuestro contingente de buena voluntad resulta valioso y dónde inoportuno.²⁹⁷

Este texto es rico en referencias sobre la innegable condición social de la tuberculosis pulmonar, estas aclaraciones se hacen con el fin de visualizar a este mal como un problema que le concierne a toda la población colombiana, y a todos los sectores tanto oficiales como privados. Al respecto de esto Pérez dice:

Trataré de demostrar que la profilaxis de la tuberculosis es una obra social, porque ella es la enfermedad de todas las clases de la sociedad, porque su agente está en todas partes y puede infectarnos por inhalación, ingestión de alimentos o por el contacto directo: se la respira en la atmósfera de las habitaciones confinadas, en las reuniones sociales, en los bancos de la escuela o del taller; se la toma en los alimentos contaminados; se transmite por la caricia de la madre, del padre, con el abrazo del amigo; se la recibe en la calle, iglesias, cafés, y se le abre el camino expedito cuando el vicio, las enfermedades y las malas condiciones de la vida inferiorizan al organismo.²⁹⁸

Para cerrar, *Contribución al estudio social del problema tuberculoso*, es uno de las investigaciones de mayor relevancia encontradas en este periodo de estudio, ya que vislumbra el problema de la tuberculosis pulmonar, como una enfermedad de

²⁹⁵ ARMUS, Diego. Op. Cit., p. 173.

²⁹⁶ PÉREZ CADAVID, Juan. Op. Cit., p. 33.

²⁹⁷ *Ibíd.*, p. 33.

²⁹⁸ *Ibíd.*, p. 34-35.

carácter inminentemente social, que es definida por las particularidades sociales, y a su vez va definiendo estas; por otro lado propone una serie de medidas, que no solamente buscan desde lo meramente médico o científico luchar contra el mal, sino también desde lo social y político.

Se encontró otros referentes internacionales, que eran compartidos como base para nuevas investigaciones tanto teóricas como prácticas, relacionadas con la tuberculosis pulmonar, su prevención y la lucha contra esta; uno de estos textos referentes, es el libro argentino de 1934, *La escuela en la lucha contra la tuberculosis*, escrito por el doctor y presidente de la Liga Argentina contra la Tuberculosis Gregorio Aráoz Alfaro. En este texto como en otros del mismo carácter científico, publicados en la época, se identifican problemáticas similares, factores sociales y ambientales que promueven el desarrollo de la TBC, y el importante papel de la profilaxis en las escuelas públicas de Argentina, con el fin de resguardar a la población infantil de tan nefasto mal.

Un aspecto interesante es el reconocimiento de la tuberculosis pulmonar como una enfermedad de inminente carácter social, debido principalmente a su relación directa con los procesos de industrialización y urbanismo de las principales ciudades:

Sabéis bien que la tuberculosis es la más grande y la más difundida de las enfermedades sociales en la época moderna; que todos los países civilizados le pagan su pesado tributo, hasta el punto de que ha podido creerse que tuberculosis y civilización son dos elementos casi inseparables, y que está enfermedad es un “mal de la civilización” como alguien ha dicho, porque el hacinamiento en las grandes ciudades y la vida industrial con su trabajo en locales cerrados y los vicios que a menudo la acompañan, han producido su notorio incremento.²⁹⁹

En otro texto del país vecino, Ecuador, se ilustra magistralmente las condiciones sociales que pueden afectar y propiciar el desarrollo de la tuberculosis pulmonar en las principales ciudades, tanto de su país como de los latinoamericanos. Este texto

²⁹⁹ ARÁOZ, Gregorio. *La escuela en la lucha contra la tuberculosis*. Dirección general de escuelas de la provincia de Buenos Aires. La Plata: Taller de impresiones oficiales. 1934. p. 5.

titulado *Estudio Médico Social de la Tuberculosis Pulmonar en la región interandina del Ecuador*, fue escrito por el doctor Rafael Quevedo Coronel entre 1936 y 1938.

En él se comienzan a señalar la etiología de la tuberculosis pulmonar a partir de algunos teóricos principalmente europeos, y de algunas experiencias de la realidad observada en la zona interandina del Ecuador. Pero lo que realmente llama la atención en este texto es la dedicación por exponer y explicar cada una de las causas meramente sociales y de contexto que influyen en el desarrollo y aumento de la tuberculosis pulmonar en Latinoamérica.

Inicia como otros autores, por señalar la gravedad de la tuberculosis en relación al impacto colectivo y social: “La tuberculosis es el tipo de las enfermedades sociales y su desarrollo está ligado a las condiciones mismas de la vida social y por esto tiende a invadir toda la colectividad.”³⁰⁰

Este autor propone que, si bien, hay que hacer una amplia difusión de la peligrosidad de la enfermedad y de las verdaderas condiciones etiológicas en las que se contagia el bacilo de Koch, hay que emprender a su vez una lucha contra lo que él define como la *Tuberculofobia*³⁰¹, que no es más que el miedo infundado y tergiversado por el tísico y todo lo que haya interactuado con él; este miedo, lo que genera es una segregación de la población como se hizo por los leprosos y que realmente no controla las implicaciones de la enfermedad.

Como se había mencionado con anterioridad, Quevedo hace una descripción de las causas sociales que propician el surgimiento de la enfermedad y las contextualiza con la realidad de Ecuador; la primera de estas que señala son las aglomeraciones humanas, aclarando que entre mayor es la densidad de estas, mayor son los índices de contagio³⁰². La segunda causa que identifica es la vida familiar, de esta dice que la interacción de un miembro con la tuberculosis, puede rápidamente propiciar el

³⁰⁰ QUEVEDO, Rafael. *Estudio Médico Social de la Tuberculosis Pulmonar en la región Interandina del Ecuador*. Quito: Imprenta municipal. 1938. p. 20.

³⁰¹ *Ibíd.*, p. 20.

³⁰² *Ibíd.*, p. 22.

surgimiento de nuevos casos en su núcleo familiar³⁰³. La vida escolar y la vida militar, son factores que si bien comparten unas características similares en relación a propiciar tanto el debilitamiento del cuerpo, como la residencia del bacilo de Koch; afectan a grupos sociales diferentes, el primero a la población infantil, y el segundo a jóvenes adultos. En ambos escenarios influyen tanto condiciones ambientales y del espacio, como factores propios del ejercicio de actividades académicas o militares.

Otro gran grupo de factores sociales que causan o permiten el avance de las tuberculosis, son los relacionados con la urbanización e industrialización de las ciudades, proceso que se dio en las principales centros capitales de las naciones latinoamericanas en la primera mitad del siglo XX; las consecuencias de este factor social que propicia la tuberculosis, son las pésimas condiciones de alojamiento “todas están situadas en el piso bajo y por consiguiente en la humedad; luego son oscuros y estrechos, es decir, que los rayos solares no penetran en aquellas a ninguna hora del día y no existe ventilación, pues no hay corriente de aire capaz de renovar la permanente atmosfera viciada de las habitaciones.”³⁰⁴ Y las difíciles condiciones alimentarias, en donde los cuerpos tanto de trabajadores como de sus familias son el terreno perfecto para la TBC, por la pésima situación nutricional que tienen.

Para cerrar el texto también señala las consecuencias de la industrialización de las ciudades en relación a los males de carácter netamente social; como lo es la sífilis, popularizada y descontrolada en las grandes ciudades industriales y de gran densidad demográfica; y el alcoholismo como mal que no solo genera desordenes públicos, sino también propicia cuerpos insanos en donde la tuberculosis hace nido fácilmente.

³⁰³ *Ibíd.*, p. 23.

³⁰⁴ *Ibíd.*, p. 28.

Se evidencia como el discurso médico en general iba orientándose a reconocer la tuberculosis como una enfermedad de innegable carácter social, que afectaba las esferas económicas, sociales y poblacionales de la nación; también se evidencia como el llamado desde la comunidad científico-médica era a tomar como baluarte de la lucha contra la tuberculosis, la higiene social y la profilaxis de la enfermedad, esta nueva orientación de la medicina en Colombia es descrita por Jorge Márquez así:

La higiene y la medicina de comienzos del siglo XX delinearon un nuevo saber basado en una marcada atención a las condiciones de existencia de las poblaciones, y a los gérmenes de enfermedades que pueden habitar los cuerpos y los lugares o viajar y propagarse usando como anfitriones animales y personas. La nueva higiene, como ciencia de la profilaxis, combina las prácticas y conocimientos de dos disciplinas en pleno auge: la epidemiología y la bacteriología.³⁰⁵

Todas estas investigaciones médicas señaladas y descritas en las anteriores páginas, servían muchas veces de llamado de alerta y de promoción para que el Estado afrontara el problema de la tuberculosis pulmonar en Colombia, como un algo de carácter íntimamente social, y que afectaba no solo la salubridad nacional sino el desarrollo económico de la nación. Josep Bernabeu Mestre referencia un concepto importante a fines de entender la importancia de estas condiciones sociales y como estas determinan la enfermedad, y que a su vez define una corriente en el estudio de la enfermedad como fenómeno histórico y es el de Epidemiología Histórica, esta referencia es tomada del trabajo La Epidemiología sin esfuerzo de M. Goldberg que dicta: “Se encarga de estudiar la frecuencia y la distribución en el tiempo y en el espacio de los problemas de salud de las poblaciones humanas, así como el papel de los factores que las determinan.”³⁰⁶

Los intercambios de conocimientos y tratamientos contra la tuberculosis, se daban por medio de estos textos, que se distribuían entre los profesionales de la salud de todo el país. Estas revistas, libros e informes de investigación, llegaban a la ciudad

³⁰⁵ Márquez Valderrama, Jorge. Políticas, tráficos y epidemias en Colombia a comienzos del siglo XX. Op. Cit., p. 183.

³⁰⁶ MESTRE, Josep. Enfermedad y población. Paris: Seminari D’Estudis sobre la Ciència. 1995. p. 23.

de Bucaramanga por medio de las agremiaciones presentes de la capital; otro factor de interdiálogo de conocimiento científico se daba en los congresos nacionales e internacionales de medicina, y entre los profesionales que realizaban sus estudios de especialización en países con grandes avances en materia de salud, como Estados Unidos, Francia o Alemania.

2.3.5 Consideraciones de los Congresos de Medicina Nacionales sobre la tuberculosis, su lucha y las medidas profilácticas. Precisamente en los congresos de medicina se trataban las enfermedades que estaban atacando fuertemente la población colombiana; en el Segundo Congreso Médico de Colombia, realizado en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913, se trató entre sus temáticas el problema de la tuberculosis pulmonar en Colombia. Dentro de los objetivos de este congreso y los próximos a realizarse, expuestos en 1910 por los Miembros de las Sesiones Científicas del Centenario, siendo presidentes los profesionales Abraham Aparicio y Eliseo Montaña; estaba:

e) Fijar los temas que deban tratarse especialmente y nombrar los Relatores que estudien estos asuntos para informar sobre ellos; estos temas deben ser de preferencia los siguientes: medicina tropical, legislación sanitaria nacional e internacional, higiene, lucha contra el alcoholismo, la sífilis, **la tuberculosis**, la lepra, el cáncer, la mortalidad infantil, enfermedades contagiosas; higiene dental escolar, climatología, farmacología, epizootias y policía veterinaria.³⁰⁷

Ya en 1913 en el desarrollo de los debates y presentación de los trabajos científicos, el Doctor José J. de la Roche, médico de la ciudad de Rionegro, Antioquia, presentó su trabajo *Profilaxis de la Tuberculosis*; en las páginas iniciales puntualiza sobre la necesidad que desde la comunidad de médicos y profesionales de la salud, el Estado y la sociedad en general de toda la nación, haya una preocupación real en relación a la tuberculosis como se dio con la lepra.

³⁰⁷ Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional. p. V.

De la Roche, comienza a señalar el interés que ha suscitado en otras naciones mucho más avanzadas en materia de salud pública, principalmente las europeas, el tema de la tuberculosis; continuando con el denuncia de la insensibilidad generalizada en Colombia en relación a esta afección que según él es: “Enemigo tan formidable es éste, que destruye anualmente la décima parte de la humanidad, escogiendo para su labor perniciosa aquel periodo de la vida en que el hombre es más útil a la sociedad, cuando su vigor físico e intelectual están en pleno desarrollo, y su potencialidad para el trabajo y la producción es mayor,…”³⁰⁸ a partir de estas líneas se puede evidenciar nuevamente un discurso enfocado a la lucha en contra de los males, como significancia de progreso económico de la nación.

Ahora bien, uno de los aspectos fundamentales de este texto, puede ser lo planteado en materia de discurso y la importancia del médico en relación a la pedagogía de la enfermedad en la sociedad; para De la Roche, es claro que parte fundamental del descontrol de la proliferación de la TBC, recae en la ignorancia del pueblo en relación a las características de esta enfermedad:

El primero que debe tomar la iniciativa es el médico. En esta enfermedad, así como en cualquiera de las otras que amenacen la salubridad pública, él está en la obligación moral de denunciar al enemigo y señalar sus peligros, pues mal puede combatirse sin conocerlo; y debe mostrarlo al pueblo claramente, de modo que éste sepa muy bien de que se trata. Si le hablamos de tuberculosis y no nos entiende, démosle otro nombre, aunque su significación científica no sea exacta: llamémosla tisis aquí, consunción más allá, de acuerdo con la costumbre de cada lugar; lo que importa es que nos comprenda.³⁰⁹

El planteamiento de este médico llamaba a buscar por medio de un discurso médico flexible con la terminología y el planteamiento científico de la enfermedad, poder llegar a propiciar un entendimiento de que era lo que estaba afectando a la población y de qué forma se podía combatir:

Hagámosle conocer la naturaleza del mal, los síntomas con que se anuncia, el curso que sigue y el peligro que entraña el tuberculoso para la familia y la comunidad en que vive; sobre todo enseñémosle las causas que predisponen a la enfermedad, los medios que favorecen el desarrollo y diseminación del bacilo y la manera de evitar el contagio, haciéndole saber al propio tiempo que si la tuberculosis es una de las enfermedades crónicas más fuertes y

³⁰⁸ *Ibíd.*, p. 314.

³⁰⁹ *Ibíd.*, p. 315.

contagiosas, es la más curable y la que puede evitarse con la mayor facilidad entre las afecciones de esta naturaleza que diezman el género humano.³¹⁰

También incluye el término de *Publicidad de la enfermedad*, y dice que esta debe hacerse en “el hogar, en la escuela, por la prensa y en conferencias públicas, hasta que todo el mundo conozca muy bien al enemigo y sepa prevenirse contra sus ataque; en una palabra, la publicidad es el fundamento de la lucha antituberculosa.”³¹¹ El discurso médico estuvo encaminado a combatir antes que a la tuberculosis directamente, a la ignorancia y apatía de la enfermedad, desde las esferas más altas e importantes del país, hasta las esferas más simples de las sociedades.

Otro autor que por medio de la *Revista Higiene*, también hacía el llamado al compromiso de la prensa con la difusión de la información relacionada con la prevención y lucha contra las enfermedades era Manuel N. Lobo, quien señalaba:

El Consejo Superior de Sanidad, entidad que tiene a su cargo “la dirección, vigilancia y reglamentación general de la higiene pública y privada en todos sus ramos”, desea hacer una labor tan intensa como se lo permitan sus fuerzas, el apoyo oficial que se le dispense y los elementos de que disponga. Para esta tarea necesita, ante todo, de la colaboración decidida, contante y eficaz de la Prensa. Le es forzoso que ella haga conocer en todo el país las medidas que tome y las resoluciones que dicte, que lo ayude con sus indicaciones y comentarios, y lo apoye ante las autoridades y ante el público, cuando sea menester.³¹²

Hay que entender que para la primera mitad del siglo XX, en Colombia los mecanismos de difusión de información de mayor trascendencia eran la prensa escrita y la radio, que cumplían también un importante papel en relación con las noticias sobre las enfermedades³¹³; de suma importancia era entonces, hacer una pedagogía de la enfermedad por medio de estas dos herramientas, y para esto debía haber un compromiso conjunto entre comunidades médicas, medios de

³¹⁰ *Ibíd.*, p. Página 315.

³¹¹ *Ibíd.*, p. Página 317.

³¹² *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 92. 1 noviembre de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. En: Biblioteca Nacional. p. 409.

³¹³ Anónimo. Existe relación entre el cáncer y la tuberculosis. En: *El Deber: diario de la mañana*. Bucaramanga. Miércoles 28 de septiembre de 1932. Año IX, Nro. 2.660. p. 3.

comunicación y el Estado; Lobo señalaba la importancia de esta educación por medio de la difusión:

La higiene es ante todo una educación, y como tal necesita penetrar profundamente en el cerebro de las colectividades, para que éstas se la asimilen. Debe ser expuesta de un modo claro, persuasivo, que haga palpable el beneficio que de su ejecución reciben el individuo y la nación entera. Sin propaganda continua y tenaz, la obra de los higienistas es infecunda. Hay que sembrar ideas y desarraigar preocupaciones;³¹⁴

Y precisamente para estos autores la difusión de las causas, medio de prevención y etología de las enfermedades, previene el desarrollo de epidemias y el descontrol de las afecciones, entre ellas la misma tuberculosis: “Si a favor de nuestros esfuerzos y de los de la Prensa se logra disminuir, siquiera, las causas de la degeneración de la raza, como la sífilis, el alcoholismo, la anemia tropical, el paludismo, la tuberculosis, habrá razón para decir que la prensa colombiana y el Consejo Superior de Sanidad han hecho obra meritoria y patriótica.”³¹⁵

Continuando con el trabajo del Dr. De la Roche, la relación entre la tuberculosis pulmonar y otras enfermedades, estilos de vida y condiciones socio económicas, son expuestas como agravantes de la afección y condiciones que propician el desarrollo y transmisión acelerada del mal:

...esta bacilosis es de pronóstico muy grave en los sífilíticos, en los alcohólicos, en los hijos de unos y de otros y de padres tuberculosos, en quienes el bacilo de Koch encuentra un terreno favorable para su desarrollo; que es absolutamente incurable en los diabéticos, y que hay algunas formas de tuberculosis en que la virulencia del bacilo es tal, que nada detiene la marcha progresiva de la enfermedad.³¹⁶

De la Roche, también expone en donde es más frecuente encontrar el microorganismo causal de la Tuberculosis, identificando:

Las calles, en las oficinas, en los carros de los trenes y tranvías, y, sobre todo, en las habitaciones de los tísicos y en las salas de los hospitales, en el suelo y suspendido en el polvo que flota en la atmósfera. Donde quiera que haya hombres o animales domésticos

³¹⁴ *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 92. 1 noviembre de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. En: Biblioteca Nacional. p. 409-410.

³¹⁵ *Revista Higiene*. Año VI, Vol. I, Nro. 92. 1 noviembre de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. En: Biblioteca Nacional. p. 410.

³¹⁶ Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional. p. 316.

existe el bacilo de Koch, pues no pudiendo vivir y multiplicarse fuera del cuerpo, su origen es siempre humano o animal.³¹⁷

Además de identificar los lugares donde está presente esta bacteria, también señala su forma de transmisión, puntualizando en tres principales vías: el canal digestivo, los pulmones y el sistema respiratorio, y la piel.³¹⁸

En relación a los esputos como medios de contagio aéreo de la tuberculosis pulmonar, este médico identifica que tanto en la forma sólida como líquida del esputo, hay un alto riesgo de contagio³¹⁹; la secreción que genera el tísico, puede solidificarse y al momento de barrer, caminar o limpiar este desecho de los pisos o mobiliario de los lugares en los que cohabita el enfermo, puede dispersarse nuevamente en el ambiente las microbacterias. Por otro lado, la secreción líquida en forma de esputo que emana el enfermo, está altamente cargado de microbacterias activas que hace que las personas sanas que conviven o interactúan con el tuberculoso, estén en alto riesgo de contagio.

Uno de los principales problemas de la lucha contra la tuberculosis, para este investigador, recae en la inconciencia e ignorancia de este tipo de escenarios de contagio de la enfermedad, para De la Roche si la sociedad fuese consciente del peligro de estas secreciones, tomaría medidas preventivas desde sus hogares y lugares frecuentados habitualmente; y así facilitaría de muchas formas las medidas profilácticas de gran escala, desarrolladas desde el Estado y la comunidad científica. Además señala que aunque peligroso, el esputo no resiste mucho tiempo fuera del organismo vivo humano o animal, y que es poco resistente en condiciones de amplia ventilación y luz solar, con esto haciendo un llamado a tratar los lugares en los que el tísico convivió o convive con estas medidas preventivas.

Este texto hace claridad que, aunque hay diferentes formas de manifestación de la tuberculosis, la más preocupante y la que compete en mayor medida el cuidado y

³¹⁷ *Ibíd.*, p. 318.

³¹⁸ *Ibíd.*, p. 318.

³¹⁹ *Ibíd.*, p. 324.

prevención de la misma, es la forma pulmonar. Se pudo identificar que, aunque ha habido manifestaciones de otro tipo de tuberculosis en Colombia en periodos anteriores al que estudia la presente investigación, e inclusive en esta misma periodización; el alto índice de virulencia de la tuberculosis pulmonar, los cambios socio-económicos y de las ciudades que se vivieron en la primera mitad del siglo XX, propiciaron un aumento y preocupación por la lucha contra este mal del sistema respiratorio.

Por otro lado, se evidencia que los médicos colombianos dedicados a luchar contra las enfermedades respiratorias, como es el caso del presente doctor José de la Roche, estaban a la vanguardia y muy bien documentados de los avances de último momento en la lucha antituberculosa del mundo; en el texto este investigador referencia las discusiones en torno a la tuberculosis gestadas por médicos europeos de renombre como: Nocard, Arloing, Ravenel, Koch, Calmette, Sims-Woodhead, Chauveau, Fiebinger, Jensen, entre otros.

La discusión sobre si la Tuberculosis era una enfermedad hereditaria, se había dado siglo antes y aun en los primeros años del siglo XX, estaba vigente para algunos médicos; De la Roche sienta una postura, bastante particular:

El argumento que aducen algunos de que la tuberculosis es muy frecuente en los primeros meses de la vida, para sostener el origen hereditario de la enfermedad, está falto de fundamento científico y nada prueba, pues la ocurrencia de la tuberculosis en esta edad debe atribuirse más bien al contagio por descuido de los padres tuberculosos, quienes por ignorancia besan a los niños en la boca, comen con ellos en los mismo utensilios, duermen en las mismas camas y arrojan esputos en el suelo, donde después gatean o juegan sus hijos, contribuyendo de esta suerte inconscientemente, a la transmisión de la enfermedad de que adolecen.³²⁰

De la Roche es uno de los primeros médicos en Colombia en identificar, cuáles son las causas más comunes del desarrollo de la tuberculosis pulmonar en la población; en relación a los factores comunes que profundizan a esta enfermedad como una afección de orden social están:

³²⁰ *Ibíd.*, p. 326.

Es preciso que el individuo se halle en estado de *receptividad mórbida*, ora porque haya heredado la predisposición a contraer la enfermedad, como sucede con los hijos de padres tuberculosos, alcohólicos o sifilíticos, ora porque la haya adquirido por alguna o algunas de las causas que obran en este sentido, tales como la miseria, el alcoholismo, los excesos venéreos, las enfermedades crónicas, como la diabetes y la sífilis, y las infecciones agudas, principalmente aquellas que afectan los órganos respiratorios, verbigracia la gripa, la tos ferina, el sarampión etc., etc.³²¹

Factores como la misma vestimenta propician el desarrollo de la tuberculosis pulmonar y otras enfermedades, Bonilla decía: “la influencia del vestido sobre la morbilidad es innegable, no solamente en tratándose del grupo de enfermedades que reconocen como causa adyuvante la falta de protección contra los cambios de temperatura, sino aquellas enfermedades que reconocen en el vestido el punto de partida de su aparición.”³²²

Ahora bien, el discurso médico en el siglo XIX en Europa, estuvo encaminado a asociar la tuberculosis pulmonar con la pobreza y las condiciones de vida precarias; esta realidad no era del todo ajena en el contexto colombiano de la primera mitad del siglo XX, en donde precisamente las particularidades de los grupos sociales más bajos los convertían en los principales afectados por este tipo de enfermedades. José de la Roche, escribía al respecto:

He colocado en primer término la miseria y el alcoholismo, porque los considero como las principales causas que favorecen el desarrollo de la tuberculosis. La pobreza extremada trae consigo las privaciones de toda clase: la alimentación insuficiente, las habitaciones estrechas y sin ventilación, las fatigas físicas y morales, en una palabra, las malas condiciones higiénicas; ella es la que obliga a los individuos predispuestos a ya en vía de evolución morbosa, a trabajar rudamente hasta que caen rendidos en el surco; y la que, unida a la mala educación, es causa a su vez del desaseo que cunde en las clases bajas de la sociedad.³²³

La miseria entre tantas cosas, genera una falta grave de las posibilidades de una buena alimentación; esto no solo es problema propio de la enfermedades gastrointestinales, sino como se ha señalado con anterioridad, puede propiciar un escenario de debilidad en el cuerpo con el cual la tuberculosis puede hacer aparición

³²¹ *Ibíd.*, p. 327.

³²² BONILLA, Emiliano. *Op. Cit.*, p. 65.

³²³ Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional. p. 327-328.

rápidamente “el organismo desnutrido se convierte en presa fácil de todas la infecciones tuberculosas, tíficas y agudas, sin contar con las enfermedades directamente producidas por la mala alimentación como los trastornos intestinales de los lactantes, principal causa de la mortalidad infantil, raquitismo, enfermedades nerviosas etc.”³²⁴

En las conclusiones finales de su presentación, este prominente médico señala no solo a los sectores más afectados económicamente como potenciales receptores de la enfermedad, sino también como los propagadores más eficaces de las microbacterias, tipificando a la tuberculosis pulmonar como una afección de un carácter innegablemente socio-económico:

La tuberculosis es una enfermedad que afecta en mayores proporciones a la gente del pueblo, predispuesta a contraerla por las causas que he señalado; y comoquiera que su educación es deficiente o casi nula; que los medios de que disponen los individuos de esta clase social para su curación son igualmente escasos, y en veces les falta en absoluto, como sucede a los indigentes, son ellos los que constituyen el mayor peligro de infección, tanto para los miembros de su familia como para la comunidad en general, pues riegan los esputos por dondequiera: en su casa, en la calle, en los templos, en las oficinas públicas etc., y al fin en los hospitales donde van a pasar los últimos días de su vida.³²⁵

El llamado que se hace con esto, es a prestarle más atención a este tipo de fenómenos, las clases sociales con mayor posicionamiento económico pueden superar este tipo de temas con gran facilidad; pero son los sectores más pobres de la sociedad los que propician que la lucha contra la tuberculosis sea tan difícil. La beneficencia y las obras filantrópicas habían estado presentes en el territorio nacional, desde siglos atrás y precisamente ante la imposibilidad estatal y la insolvencia de las instituciones de salud pública, el llamado es a retomar este tipo de iniciativas privadas con miras a mejorar las condiciones higiénicas y controlar las enfermedades infecciosas en la ciudad:

El establecimiento de sanatorios populares es, pues, indispensable en esta cruzada filantrópica, porque así no solamente se obtiene la curación del mayor número posible de enfermos, sino que todos reciben una educación antituberculosa, de tal suerte que al salir del sanatorio, curados o no, saben cómo deben conducirse en lo sucesivo, para seguir

³²⁴ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p. 62.

³²⁵ Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional. p. 345.

siendo, como antes, agentes de contagio de la enfermedad que sufren. Desgraciadamente aquí en Colombia nos hallamos, por ahora, en absoluta impotencia para emprender la fundación de establecimientos de esta naturaleza. Todo nos falta: la filantropía no existe; la caridad, cuando se ejerce, es en miserables proporciones; el Estado contribuye con auxilios muy exiguos a la beneficencia pública, debido tal vez a la desproporción que existe entre las necesidades de la República, cada día mayores, y los recursos del Tesoro Nacional.³²⁶

Lo anterior es ratificado no solamente como un ejercicio meramente filantrópico, sino como una ayuda que permitirá a futuro el desarrollo de esta enfermedad en las esferas sociales más adineradas de la ciudad; “Los ricos debe abrir generosamente sus cajas a ese fin, teniendo presente que si no lo hacen, tarde o temprano ellos mismos o algunos miembros de su familia podrán ser víctimas del flagelo, porque los pobres tuberculosos errantes y sin recursos, se vengán inconscientemente de la indiferencia y de la falta de caridad de los favorecidos de la fortuna.”³²⁷

De la Roche después de haber identificado los desaciertos en el control de la tuberculosis que tenían las diferentes esferas sociales en Colombia, da paso a hacer una descripción detallada de lo que debería ser un idónea profilaxis de esta enfermedad. Para esto propone dos esferas de lucha contra la tuberculosis pulmonar: “1. El empleo de medidas que tiendan a aumentar el poder de resistencia del organismo, para hacerlo invulnerable a la infección, o sea la lucha contra el terreno tuberculizable; y 2. La destrucción de los productos tuberculosos que contienen el germen específico, o sea la lucha contra el bacilo.”³²⁸

En relación a la primera esfera, este médico señala que los cuerpos predispuestos a la tuberculosis, deben buscar lo que llama resistencia orgánica a la enfermedad; esto lo pueden lograr viviendo preferiblemente en el campo, con sus condiciones ambientales de buenos aires; de lo contrario, si se veían obligados a vivir en la ciudad deberían buscar propiciar desde escenarios laborales y de vivienda benévolos para su salud, hasta mantener una alimentación y hábitos de vida como el ejercicio óptimos para evitar el contagio de la TBC.

³²⁶ *Ibíd.*, p. 345.

³²⁷ *Ibíd.*, p. 346.

³²⁸ *Ibíd.*, p. 328-329.

Este tipo de prevención debía ser aplicada mucho más en hijos de padres tuberculosos, aunque reconoce que lo idóneo sería separar a los infantes de los núcleos familiares donde estuviese presente la enfermedad, entiende las implicaciones y lo complicado que es tomar este tipo de medidas; con este escenario, propone una serie de buenos hábitos en el cuidado de los niños para evitar a toda costa el contagio:

Una madre tuberculosa no debe amamantar a su hijo, ni dormir con él en la misma pieza, ni mucho menos en la misma cama; cumplirá con el mayor cuidado las reglas que se indicarán más adelante, para evitar el contagio, y bajo ningún pretexto le dará de comer o de beber en los mismo utensillos que ella usa, y, violentando sus naturales afectos, se privará de besarle en la boca. Toda mujer que haya de servir de nodriza o de aya debe ser examinada cuidadosamente por un médico, y no ser aceptada si no presenta el certificado respectivo de que está indemne de tuberculosis.³²⁹

Por otro lado, el matrimonio también fue un tema de tratar en este informe; a la relación matrimonio-tuberculosis, no solamente se le dio una connotación salubre social, sino también moral; planteando que no solamente se debía persuadir a no contraer matrimonio con una persona afectada por la enfermedad, sino que se debía prohibir, entre muchas cosas por las implicaciones y resultados de estas uniones, que De la Roche señala como: “Ora por el contagio del cónyuge sano, ya porque de estos matrimonios resultan hijos enclenques y fácilmente contagiables.”³³⁰

Uno de los bastiones importantes de la lucha contra la tuberculosis, fue reconocerla como un problema de carácter social, atribuyéndole este al “porque la invasión parasitaria hace los mayores estragos en las clases pobres, agotadas por la miseria, el alcoholismo y las enfermedades.”³³¹ Para mejorar estas condiciones De la Roche propone:

Es necesario mejorar la condición de los obreros, elevando sus salarios, disminuyendo sus horas de trabajo, descargándolos, hasta donde sea posible, de impuestos y contribuciones, enseñándoles hábitos de aseo, haciendo que sus habitaciones reúnan buenas condiciones higiénicas, pues la insalubridad es una de las principales causas de la tuberculosis.³³²

³²⁹ *Ibíd.*, p. 329.

³³⁰ *Ibíd.*, p. 331.

³³¹ *Ibíd.*, p. Página 332.

³³² *Ibíd.*, p. Página 332.

Los excesos de las jornadas laborales y las condiciones de trabajo entre los obreros propiciaban el desarrollo de enfermedades entre ellas la tuberculosis, Armus en relación a lo anterior señala:

Esta asociación entre el trabajo excesivo y la tuberculosis se fue gestando desde fines del siglo XIX y no fue, en modo alguno, una originalidad interpretativa de los anarquistas. A diferencia de los supuestos excesos en el sexo o la bebida, el trabajo excesivo no se elegía, era impuesto por otros y, en consecuencia, era difícil explicarlo con los argumentos de la falta de responsabilidad individual. Su asociación con la tuberculosis articuló por lo menos dos problemas respecto de la relación entre esta enfermedad y el taller, la extensión de la jornada laboral, el trabajo nocturno, el trabajo destajo, la higiene industrial, los ritmos de producción.³³³

Los gobiernos departamentales deben reconocer a la tuberculosis como un problema social, y más allá de eso, procurar tomar medidas que mitiguen los estragos que puede causar ésta:

Mas ya que la fundación de estos establecimientos no es posible entre nosotros por los motivos que se acaban de indicar, y siendo la tuberculosis una enfermedad del pueblo, principalmente de la parte más desvalida de él, los Departamentos deberían hacer un esfuerzo máximo a fin de establecer hospitales para los tuberculosos incurables pobres, que vagan por todas partes esparciendo el germen del mal, hasta que al fin van a parar a los hospitales generales, donde infectan a los otros pacientes atacados de distintas enfermedades, de afecciones tal vez insignificantes.³³⁴

Si bien se reconoce que problemas relacionados con el hacinamiento y las habitaciones malsanas, no son frecuentes en las ciudades colombianas como sí lo son en las europeas y norteamericanas; se identifica el problema del alcoholismo como un agravante del desarrollo de la tuberculosis pulmonar, ya que “el bebedor no sólo convierte su organismo en un terreno favorable al desarrollo de bacilo de Koch, sino que sus descendientes son seres débiles y raquíticos, tan predispuestos a la tuberculosis como los mismos hijos de los tísicos.”³³⁵

Aparte del reconocimiento de la enfermedad como un problema de carácter social, asociado inclusive con las transformación y uso del espacio en las ciudades; De la Roche también hace énfasis en la importancia de controlar el principal agente de

³³³ ARMUS, Diego. Op. Cit., p. 187.

³³⁴ Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional. p. 345-346.

³³⁵ *Ibíd.*, p. 332-333.

contagio, el tuberculoso o tísico; para esto propone no solamente un accionar médico-estatal, sino también campañas de concientización de los pacientes en relación a la peligrosidad de sus secreciones y del contagio de las personas que lo rodean.

Por otro lado plantea que las medidas de cuidado de las microbacterias causantes de la TBC, no solo beneficia a la sociedad, sino al paciente mismo también, debido a que el desarrollo y presencia de microbacterias tuberculosas en el ambiente también pueden propiciar en el sujeto afectado, el desarrollo o expansión de la tuberculosis en zonas de los pulmones no afectadas, o en otros órganos del cuerpo.

Entre estas medidas propone el uso obligatorio de escupideras en hospitales, lugares públicos y la misma cada del afectado; señalando un protocolo propuesto por el Dr. Guinard, del procedimiento adecuado de desinfección de las vasijas y eliminación de los residuos expulsados por el tuberculoso; contemplando inclusive alternativas de desinfección menos costosas, para enfermos de posiciones económicas desfavorables; este último señalamiento responde a la claridad de la relación entre tuberculosis y pobreza, la enfermedad cobraba muchas más vidas en los sectores marginales de las ciudades colombianas, precisamente por ser estos los receptores idóneos del mal pulmonar.

También hace énfasis en la necesidad de adecuar el espacio de permanencia del enfermo para prevenir la supervivencia del bacilo y su posterior transmisión:

El tuberculoso debe ocupar, siempre que sea posible, un cuarto apartado, sin tapiz ni cortinas, con piso de madera, que no se barrerá sin haber sido regado previamente, o, lo que es preferiblemente, debe limpiarse con un trapo húmedo. Se evitarán muebles entapizados, en que se acumulan el polvo, que al ser sacudido a golpes, como se tiene la mala costumbre de hacerlo, flota en el aire y sirve de vehículo al bacilo tuberculoso. Por tanto deben preferirse los muebles de madera o forrados en vaqueta, que se limpiarán del mismo modo que los pisos, con una tela húmeda.³³⁶

El cuidado no solamente se debía dar a los pacientes, sino también a los objetos con los que éste interactuaba: la ropa, los utensilios de comida, las camas, etc.;

³³⁶ *Ibíd.*, p. 334.

señalando este médico, que un buen ejemplo de la lucha contra el contagio, era el gestado en los sanatorios antituberculosos³³⁷, en donde a pesar de la convivencia con agentes transmisores de la microbacteria, médicos, empleados y otros pacientes no experimentaban nuevos contagios o desmejoras en su tratamiento, debido principalmente a los grandes avances en materia de profilaxis y desinfección presentes en estas instituciones.

De la Roche identifica también la importancia del diagnóstico precoz y eficaz de la tuberculosis, como método de prevención de nuevos contagios, atribuyendo a la mala ejecución de este, como una de las causales de casos fatídicos como la transmisión de la TBC entre cónyuges o familias enteras. Para esto, este médico cita un caso particular en donde un hombre que se niega a aceptar estar enfermo de tuberculosis busca un doctor que le diga lo contrario y producto de eso tanto el cómo una de sus hermanas murieron a causa de esta enfermedad³³⁸. La ejemplificación con casos documentados era una herramienta fundamental a la hora de concientizar la importancia de llevar a cabalidad este tipo de medidas propuestas desde los gremios de la salud, ya que de otra forma, estas iniciativas pasarían desapercibidas y se mantendrían las elevadas cifras y el descontrol total de esta enfermedad.

Otro elemento interesante señalado por este médico en relación a las falencias en el diagnóstico precoz de la tuberculosis, es el de la negación de profesionales de la salud en dar un veredicto final y certero de la enfermedad principalmente “porque no se atreve a lanzar el diagnóstico, por temor a equivocarse, debido a que, considerando el público la tisis como una enfermedad incurable, la declaratoria de su existencia en un individuo es considerada como una sentencia de muerte, y si el paciente se cura, carga el médico con el supuesto error cometido, cosa a que él no gusta exponerse.”³³⁹ El miedo a la enfermedad era algo popularizado dentro de la

³³⁷ *Ibíd.*, p. 335.

³³⁸ *Ibíd.*, p. 336.

³³⁹ *Ibíd.*, p. 336-337.

sociedad colombiana, al ser una afección con agravantes de carácter socioeconómicos, y tomar tanta importancia en términos de morbilidad y mortalidad en la primera mitad del siglo XX en las ciudades colombianas, hasta los profesionales de la salud se vieron sujetos a cambios de su labor para poder buscar mitigar los estragos no solamente físicos sino de las sociabilidades de los pacientes. De la Roche señala que este tipo de acciones no deben presentarse ya que, desde la menor sospecha de presencia de tuberculosis pulmonar en un paciente, este debe ser notificado y tratado como un tísico más, aunque la enfermedad no haya tenido manifestaciones físicas tan marcadas en él, este ya puede ser un transmisor de la bacteria.

Objeto fundamental de esta investigación presentada en el congreso de medicina nacional, es la relación de los esfuerzos médicos con lo político-estatales en la lucha contra la tuberculosis; De la Roche no deja pasar inadvertido el importante papel regulador del Estado en el control y apoyo en la lucha antituberculosa en Colombia. Para ello dedica un apartado de su texto en donde evalúa la posición que debe tomar las instituciones públicas y los gobiernos nacionales en relación al mejoramiento de la higiene pública.

Para comenzar señala la importancia del apoyo gubernamental en la construcción de instituciones dedicadas al tratamiento de la enfermedad, además de la búsqueda de mejorar las condiciones higiénicas de instituciones públicas donde prolifera esta afección: "Corresponde a los poderes públicos contribuir a la cruzada antituberculosa por medio de medidas que tiendan a mejorar el estado sanitario de las cárceles, cuarteles, escuelas públicas etc., y acopiando recursos para la construcción de sanatorios destinados a la hospitalización de los enfermos pobres que lo deseen."³⁴⁰ Este discurso hace un llamado que responde la necesidad del apoyo económico por parte del Estado para controlar las enfermedades epidémicas

³⁴⁰ *Ibíd.*, p. 339.

que afectan el mismo desarrollo económico de la nación, además, del desarrollo social de cotidianidades básicas como la educación o el trabajo.

De las instituciones públicas con más índices de contagio de tuberculosis pulmonar, señala a las cárceles como “...verdaderos focos de infección, donde los presos, faltos de aire, de luz, y muchas veces de alimentación suficiente, se vuelven tuberculosos, o contraen otras enfermedades que les producen la muerte antes de cumplir su condena, o que los inhabilitan para el resto de la vida.”³⁴¹

Los cuarteles militares por otro lado, penan de condiciones higiénicas deplorables, en donde el hacinamiento, el agotamiento físico y los cambios ambientales y de alimentación a los que el soldado estaba acostumbrado en su diario vivir(*).

El hospital también es un foco de la enfermedad, además de sumarle los problemas presupuestales que tenían en la primera mitad del siglo XX, como lo señala Bonilla:

Los sueldos que devenga el personal de los hospitales es en extremo reducido y eso ocasiona la consiguiente reducción de los servicios hasta el punto de que la atención de los enfermos no se presta sino en unas pocas horas de la mañana, quedando éstos en el resto del día y de la noche sin este recurso indispensable. Este personal tan expuesto a riesgos, como son los que se corren dentro de establecimientos saturados de gérmenes patógenos, tampoco tiene el aliciente de un escalafón que asegure su estabilidad ni perspectiva alguna de mejoramiento.³⁴²

Pero por encima de todas las instituciones públicas, los médicos de la época referencian a la escuela como el bastión más importante de la lucha contra la tuberculosis pulmonar, ya que es en esta en la que el tema de la pedagogía de la higiene pública se puede dar de una forma más eficaz: “De nada vale que se dicten leyes o decretos que ordenen que no se escupa en el suelo, y que se fijen grandes avisos en los lugares públicos con esta prohibición; todo el mundo seguirá

³⁴¹ *Ibíd.*, p. 339.

(*) De la Roche señala, que gran parte de la población recluta militar, aparte de no pasar por un filtro que evalué su condición física, como óptima para el esfuerzo físico requerido en este contexto; también sufre las inclemencias del cambio de ambientes, ya que gran porcentaje de esta población es reclutada en las zonas rurales de la nación, que cuentan con aires muy puros y benévolos para la salud.

³⁴² BONILLA, Emiliano. *Op. Cit.*, p. 90

escupiendo en el suelo, porque las costumbres arraigadas no se corrigen por estos medios, sino con la educación bien dirigida.”³⁴³

Para la enseñanza de la profilaxis de la tuberculosis pulmonar en las escuelas, De la Roche señala una serie de medidas que tiene como objeto:

1º Asegurar el organismo por la salubridad del medio y por la buena higiene individual, la fuerza necesaria que le permita resistir a los ataques, siempre posibles, del bacilo de la tuberculosis. 2º Evitar los riesgos de contaminación, no solamente por la observancia rigurosa de las reglas de la salubridad doméstica y de la higiene individual, sino también por el alejamiento de los enfermos afectados de lesiones contagiosas de tuberculosis.³⁴⁴

Dentro de dichas medidas, se comprende mejorar tanto las condiciones espaciales y ambientales de las escuelas, como el propiciar un control de la comunidad estudiantil y el personal laboral de estas instituciones. En el caso de las estructuras y espacios en donde se desarrollan las actividades académicas, De la Roche señala como fundamental que los edificios sean construidos con abundante circulación de luz y de aire, además de estar ubicados lejos de lugares que puedan llegar a ser nocivos para la salud de la comunidad escolar. Los pisos, al igual que en las recomendaciones para las viviendas en el caso de los internados, preferiblemente deben ser en madera, como también lo debe ser el mobiliario de las aulas de clase; esto con el fin de facilitar su proceso de limpieza y desinfección³⁴⁵.

En lo relacionado con el personal docente y trabajador de las instituciones educativas, se señala que por ningún motivo este debe ser contratado sin antes haber pasado por un riguroso análisis médico que determine completa sanidad, no solo de tuberculosis pulmonar, sino de todo tipo de enfermedades de carácter contagioso. Estos exámenes deben hacerse frecuentemente, y en el caso de descubrirse algún síntoma de desarrollo de tuberculosis pulmonar u otra

³⁴³ Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional. p. 340.

³⁴⁴ *Ibíd.*, p. 340-341.

³⁴⁵ *Ibíd.*, p. 341.

enfermedad contagiosa, el afectado debe ser retirado de su cargo, hasta estar completamente sano³⁴⁶.

Por ultimo las medidas relacionadas con los estudiantes afectados por la tuberculosis pulmonar, no difieren mucho de las planteadas para los adultos a cargo del funcionamiento de las instituciones educativas; también se propone un control de la comunidad estudiantil en relación a sus condiciones físicas, y en el caso de encontrar anomalías hacer un análisis detallado del caso para tener un diagnóstico de esta enfermedad o de otras lo antes posible y tomar medidas en pro del mejoramiento de la salud del afectado y la prevención de nuevos contagios.

En lo concerniente a la pedagogía de la enfermedad, De la Roche propone la difusión entre la comunidad escolar, por medio de cartillas o textos impresos; entre las recomendaciones señala:

Además de las instrucciones que preceden, los maestros de escuela, por su parte, deben enseñarles a los niños como deben sentarse, para evitar las deformaciones del tórax; como deben caminar con propiedad, y aun el modo como deben respirar, y todas aquellas reglas de urbanidad que contribuyen indirectamente a prevenir la propagación de las enfermedades contagiosas, tales como la prohibición de introducirse los dedos en la boca y en las narices, de humedecerlos con saliva para facilitar la vuelta de las hojas de los libros, de mojar el lápiz con esta secreción mientras escriben, de introducirse monedas en la boca, etc., e indicarles que no deben toser o estornudar delante de los demás sin llevar el pañuelo a la boca antes de ejecutar estos actos.³⁴⁷

En las conclusiones de esta intervención sobre el problema de la tuberculosis en Colombia, De la Roche señala que estas transformaciones propuestas, no son de resultados inmediatos, por el contrario, requieren un esfuerzo tanto humano como económico enorme “No es de un día para otro como se puede combatir este flagelo. Para ello es necesario el transcurso de muchos años, el derroche de gran tenacidad y el gasto de ingentes sumas de dinero.”³⁴⁸

Como se ha evidenciado en las anteriores reflexiones, lo que propone De la Roche va más encaminado a buscar por medio de la pedagogía de la enfermedad, un

³⁴⁶ *Ibíd.*, p. Página 343.

³⁴⁷ *Ibíd.*, p. 344.

³⁴⁸ *Ibíd.*, p. 347.

mejoramiento en la situación descontrolada de la tuberculosis pulmonar en las primeras décadas del siglo XX. Esta situación estuvo marcada por los importantes cambios socioeconómicos de la nación en este periodo, y por las transformaciones urbanas y demográficas que vivieron las ciudades colombianas, entre ella Bucaramanga, a lo largo de todo el siglo; precisamente en otro artículo presentado en el presente congreso de medicina, el Doctor Alberto Borda señala: “Las poblaciones en los países jóvenes aumentan rápidamente. En vista de estas consideraciones es necesario prever el crecimiento de la población, y se debe someter el plan de construcciones de las futuras poblaciones en los alrededores de las principales ciudades, a un estudio profundo y previo de la autoridad competente.”³⁴⁹

Es debido a este tipo de fenómenos que la tuberculosis pulmonar relega parcialmente otras enfermedades de carácter epidémico, importantes en el siglo XIX, y el llamado desde la comunidad médico-científica es al concebir a la tuberculosis con la misma importancia que se le dio a otras enfermedades tipo Lepra o Fiebre Amarilla en el pasado:

Consecuente con estas ideas, creo que hoy por hoy lo que debe hacerse es librar una campaña educacionista en todo el país, en el sentido de que la mayoría de los ciudadanos se convenza de la contagiosidad de la tuberculosis y acepte esta verdad sin discusiones de ninguna especie, como admite los peligros de la lepra; enseñarle los medios de ponerse a salvo contra los ataques del bacilo de Koch, y las causas que favorecen su propagación y desarrollo, haciéndole presente que ellas son de orden muy diverso, y que si algunas pertenecen al dominio de la medicina, como el bacilo, las enfermedades infecciosas y la diátesis hereditaria, las más importantes son de carácter social: el alcoholismo, la sífilis y la miseria, y que por lo tanto hay que combatir las con armas también sociales; mostrarle la necesidad de la fundación de sanatorios para enfermos curables y de hospitales para los casos desesperados, y que solamente segregando a unos y otros en estos establecimiento puede evitarse en absoluto el contagio.³⁵⁰

Por otro lado, la relación de la higiene del cuerpo con la prevención era evidente en los discursos de especialistas de diferentes áreas del estudio de la medicina; un claro ejemplo es la investigación presentada en este mismo congreso de medicina

³⁴⁹ *Ibíd.*, p. 24-25.

³⁵⁰ *Ibíd.*, p. 347.

por el Doctor bogotano Sebastián Carrasquilla, en donde hace un análisis de la importancia de la higiene bucal en la lucha contra la tuberculosis.

El autor comienza por ratificar que la afección tuberculosa ataca principalmente a organismos debilitados, con malnutrición y en condiciones higiénicas deplorables; con esto, señala que una de las herramientas más eficaces en la lucha y prevención de la tuberculosis, es precisamente el mejoramiento de estas condiciones anteriormente descritas, y el condicionamiento físico como arma útil de evasión de la enfermedad³⁵¹.

Ahora bien, Carrasquilla complementa este postulado, identificando que la principal razón de la malnutrición y los organismos debilitados, recae en las malas condiciones de higiene bucal:

Una de las principales y más comunes causas de debilitamiento son las enfermedades de los dientes, y hablando con mayor propiedad y extensión, las malas condiciones higiénicas de la boca. Los individuos – niños o adultos – cuyo sistema dental está en mal estado, mastican mal sus alimentos; éstos no pasan al estómago bien divididos ni bien insalivados y, en consecuencia, quedan mal digeridos. Como la digestión es la primera fase de todo el proceso nutritivo, se comprende fácilmente que el mal estado del aparato dental, alterando la digestión, termina por alterar a su vez cada una de las funciones nutritivas, inclusive la sanguificación, lo cual conduce necesariamente al debilitamiento del organismo en grado variable.³⁵²

Más allá de esto, señala que la boca y en mayor medida una en mal estado higiénico, no generan solamente problemas de carácter digestivo, sino que también propicia en surgimiento de microbacterias de todo tipo que pueden causar enfermedades como la tuberculosis:

Está admitido hoy en día, como un axioma científico, que la boca, con sus condiciones de temperatura casi constante, humedad, anfractuosidades, donde los microbios – y uno de ellos el bacilo tuberculoso – encuentran un medio eugenésico para su desarrollo y proliferación, máxime si se trata de bocas desaseadas y mal tenidas, como hay tantas, aun entre las personas que se precian de aseadas y cultas.³⁵³

³⁵¹ *Ibíd.*, p. 177.

³⁵² *Ibíd.*, p. 177-178.

³⁵³ *Ibíd.*, p. 178.

En este orden de ideas, lo que carrasquilla propone, es la búsqueda de una higiene bucal optima, partiendo de la premisa de que la boca es la puerta de entrada a todos los sistemas del cuerpo humano, y que precisamente una de las actividades profilácticas fundamentales, no solo en relación a la tuberculosis, sino a todas las enfermedades de carácter viral o bacteriano, es frenar la entrada y desarrollo de microbacterias en la boca y las cavidades nasales.

Este médico relaciona la falta de higiene bucal con el surgimiento de la tuberculosis y su forma pulmonar, en tres estadios:

1. Facilitando la pululación de los gérmenes tuberculosos que crecen en la boca; 2. Debilitando el organismo, ya sea por malas insalivación y digestión, ya por intoxicaciones crónicas producidas por la absorción de productos sépticos provenientes de afecciones dentales o peridentales, y 3. Favoreciendo la aparición de enfermedades infectivas, que se desarrollan por la multiplicación de gérmenes patógenos en las bocas enfermas y desaseadas.³⁵⁴

Además señala que la falta de cuidado bucal, repercute en la nutrición, vigorosidad, energía y predisposición de los jóvenes para el trabajo; al no estar estas condiciones dadas en los jóvenes colombianos, estos están predispuestos a adquirir la tuberculosis, o a frecuentar espacios y contextos donde la enfermedad es más latente, como los propios de la indigencia y la vagancia. Tanto como a la profilaxis de la tuberculosis, se propone prestarle la debida atención a la profilaxis de dental, aludiendo:

Si la tuberculosis es uno de los azotes de la humanidad, no menos lo son las enfermedades de los dientes con su gran frecuencia y las numerosas deletéreas consecuencias que de ellas se derivan, pues predisponen el organismo no solo a la infección tuberculosa, sino a infecciones y enfermedades de todas clases. Si es necesario combatir la tuberculosis enérgicamente, no menor energía debe desplegarse combatiendo las enfermedades mentales.³⁵⁵

A modo de conclusión de estos artículos presentados en este segundo congreso de médico de Colombia, se puede evidenciar que hay una preocupación latente, e inclusive algo exagerada en relación a la denuncia de los efectos y posibles causas del aumento de los casos de tuberculosis pulmonar en Colombia, para estas

³⁵⁴ *Ibíd.*, p. 179.

³⁵⁵ *Ibíd.*, p. 180.

primeras décadas del siglo XX; el asocio de la tuberculosis con diferentes aspectos de la vida cotidiana, y el llamado de atención de parte de los médicos por medio de estas publicaciones, tenía una clara dirección hacia las esferas estatales y de gobierno regional, con el fin de encontrar en estos apoyo económico para poder tratar este mal; por otro lado se buscaba también concientizar a la población en general de los peligros que le representaban a su salud, una serie de malas prácticas que debían erradicarse del diario vivir.

Aparte de los congresos de Medicina Nacionales e Internacionales, en la primera mitad del siglo XX, se hicieron dos Conferencias Nacionales de la Tuberculosis en las cuales arrojaron una serie de consideraciones y conclusiones de la lucha contra esta enfermedad, las cuales describiremos a continuación.

2.3.5.1 Primera Conferencia Nacional de la Tuberculosis. La primera conferencia nacional de la tuberculosis, realizada en la ciudad de Medellín, en 1938, arrojó unas conclusiones generales sobre el estado y el futuro de la lucha antituberculosa; sobre el papel de los dispensarios se señaló:

Siendo el Dispensario el elemento más importante de la campaña, debe establecerse el mayor número posible de estas instituciones, mediante la colaboración estrecha de la Nación, el Departamento y el Municipio. La situación de los Dispensarios deberá ser tal que, en lo posible, ocupe el centro de una región de población numerosa con fácil acceso al sitio donde funcione el Dispensario. Además del Médico Director especializado, el Dispensario tendrá como personal mínimo para las labores iniciales una enfermera de planta, una enfermera visitadora social y un empleado para portería y limpieza. El Dispensario prestará servicio de exámenes y diagnósticos, para fines sociales, a todo individuo que lo solicite, reservándose el servicio de tratamientos únicamente para enfermos pobres. La acción mínima de los Dispensarios comprenderá: descubrimiento de enfermos, propaganda, educación y tratamiento ambulatorio.³⁵⁶

³⁵⁶ Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 84-85.

Sobre los Sanatorios-hospitales, otra gran institución de la lucha contra la tuberculosis, que de la mano con el dispensario conformaban las dos fuertes instituciones preventoras y de tratamiento de esta enfermedad, se señaló:

Además de la labor social de los Dispensarios, debe fomentarse la creación de un hospital sanatorio para cada Departamento, como centro de asistencia y aislamiento de los enfermos curables. Los hospitales sanatorios deben tener la situación y dependencias adecuadas a cada región y una capacidad mínima de una cama por cada muerto anual por tuberculosis en el respectivo Departamento. En los hospitales generales, como lo ordena la Ley 15 en su artículo 3º, de 1935, debe haber salas especiales para la hospitalización de tuberculosos muy avanzados, debiendo ser tratados estos enfermos con toda la cuidadosa y humanitaria atención que merezca su estado.³⁵⁷

Sobre la mala alimentación, causal directa de las tuberculosis, como habíamos señalado en el capítulo segundo de esta investigación sobre el discurso médico en relación con esta enfermedad; en la primera conferencia se concluyó:

Teniendo en cuenta que el problema básico de la campaña reside en el grave y enorme de la alimentación y que este último está subordinado a las condiciones económicas del pueblo, se permite recomendar a los Poderes Públicos competentes el estudio y solución de aquellos medios que, en una u otra forma, puedan contribuir a mejorar las condiciones de vida de nuestro pueblo y, si es posible, lleguen a la fijación de un salario mínimo biológico y a la creación del seguro social obligatorio contra la tuberculosis.³⁵⁸

El examen obligatorio, era propuesto como una medida eficaz para la detección pronta de la tuberculosis, dentro de las propuestas sobre la generalización de este se decía:

La conferencia estima que, en lugar de la declaración obligatoria de la tuberculosis, medida ineficaz en la práctica, debe establecerse el examen obligatorio sistemático y periódico del mayor número de personas posible, tomando como base aquellas que, por la índole de su trabajo o por las condiciones de éste, se hallan en circunstancias favorables para adquirir la enfermedad o transmitirla cuando la padecen y lo ignoran; y estimo que debe exigirse un certificado expedido por un Dispensario Antituberculoso en que conste que quien lo posee no padece de tuberculosis pulmonar en actividad, certificado que debe ser gratuito para los que trabajan y pagado por la persona o entidad que utilice los servicios del obrero o empleado, para aplicar los fondos que se recauden por este concepto al incremento de la campaña antituberculosa.³⁵⁹

³⁵⁷ *Ibíd.*, p. 85.

³⁵⁸ *Ibíd.*, p. 85-86.

³⁵⁹ *Ibíd.*, p. 86.

Por último el otro baluarte reconocido en estas conferencias, de la lucha contra la tuberculosis, son las campañas de vacunación:

La Conferencia estima de conveniencia absoluta el establecimiento en el país de la vacunación contra la tuberculosis con el B. C. G. y solicita atentamente del Departamento Nacional de Higiene continúe adelante en la iniciativa que ha tomado para implantar lo más pronto posible este método de preminición del B. C. G. deben comenzar a funcionar simultáneamente los establecimientos complementarios. A la vez que se realice el programa esbozado en los puntos anteriores, debe pensarse en el aumento de Colonias de Vacaciones y la creación de instituciones marítimas para escolares, sanatorios marítimos y demás instituciones organizadoras en otros países para la ampliación de la Campaña Antituberculosa.³⁶⁰

2.3.5.2 Segunda Conferencia Nacional de la Tuberculosis. En la segunda conferencia nacional de la tuberculosis, realizada en la ciudad de Cali en 1940, se sacaron las siguientes conclusiones sobre la lucha contra la tuberculosis:

La discusión sobre la condición hereditaria de la tuberculosis aún era, aunque un tema confuso, vigente para la primera mitad del siglo XX, la conclusión frente a este tema dada en esta segunda conferencia apuntaba:

De las discusiones habidas en el seno de esta conferencia, sobre Herencia y Contagio de la Tuberculosis, hasta probarse debidamente otra cosa, debemos seguir considerando esta enfermedad como eminentemente contagiosa para el niño, pareciéndonos, desde el punto de vista social, justificadas todas las medidas que se tomen para proteger a éste contra el contagio, porque sin negar la posibilidad de transmisión hereditaria o congénita, consideramos el contagio como los más frecuente.³⁶¹

Es las últimas líneas de la anterior referencia vemos, la preocupación por la prevención de la tuberculosis en los niños, para esto, otra puesta se puso en marcha: “Como método de diagnóstico de la tuberculosis en el niño, debe aplicarse sistemáticamente la tuberculino-reacción.”³⁶²

Nuevamente el asocio de la tuberculosis con los obreros y los sectores laborales arrojaba una serie de determinaciones para prevenir a este importante grupo social: “De acuerdo con nuestra legislación del trabajo, solo debemos considerar la

³⁶⁰ *Ibíd.*, p. 86-87.

³⁶¹ *Ibíd.*, p. 87.

³⁶² *Ibíd.*, p. 88.

tuberculosis como enfermedad profesional en los casos en que se presentare en el personal que, por razón de su oficio, se halle en contacto prolongado con tuberculosos siempre que por un examen completo, dicho personal haya sido declarado previamente como no tuberculoso.”³⁶³ El seguro contra la tuberculosis, también abarcaba las medidas profilácticas entre los trabajadores colombianos, a respecto de esto se dijo: “Consideramos como inaplazable el establecimiento en el país del Seguro contra la tuberculosis, y en tal virtud esta Conferencia pide al Gobierno Nacional y a las Cámaras Legislativas buscar, a la mayor brevedad posible, la manera de realizar esta importante medida.”³⁶⁴

Sobre la fundación y funcionamiento de establecimientos e instituciones dedicadas a la lucha contra la tuberculosis, esta conferencia concluyó dos aspectos, el primero: “Esta Conferencia declara que la fundación dentro del área urbana o suburbana de establecimientos higiénicamente acondicionados para el aislamiento o tratamiento de enfermos de tuberculosis, no ofrece peligro alguno para la sociedad.”³⁶⁵ Y la segunda: “La Conferencia excita a todo el Cuerpo Médico del país a que busque la colaboración oportuna de los fisiólogos y de los establecimientos oficiales de lucha contra la tuberculosis. Con el fin lograr los buenos resultados que se derivan de un diagnóstico y un tratamiento precoz de esta enfermedad así como de la expedición de un certificado completo de sanidad.”³⁶⁶

El control de los medicamentos era otro tópico a prestarle atención en la sociedad; la conferencia sugirió: “La conferencia estima que la propaganda y venta de específicos preconizados como tratamiento contra la tuberculosis son altamente lesivos para los individuos que padecen de esta enfermedad, y solicita, respetuosamente, al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y a la

³⁶³ *Ibíd.*, p. 87.

³⁶⁴ *Ibíd.*, p. 87-88.

³⁶⁵ *Ibíd.*, p. 88.

³⁶⁶ *Ibíd.*, p. 88.

Comisión de Especialidades Farmacéuticas tomar las medidas convenientes a este respecto.”³⁶⁷

Sobre el espacio privado, tema de gran interés debido a ser un gran foco de desenfreno de la infección, y al ser tan difícil el control en este, se concluyó: “Las casas habitadas anteriormente por enfermos de tuberculosis no presentan ningún peligro para los nuevos inquilinos, siempre y cuando se realice oportunamente las medidas de desinfección correspondientes, bajo el control de las autoridades sanitarias.”³⁶⁸

Para finalizar esta segunda conferencia nacional sobre tuberculosis, y a partir de las conclusiones anteriormente descritas, los asistentes a este evento determinaron recomendar a las autoridades nacionales, las siguientes medidas y aspectos de la lucha contra la tuberculosis:

Primera. Recomendar al Gobierno Nacional que tome las medidas conducentes para que, a la mayor brevedad posible, se comience en el país la preparación y aplicación de la vacuna contra la tuberculosis, por considerar de gran importancia la iniciación de su estudio entre nosotros, tanto más cuanto que ya hay un pabellón construido para este efecto, y la promesa del Gobierno de los Estados Unidos de enviar técnicos que se ocupen de esta materia. Segunda. Recomendar al Presidente de esta conferencia se sirva indicar los temas de más importancia para la próxima Conferencia Nacional de Tuberculosis, teniendo en cuenta, entre otros, el de: relaciones entre algunos oficios y la tuberculosis. Tercera. Esta Conferencia considera de gran importancia recomendar al señor Ministro de Educación Nacional la iniciación, en los cursos especiales para maestros y en los conocimientos adecuados para instruir a los niños sobre gimnasia respiratoria y profilaxis general de la tuberculosis. Cuarta. Recomendar al Jefe Nacional de la Campaña Antituberculosa que propenda porque las Asambleas Departamentales apoyen económicamente el sostenimiento de la Campaña. Quinta. Recomendar al señor Jefe Nacional de la Campaña Antituberculosa para que unifique la nomenclatura de las lesiones pulmonares tuberculosas desde el punto de vista radiológico.³⁶⁹

En el siguiente capítulo se vislumbrará y analizará cuál fue la respuesta y la lucha contra la este mal, desde los sectores políticos-legislativos de la nación y de la región de Santander; sus aciertos y sus desaciertos, el impacto de dichas medidas

³⁶⁷ *Ibíd.*, p. 88.

³⁶⁸ *Ibíd.*, p. 88.

³⁶⁹ *Ibíd.*, p. 89.

en la consolidación de una campaña nacional contra la tuberculosis y, la creación de instituciones dedicadas al cuidado y lucha contra este mal pulmonar.

3. LEGISLACION SOBRE LA HIGIENE PÚBLICA Y LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA, SANTANDER Y BUCARAMANGA

Las normas rigen el comportamiento humano, y brindan modos de enfrentar las vicisitudes propias del ejercicio social. El Estado colombiano en el ejercicio de medicalización de la sociedad dado a finales del siglo XIX y todo el siglo XX, expidió una serie de normas, leyes, ordenanzas y decretos que regulaban las conductas sociales en pro del mejoramiento de la salud pública nacional y el progreso económico del país.

El objetivo de este capítulo es el de analizar las políticas públicas del gobierno nacional, departamental y local entre los años 1916 a 1936, publicadas en el Diario oficial, la Recopilación de Leyes Nacionales, Informes del Ministerio de Instrucción Pública, Gaceta de Santander e Informes del gobernador a la asamblea y ordenanzas expedidas por la asamblea del departamento de Santander; que buscaron controlar y regular la profilaxis de la tuberculosis pulmonar.

Este ámbito político de la salud pública y la lucha contra la tuberculosis, se estudiará a partir de la postura expuesta por Michael Foucault en relación a la medicina moderna como una medicina social afectada por la política:

“Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.”³⁷⁰

³⁷⁰ FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. 1975. p. 5.

Las leyes y normas no representan del todo realidades, simplemente son interpretaciones de esta, y modos que se plantean de hacer las cosas, con un fin preventivo y/o regulador. Este argumento es expuesto por Emiliano Bonilla, en un su tesis de 1942, *Algunas aplicaciones económicas y sociales de la medicina en Colombia*, en donde dice:

Esta tesis informa el espíritu de la legislación colombiana y de ahí que con rigidez, producto de su generalización e impersonalidad no puede regir eficazmente todas las manifestaciones de la realidad social. Podría concluirse que la ley colombiana no es más, por razón de su origen político democrático, que un instrumento cómodo y de fácil confección para establecer normas en relación con hechos generales y corrientes, para resolver ciertos fenómenos mecanizados de la vida social, pero es inoperante en todos aquellos casos en que está de por medio de la realidad concreta, mudable y viva de la vida espontánea, que sabe siempre sustraerse a los esquemas de conjunto, a las visiones abstractas, a las sistematizaciones. La ley así surgida, es ahumana porque es abstracción y generalidad, y la realidad es un fenómeno particular marcadamente concreto en torno al hombre. de ahí que la ley solo pueda actuar válidamente no sobre los hechos sino sobre las apariencias de los mismos, presentadas en serie, es decir, sobre las realidades subjetivas, previamente exteriorizadas.³⁷¹

La relación médico-política en la lucha contra la tuberculosis pulmonar, responde al mejoramiento de las condiciones sociales, laborales y económicas de la nación; al respecto en una publicación del Ministerio de trabajo, higiene y previsión social en 1940 se señalaba:

Es interesante observar como nuestros higienistas de hace varios años, previendo, con acierto, que la salud del pueblo se hallaría seriamente comprometida si no se comenzaba a suprimir las causas de propagación de algunas enfermedades como la tuberculosis, cristalizaron, ayudados por el legislador, en disposiciones de gran alcance, medidas de higiene y profilaxis que hoy, además de ser de actualidad, despiertan considerablemente nuestra atención.³⁷²

Las normas higiénicas y de lucha contra la tuberculosis tienen una interrelación entre lo nacional, lo departamental y lo local; a lo largo de este capítulo, se evidenciará como muchos dictámenes tienen un origen nacional, pero unas repercusiones, replicaciones e reinterpretaciones regionales, lo cual lleva a pensar

³⁷¹ BONILLA, Emiliano. Op. Cit., p. 27.

³⁷² Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 3.

que más que un problema meramente teórico, la tuberculosis era un problema social, con evidentes manifestaciones en las ciudades colombianas, entre ellas Bucaramanga.

3.1 LA MEDICINA PROFESIONAL DESDE LA LEGISLACIÓN

La profesionalización de la medicina en Colombia se da como un proceso largo de consolidación de la Nación en Colombia; este proceso gestado en el transcurso del siglo XIX, arroja como resultado la creación de escuelas de medicina, centros asistenciales, hospitales y normativas del ejercicio médico en el país. Emilio Quevedo en su texto Historia de la Medicina en Colombia, nos introduce a las vicisitudes del desarrollo profesional de la medicina la nación:

Esta doble ruptura, anudada con los desarrollos de una sociedad urbana e industrial, sentó las bases para la profesionalización de la medicina moderna. El viraje de las viejas y nuevas escuelas medicas hacia la anatomoclínica, la medicalización de las enfermerías de los hospitales, el surgimiento de nuevos medios de difusión del saber médico, como las revistas, los boletines y periódicos especializados, y la aparición de nuevas formas de organización académica y gremial, caracterizaron este proceso.³⁷³

Es este orden de ideas las manifestaciones del ejercicio de la medicina mutaran y surgirán otro tipo de acciones propias de la medicina, como encuentros médicos, la terapéutica en los hospitales, las campañas profilácticas de las enfermedades, y la interrelación entre el Estado y la medicina en pro de la salud pública.

³⁷³ QUEVEDO, Emilio. Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III, Hacia una profesión liberal 1865-1918. Op. Cit., p. XIII.

3.1.1 Los Congresos de medicina desde la legislación y la lucha contra la Tuberculosis Pulmonar. Como se señaló en el apartado 2.3.5. sobre las consideraciones de los Congresos de Medicina Nacionales sobre la tuberculosis, su lucha y las medidas profilácticas; estos cumplían la función de ser plataformas para la difusión y análisis de las enfermedades que atacaban la población colombiana; en este orden de ideas el compromiso con el desarrollo de estas actividades académicas, no recaía solamente en las comunidades científico-médicas de Colombia, sino en el apoyo que el Estado debía generales para la realización o asistencia de notables médicos a estos encuentros.

No solamente los encuentros nacionales eran importantes a la hora de discernir sobre las particularidades de las enfermedades y los medios para contrarrestarlas; los encuentros internacionales eran plataforma para documentarse sobre los principales avances de la medicina moderna en la lucha contra las enfermedades epidémicas y altamente contagiosas, como el caso de la Tuberculosis Pulmonar.

Desde 1913 se encuentran Leyes como la número 30, que propiciaban la generación de un apoyo económico a los médicos colombianos que representarían al país el 5to congreso latinoamericano de medicina, y el 6to congreso panamericano de medicina.³⁷⁴

En 1916, también el Estado en forma de compromiso con el desarrollo de encuentros médicos en Colombia para tratar las principales enfermedades que atacan la población del país, por medio de la ley 44 de 1916 extendía el apoyo económico con 5000 pesos, para la realización del Tercer Congreso Médico Nacional.³⁷⁵

³⁷⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 30. (13, octubre, 1913). Por la cual se abre un crédito extraordinario al Presupuesto de gastos de 1913. Recopilación Leyes de Colombia. p. 116.

³⁷⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 44. (04, noviembre, 1916). Por la cual se auxilia la reunión del tercer Congreso Médico Nacional. Recopilación Leyes de Colombia. p. 85.

Para el desarrollo del Cuarto Congreso Médico Nacional, realizado en la ciudad de Tunja en 1918 el Estado generó nuevamente un apoyo económico; dicha iniciativa iba encaminado a propiciar encuentros de médicos, para que se abordara el estudio de las particularidades, las medidas profilácticas y la lucha contra las enfermedades de mayor incidencia en la nación, y estuvo justificada por medio de la Ley 18, en donde quedó expreso: “La expresada Junta invertirá la suma de dinero a que se refiere esta Ley en propender por todos los medios posibles a la reunión del Cuarto Congreso Médico y en la publicación de los trabajos científicos que a él se presenten.”³⁷⁶ Pasarán los años y la continuación de estos encuentros nacionales se dará hasta la década de los treinta, en donde el Estado nuevamente apoyará esta iniciativa con un monto económico para su realización. El V Congreso Médico y la Convención Nacional de la Federación Médica, reunidos en Barranquilla en el mes de diciembre de 1936, fueron realizados con un presupuesto de 10.000 pesos aportados por la Nación.³⁷⁷

Son múltiples los beneficios no solo para la salubridad nacional, sino para el mismo ejercicio médico, los adquiridos en estos congresos y encuentros de medicina; como se pudo evidenciar a lo largo del capítulo segundo de la presente investigación, es precisamente de estos escenarios en donde salen propuestas reales y concisas de cómo debe gestarse la lucha contra el mal blanco y cuáles son las medidas profilácticas adecuadas para prevenir la aparición de este importante enfermedad que cobraba un gran número de víctimas en la población colombiana, principalmente en la de menores condiciones socioeconómicas.

Tanto los médicos asistentes a estos eventos como los médicos que ejercían sus labores en todos los centros de salud del país, o de una manera independiente en Colombia, también estaban regidos por una serie de normas, que regulaban sus

³⁷⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 18. Artículo 03. (19, septiembre, 1918). Por la cual se provee a la celebración del cuarto Congreso Médico Nacional. Recopilación Leyes de Colombia. p. 22.

³⁷⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 174. Artículo 1. (30, noviembre, 1936). Por la cual se auxilia el V Congreso Médico y la Convención Nacional de la Federación Médica. Recopilación Leyes de Colombia. p. 414.

ejercicios profesionales y sus deberes para con la sociedad; en Leyes nacionales, Ordenanzas Departamentales y Decretos municipales, a lo largo de todo el periodo de estudio encontramos referenciados mandatos para los profesionales de la salud y su lucha contra las enfermedades entre ellas la tuberculosis.

3.1.2 Médicos: profesionalización y legislación antituberculosa. Se ha visto ya, el discurso de los médicos colombianos en diferentes escenarios, relacionado con la lucha en contra de la tuberculosis pulmonar, y otras enfermedades de carácter infectocontagioso; en este corto apartado se dará paso a la normatividad nacional, departamental y local de los médicos y el quehacer médico en la lucha contra la Tisis entre 1916 a 1936.

Una primera gran norma a nivel regional es la impuesta por el código de policía de 1913, en donde se señalaba que en Departamento de Santander, solo podían ejercer la medicina³⁷⁸, los médicos titulados por Facultades Nacionales de carácter oficial o por facultades extranjeras de reconocida idoneidad³⁷⁹. Al respecto de esto la profesionalización del ejercicio hizo que la lucha y tratamiento de las enfermedades, su hubiese llevado a mejor termino.

La ordenanza No 13 de la Asamblea del Departamento de Santander, sobre la reglamentación del servicio médico-legal, especificaba los deberes de los médicos legistas del departamento entre los cuales destacamos:

2. Practicar los reconocimientos Médico-legales y dar los dictámenes que les pidan las autoridades competentes, y avisar a éstas cuando observen descuidos u omisiones culpables en el tratamiento que sigan los lesionados.
3. Visitar, donde residan, dos veces

³⁷⁸ “Se entiende por ejercicio de la medicina, diagnosticar, tratar, operar o prescribir drogas para cualquier enfermedad, dolor, daño o accidente, deformidad o condición física en alguna persona; y se reputa médico el que diagnostica, trata, opera o prescribe drogas para cualquiera enfermedad, dolor, daño o accidente, deformidad o condición física en alguna persona.” SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44. (1913). Código de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo I: Médicos, Boticarios y venta de drogas y medicinas. Art. 354. p. 313.

³⁷⁹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44. (1913). Código de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo I: Médicos, Boticarios y venta de drogas y medicinas. Art. 354. p. 313.

por semana y según distribución que hará el Gobernador, las cárceles, cuarteles de policía y establecimientos de educación a cargo del Departamento y asilos de niños y de ancianos; hacer las prescripciones médicas que necesiten los enfermos que haya en dichos establecimientos; inspeccionar su régimen sanitario y dar cuenta de los defectos que en éste noten, a la Junta de Higiene, para lo que fuere de cargo esta.³⁸⁰

La Ley 66 de 1916, gran norma reguladora de la lucha contra la tuberculosis en Colombia, también especificaba el papel de los médicos, frente a esta enfermedad: “es obligatorio para todo médico en los casos de tuberculosis abierta, hacer poner en práctica las medidas profilácticas que haya dictado o dicte la junta central de higiene. En caso de que no sean cumplidas tales prescripciones, el médico podrá dar aviso de ello a la autoridad sanitaria de la respectiva localidad.”³⁸¹

El acuerdo 33 de 1917, expedido por la Junta Central de higiene sobre la tuberculosis, exponía lo que el médico de sanidad de los puertos debía negar la entrada de inmigrantes detectados con tuberculosis³⁸²; y también lo que debía hacer el médico internista en las ciudades ante la detección y durante el tratamiento del paciente afectado por tuberculosis: “El médico encargado del tratamiento de un enfermo tuberculoso hará conocer, tanto a éste como a las personas que lo rodean, los peligros del contagio, la manera cómo puede efectuarse y el modo de evitarlo.”³⁸³

Este acuerdo propone una serie de medidas que debe acatar el enfermo y ser recomendadas por el médico tratante, al respecto de los espacios habitados por el paciente, señala:

Hará las indicaciones que la higiene prescribe, y principalmente las siguientes: a) El enfermo debe habitar una pieza independiente, tan amplia como sea posible, bien ventilada y accesible a los rayos del sol. Dormirá solo, pero si hubiese necesidad de que alguna persona

³⁸⁰ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 13. (1914). Edición oficial. Imprenta moderna. Artículo 2. p. 15.

³⁸¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 7. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. p. 131.

³⁸² COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 2. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 17.

³⁸³ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 1. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 15.

lo acompañe, la cama se ésta se colocará lo más distante que sea posible de la suya. b) La pieza del enfermo no tendrá cortinas, ni colgaduras, ni tapices: las paredes estarán enlucidas con cal o de madera pintada al aceite; el piso será lavable (de cemento o de madera pintada al aceite, o cubierta de linóleo o hule). Los muebles deben ser sencillos y que puedan lavarse fácilmente; son preferibles los de madera o metal y los forrados en vaqueta a los tapizados. Las ventanas deben estar abiertas durante el día, y poco a poco se habituará el enfermo a dejarlas así de noche. c) La casa del tuberculoso no se barrerá en seco, ni se limpiará con plumero los muebles y paredes; esto debe hacerse con un trapo húmedo... k) Periódicamente se hará la desinfección de la pieza habitada por el tuberculoso, y cuando haya cambiado de domicilio o la enfermedad termine, se hará la desinfección completa de toda la casa. Sin esta desinfección el inmueble no podrá arrendarse ni venderse.³⁸⁴

El acuerdo también señala medidas dictaminadas en relación a la profilaxis de la tuberculosis, por medio del control del comportamiento social del enfermo:

d) El enfermo no escupirá en el suelo sino en una vasija que contenga una solución desinfectante, por ejemplo, de lisol al diez por ciento; de hipoclorito de cal, al veinte por ciento. Cuando salga de la casa o de su alcoba, usará escupidera de bolsillo. Para hacer la desinfección de esta vasijas de hervirán durante cinco minutos en agua, a la cual se agregará una cucharada de carbonato de soda. Cuando no se quiera o no se pueda hacer esta operación, se llenara de escupidera de una solución de carbonato de soda al diez por ciento, que se dejará en contacto con los esputos durante diez horas, después de lo cual se puede arrojar el contenido al excusado o a un hoyo profundo. e) cuando el paciente tosa o estornude tendrá el cuidado de llevar delante de la boca y la nariz el pañuelo, no solo para evitar el contagio de los que estén cerca de él en ese momento, sino también para que no caigan al suelo partículas de secreciones, que si contienen el germen de la enfermedad, quedan en las mismas condiciones infectantes que el esputo ordinario. Los encargados de cuidar al tuberculoso y sus amigos procurarán no acercarse a él a una distancia menos a un metro, sobre todo cuando tosa o estornude. f) Debe prohibirse en lo absoluto al enfermo besar a otras personas, y con mayor razón a los niños. No humedecerá los dedos en la boca para pasar las hojas de un libro.³⁸⁵

Al respecto de los objetos del tuberculoso y su disposición durante la enfermedad y después del deceso, dictamina:

g) El tuberculoso debe tener separada su vajilla, así como los útiles de aseo, etc., y si por alguna circunstancia usare los de otros, se someterán a la ebullición antes de que vuelvan a ser usados por las personas sanas. h) las ropas de cama o de vestir del tuberculoso no se reunirán con las de otras personas, ni se sacudirán en los balcones o patios, ni se darán a lavar sin haberlos desinfectado previamente sumergiéndolas por varias horas en solución desinfectante de las indicadas, o en la de formol al tres por ciento, la de cresol al cinco por ciento, etc., o hirviéndolas por media hora en agua que contenga lejía o jabón ordinario... j) Las ropas de un tuberculoso no podrán venderse ni regalarse sin una rigurosa desinfección previa; sin este requisito indispensable deben destruirse.³⁸⁶

³⁸⁴ *Ibíd.*, p. 15-17.

³⁸⁵ *Ibíd.*, p. 16.

³⁸⁶ *Ibíd.*, p. 16.

Por último, se determina una prohibición sobre el ejercicio algunas profesiones, por considerarlas un riesgo para la salud pública: “i) El tuberculoso no se ocupará en profesiones en que se manejen sustancias alimenticias, como en panaderías, lecherías, etc. Tampoco hará cigarros o cigarrillos.”³⁸⁷

Otra norma sobre el quehacer del médico frente a la tuberculosis, es la Ley 99 de 1922, que en su artículo dos, habla del acto mismo de la declaración de la enfermedad, y señala, que este debe hacerse a la autoridad sanitaria correspondiente, en el caso de no tenerla, al alcalde municipal o corregidor, de la locación donde se desarrolle dicha enfermedad³⁸⁸; esto en fundamental en el orden de ideas de que las autoridades municipales o sanitarias puedan tener un control de los enfermos y así prevenir no solo nuevos contagios, sino epidemias en sus poblaciones.

Lo anterior es ratificado en el artículo tres de la presente Ley, en donde se dicta que es responsabilidad de médicos, enfermeros y toda persona que ejerza autorizadamente el ejercicio de la medicina, informar de la presencia de esta enfermedad a las autoridades sanitarias, mucho más en caso de ser una enfermedad de carácter contagioso³⁸⁹.

Por último en esta ley especifica que el médico o profesional de la medicina queda desligado del secreto profesional, en el caso de las enfermedades contagiosas; debido a la peligrosidad de las mismas, y la necesidad de informar a las autoridades competentes sobre estas y así tener un control del enfermo y la enfermedad.³⁹⁰

La profesionalización de la medicina, también iba encaminada al mejoramiento de las condiciones del espacio del médico en su ejercicio; el hospital de caridad pasó

³⁸⁷ *Ibíd.*, p. 15-17.

³⁸⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. Artículo 2. (07, diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. p. 158.

³⁸⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. Artículo 3. (07, diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. p. 158.

³⁹⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. Artículo 4. (07, diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. p. 159.

lentamente a convertirse en un hospital moderno, con mejores condiciones higiénicas, con mayores herramientas en la lucha contra las enfermedades, y con una gran inversión en materia de infraestructura y equipos que facilitaban el ejercicio de la medicina. El hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, institución de mayor importancia en la época, sufrió una serie de modificaciones y mejoras en la primera mitad del siglo XX; poco se conoce sobre él, pero a partir de la norma podemos rastrear cual fue su papel en la lucha contra la tuberculosis pulmonar.

3.2 EL HOSPITAL DE CARIDAD SAN JUAN DE DIOS DE BUCARAMANGA: ESCENARIO DE LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR

El presente apartado pretende dar vida al objetivo de analizar el impacto que generó la aplicación de políticas públicas locales y nacionales con fines profilácticos, entre las instituciones hospitalarias encargadas de prevenir la tuberculosis pulmonar, para el caso de Bucaramanga, el Hospital de caridad San Juan de Dios, durante la primera mitad del siglo XX.

El Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, según autores como Roberto Harker³⁹¹ y Carlos Espinosa³⁹², referenciados en la tesis *Patrimonio Arquitectónico del Centro de Bucaramanga*, inicia su construcción en la primera mitad del siglo XIX; para 1845, se da inicio a las labores de esta institución, pero no será hasta el 8 de marzo de 1853, en donde este hospital entre en funcionamiento total³⁹³.

³⁹¹ HARKER VALDIVIESO, Roberto. Y sucedió en Bucaramanga. Bucaramanga: Academia de Historia de Santander. Biblioteca Santander vol. XXXI. 1977. 516 p.

³⁹² ESPINOZA, Carlos. Crecimiento Urbanístico de Bucaramanga. 1850.1900. Trabajo de grado para obtener el título de historiador. Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 1996. 279 p.

³⁹³ PERDOMO, Román. ACOSTA, Sergio y SIERRA, Sol. Patrimonio Arquitectónico del Centro de Bucaramanga. Tesis de grado para optar por el título de Historiador. Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2011. p. 130.

A lo largo del siglo XIX el hospital sufrió una serie de ampliaciones y reformas administrativas que lo fueron consolidando ya no como un lugar exclusivo para la beneficencia y el tratamiento de un número extremadamente reducido de pacientes, sino como un centro de salud y de cuidado de las múltiples enfermedades que atacaban a la ciudad³⁹⁴. La vinculación de religiosas para el cuidado de los enfermos, pero bajo la supervisión de médicos y profesionales de salud, llevo a consolidar a finales del siglo XIX al Hospital como una “institución destacada a nivel regional”³⁹⁵

Ya entrado el siglo XX, y con los cambios socioeconómicos que sufrió la ciudad de Bucaramanga, podemos rastrear el devenir del Hospital en relación a las inclemencias de las enfermedades, y a las de mayor auge para este periodo, como es el caso de la tuberculosis pulmonar³⁹⁶.

Un primer hito encontrado en la lucha contra esta enfermedad en las instalaciones del Hospital se da por medio de la Ordenanza 28 de 1914, en la cual la asamblea departamental de Santander, auxilia con la suma de mil quinientos pesos, al San Juan de Dios de la ciudad de Bucaramanga, para la construcción de dos pabellones para tuberculosos.³⁹⁷

La instauración de la Junta Departamental Organizadora de la Lucha Antituberculosa en 1917, propició también la atención de estas obras en pro del aislamiento y tratamiento de los pacientes atacados por esta enfermedad; en su segunda reunión dicha junta expresó:

Recabar del Concejo de Bucaramanga que, para el mejor servicio del Hospital de caridad, aumente un poco la partida destinada para remunerar servicios médicos, a fin de que no sea solo un facultativo el que atienda a todos los enfermos aislados, sino que, con una remuneración se sesenta pesos oro cada uno, haya dos médicos al frente de dicho servicio. Indicar también al Consejo la conveniencia de que en el mismo Hospital se funde un Dispensario antituberculoso de que trata la Ley 66 de 1916, con lo cual podría el Consejo

³⁹⁴ *Ibíd.*, p. 134.

³⁹⁵ *Ibíd.*, p. 136.

³⁹⁶ MORENO, Tany. Op. Cit., p. 13.

³⁹⁷ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 28. Artículo 1. (1914). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 37.

solicitar y obtener auxilio que para tal fin destina la mencionada Ley. La Junta apoyaría la petición que en tal sentido elevara el honorable Consejo, una vez fundado el Dispensario.³⁹⁸

Para 1919, se ultimaban detalles de la construcción y puesta en marcha del pabellón para tuberculosos en el hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, como se ve expreso en un informe a la Asamblea Departamental, en donde también se deja claro tanto el origen de los recursos utilizados para dicho fin, como las particularidades de la obra:

Con recursos allegados por el Departamento y por la Nación, está casi para concluirse, en el vasto terreno con que cuenta el Hospital de Caridad de ésta ciudad, un pabellón para tuberculosos, compuesto de cuatro amplios salones, de capacidad para sesenta enfermos desahogados y aún para ochenta, con anchos corredores, buena luz y aire puro en abundancia, rodeado de predios, donde pueden plantarse árboles y ponerse surtidores de agua.³⁹⁹

Otro aspecto a destacar de dicho informe, es el asocio de esta obra con la terrible condición de infección de tuberculosis presente en la cárcel municipal, para esta tercera década del siglo, los pormenores de esta situación se describirán en el apartado sobre la tuberculosis en la cárcel de Bucaramanga; este tipo de obras como la construcción de pabellones de aislamiento, y dispensarios antituberculosos, estaban sustentados precisamente en el acelerado crecimiento de tísicos en la ciudad, producto de estas condiciones sociales y económicas presentes para la época:

Con un esfuerzo vuestro, con una generosidad que os pagará con creces la gratitud de vuestro hermanos desvalidos y el fallo encomiástico de la posteridad, el pabellón quedará terminado, y allí encontrarán techo, sustento y medicinas, todos los hijos de Santander, especialmente los desgraciados que han contraído la enfermedad dentro de los muros de la Cárcel de hombres de esta ciudad que, a decir de muy distinguidos facultativos, es el más peligroso foco de tuberculosis que hay en el Departamento; imposible de sanear mientras no haya un lugar adecuado para hospitalizar a los enfermos que allí vayan presentándose.⁴⁰⁰

³⁹⁸ SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informes. (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Nro. 4.700-4.701. Tipografía Mercantil. p. 649-650.

³⁹⁹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1919). Imprenta de la Unión Católica. Bucaramanga. p. 5.

⁴⁰⁰ *Ibíd.*, p. 5.

Para este año, en un ejemplar del periódico el *Debate: semanario liberal*, el Síndico General de Beneficencia, describía la situación fiscal y de presupuesto del hospital, para ver los datos generales (ver tabla 1):

En mi carácter de Síndico General de Beneficencia de esta ciudad, cumplo con el deber de informar al público que la situación del Hospital de Caridad es angustiosa pues las entradas mensuales no alcanzan a cubrir los servicios más urgentes del Establecimiento, que tiene a su cuidado más de doscientos enfermos y sobre el cual pesa una deuda alrededor de mil pesos oro. Como en la actual crisis fiscal no es fácil obtener que los tesoros públicos aumenten sus cuotas mensuales para beneficencia, se hace preciso tocar las puertas de esta sociedad que siempre ha sabido corresponder al llamamiento de la caridad.⁴⁰¹

En una crónica sobre el hospital de Bucaramanga para 1919, se escribía:

Pasamos por la sala de San Roque en donde agonizan los tuberculosos con su tos cavernosa y sus esputos de sangre, por los patios donde se calientan al sol las bobas y degeneradas y vimos las camas donde esperan la muerte los paralíticos, los disintéricos, los hidróponicos y muchos más desgraciados, que tienen hambre y frío y que padecen el más horrible de los males...el mal del olvido...⁴⁰²

Desde los acuerdos municipales también se hacían grandes esfuerzos por prestar la adecuada atención a los pacientes afectados por tuberculosis; el acuerdo municipal 19 de 1921, sobre el servicio médico del hospital de caridad de Bucaramanga (San Juan de Dios), estipulaba en su artículo segundo la necesidad de un médico que tratase los problemas de la tuberculosis: “El Concejo elegirá un médico para las salas de hombres y la glorieta de niños, otro para las salas de mujeres y de maternidad, **y un tercero para el pabellón de locos y el de tuberculosos, donde implantará los últimos procedimientos aconsejados contra el terrible mal y contra su propagación.**”⁴⁰³ Y el acuerdo 6 de 1922, que ratifica lo expuesto por este anterior, y le agrega: “los tres médicos atenderán por lo menos tres veces por semana los asilos en este orden: el medico de hombres y

⁴⁰¹ MANTILLA, Arturo. A la sociedad de Bucaramanga. En: El Debate: semanario liberal. Martes 8 de febrero de 1919. Nro. 71. Serie II. p. 1.

⁴⁰² SERPA, Ricardo. Crónica: En el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Sábado 18 de octubre de 1919. Nro. 42. Año I. p. 3.

⁴⁰³ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo No. 19. Artículo 2. (1921). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 1.

niños, el asilo de ancianos; el de mujeres el orfanato de San José; el de locos y tuberculosis, el asilo de niños desamparados.”⁴⁰⁴

En 1921 podemos encontrar la referencia de culminación de la construcción del pabellón para tuberculosos en el hospital, además del origen de los fondos con los cuales se sustentaría su funcionamiento: “El local que sirve para Hospital es amplio y bien construido y se halla dividido en Departamentos. En el presente año se terminaron 10 celdas para locos y un pabellón para tuberculosos. Tanto para la terminación de estas obras como para el sostenimiento de los enfermos suministraron los Tesoros Nacional y Departamental sumas considerables.”⁴⁰⁵ Esta construcción también fue referenciada dos años antes por la prensa local, la cual reconocía la importancia de esta obra⁴⁰⁶.

Para 1925 y 1926, el hospital era expuesto a la comunidad en general, explicando sus labores y exhortando al compromiso con esta institución de salud; el consejo de Bucaramanga por medio del acuerdo número 12 de 1925, consideraba al Hospital San Juan de Dios como:

Un establecimiento público, creado por el Municipio, Subvencionado por éste, como también por los Gobiernos Nacional y Departamental y sostenido en gran parte por la caridad pública; que en obsequio de orden es importante armonizar los esfuerzos, deseos, órdenes y disposiciones de las diversas personas y entidades que intervienen en el manejo de este Establecimiento de caridad e implantar una conveniente economía en su dirección y gobierno.⁴⁰⁷

Dentro del objeto del Hospital, se ponía en clara evidencia en carácter religioso de la institución, y aunque se reconocía que el servicio de salud se le debía prestar a todo las personas desvalidas y en condiciones de pobreza, indiferentemente de su condición religiosa, estas debían respetar las creencias del lugar y de los miembros

⁴⁰⁴ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo No. 06. Artículo 3. (1922). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 1.

⁴⁰⁵ BUCARAMANGA. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informe del Señor Prefecto de Bucaramanga. (1920). Gaceta de Santander. Año LXXII. Nro. 4.942. Imprenta del Departamento. p. 59.

⁴⁰⁶ MANTILLA, Arturo. Casa de mendigos. En: Vanguardia Liberal. Jueves 27 de noviembre de 1919. Nro. 76. Año I. p. 3.

⁴⁰⁷ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo No. 12. (1925). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 1.

allí presentes⁴⁰⁸; por otro lado se prohibía el uso del espacio de los hospital para tratar temas ajenos a la medicina y los valores cristianos de caridad y ayuda, como era el caso de los temas relacionados con la política⁴⁰⁹.

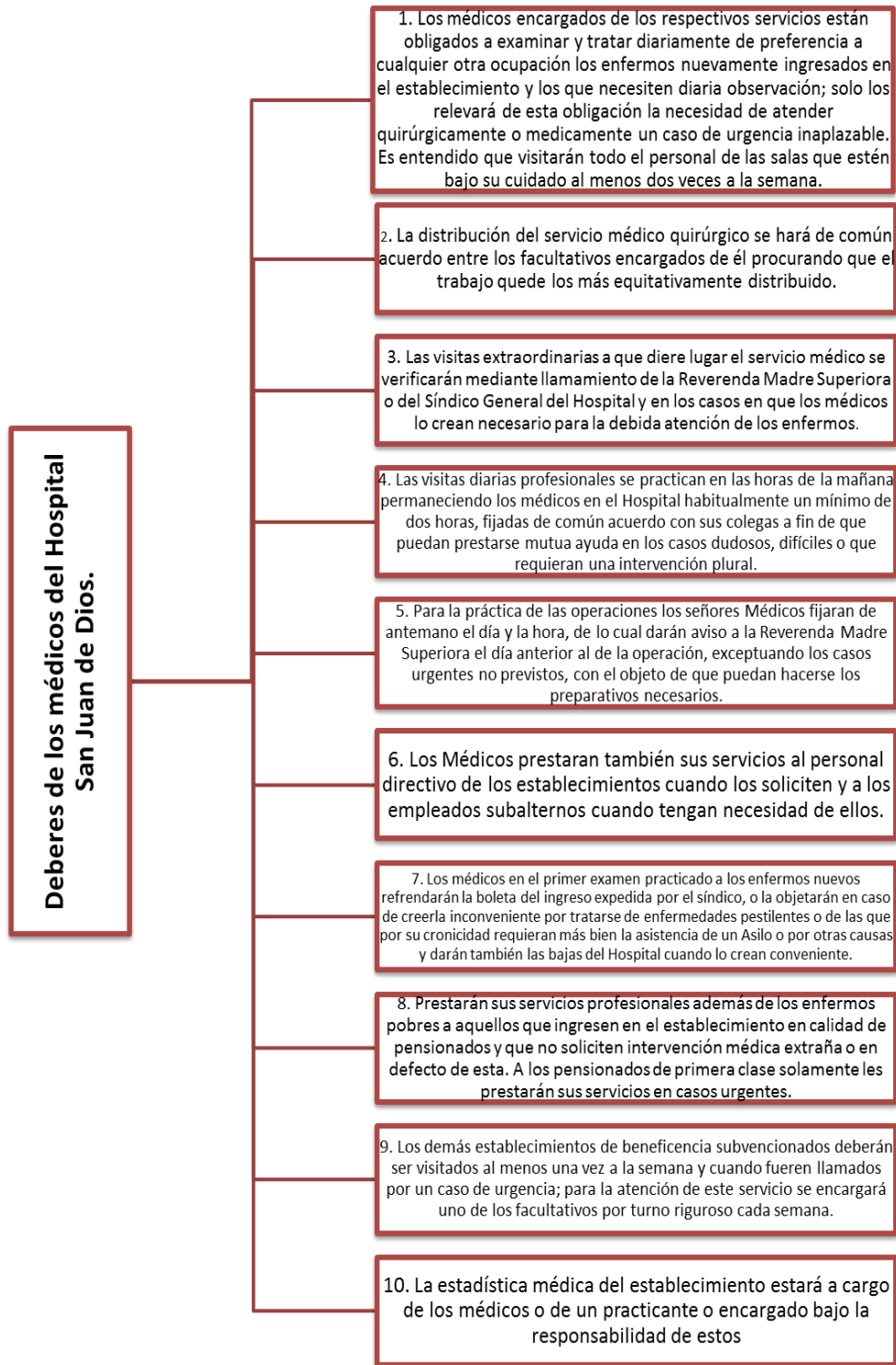
El hospital para 1925 contaba con el siguiente personal: “Una madre superiora y trece hermanas de la Caridad, un Sindico, tres médicos y un Capellán...Nueve enfermeros para las salas de los hombres, nueve enfermeras para las salas de las mujeres, dos porteros, dos mandaderos, un ayudante para la botica, seis lavadoras y cinco cocineras.”⁴¹⁰ Los deberes de los médicos del Hospital San Juan de Dios eran señalados en este acuerdo municipal, y fueron definidos en diez principales, como se evidencia a continuación (Ver figura 2):

⁴⁰⁸ *Ibíd.*, Artículo 2. p. 1.

⁴⁰⁹ *Ibíd.*, Artículo 3. p. 1.

⁴¹⁰ *Ibíd.*, Artículo 4-5. p. 1.

Figura 2. Deberes de los médicos en el Hospital San Juan de Dios



Elaborada a partir de: BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo No. 22. (1926). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. Artículo 10. p. 2-3.

Como se reconocía a lo largo del segundo capítulo, la comunidad médica en Colombia y en el mundo, reconocía la importancia de la creación de dispensarios para el control de las enfermedades; en Bucaramanga por medio del acuerdo 22 de 1926, se ordena la creación de un dispensario para asuntos varios en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios; este Dispensario, se creaba con el fin de atender a enfermos que no necesitarán urgentemente la consulta especial de un médico, lo cual nos puede llevar a pensar que pudo haber sido utilizado por enfermos de tuberculosis; dentro de las razones y funcionamiento de dicho Dispensario se señala:

1. Adjunto o dentro del Hospital de San Juan de Dios funcionara un Dispensario ambulatorio para el tratamiento de afecciones médicas y práctica de operaciones de pequeña cirugía. Este Dispensario estará abierto al servicio del público durante al menos una hora diaria en la mañana y será atendido por uno de los médicos del Hospital, una Hermana y al menos un enfermero. 2. En este Dispensario se atenderá gratuitamente a los enfermos pobres que lo merezcan a juicio del médico. 3. El Dispensario estará atendido por uno de los médicos del Hospital, los cuales deberán desempeñar ante servicio por riguroso turno mensual, y quedan facultados para pedir al síndico la hospitalización de los enfermos que ellos crean conveniente.”⁴¹¹

En 1927, por medio de la ordenanza 62 se crea una beca de radiología, a propósito de la llegada de un aparato de Rayos X, que fue obsequiado al hospital San Juan de Dios de Bucaramanga por el señor don Enrique López; este invento creado por Wilhelm Conrad Rontgen, en 1895, era el mejor método de detección de la enfermedad. Esta nueva adquisición buscaba entre otras cosas: “Que para el buen éxito del diagnóstico de ciertas enfermedades, sobre todo en aquellas que exijan intervención quirúrgica, y, aún para ciertos tratamientos es indispensable el servicio de los Rayos X, de los cual carece en absoluto esta ciudad.”⁴¹² Con la llegada de esta nueva tecnología a la ciudad y al hospital, el tiempo de detección de la

⁴¹¹ *Ibíd.*, Artículo 17. p. 4.

⁴¹² SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 62. Consideración número 2. (1927). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 135.

enfermedad y por consiguiente el de tratamiento del enfermo se acortaría, aplicando lo expuesto por acuerdos de profilaxis de la TBC, como el 33 de 1917⁴¹³.

Este proceso de consolidación de una nueva tecnología médica en el hospital se continuará en 1933, por medio del Acuerdo número 6 del Consejo de Bucaramanga, que autoriza la construcción de una planta de rayos X en el hospital de caridad San Juan de Dios de esta ciudad⁴¹⁴; esta labor ayudó en el tratamiento de enfermedades del sistema óseo, como también a la detección de la tuberculosis. Desde la rama Departamental dicha iniciativa fue apoyada por medio de la Ordenanza número 39 de 1933, que solventaba económicamente la suma de cinco mil pesos, para la construcción de un Laboratorio de Rayos X en el Hospital.⁴¹⁵

Aunque el llamado a la construcción de un dispensario antituberculoso, (baluarte de la lucha contra este mal, como se evidenció desde los planteamientos teóricos expuestos en el segundo capítulo de esta investigación), lo había realizado la Junta Departamental Organizadora de la Lucha Antituberculosa en Santander, en 1917, este gran hito no se dará hasta 1934, con la Ordenanza número 31 de la Asamblea de Santander; que en su artículo primero se señalaba:

Autorízase a la Gobernación del Departamento para establecer en el municipio de Bucaramanga un dispensario antituberculoso a cargo de un médico especializado en tratamiento y profilaxis de la tuberculosis. Dicho dispensario estará dotado del material necesario para el diagnóstico, y tratamiento científico, médico y quirúrgico de la tuberculosis y atenderá además a la divulgación de las enseñanzas tendientes a evitar el contagio de esta enfermedad.⁴¹⁶

⁴¹³ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 15. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 20.

⁴¹⁴ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo No. 6. (1933). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 1.

⁴¹⁵ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 39. Artículo 1. (1933). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 96.

⁴¹⁶ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 31. Artículo 1. (1934). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 52.

Otro flanco de acción propuesto por esta ordenanza se daba en lo relacionado con la creación de otra institución propuesta con anterioridad por la comunidad médica colombiana, y es el de las enfermeras visitadoras:

Anexo al dispensario antituberculoso y dependiente de este funcionará la institución denominada Enfermeras Visitadoras que tendrá como función principal, vigilar la observancia de las disposiciones que sobre profilaxis antituberculosa y divulgación científica sobre higiene y asistencia pública se dicten o hayan dictado las autoridades sanitarias del país y las que de común acuerdo establezcan el médico encargado del dispensario y la Junta antituberculosa.⁴¹⁷

Esta disposición tiene un precedente en el decreto número 905 de 1930:

Por el cual se crea una escuela de enfermeras visitadoras, considera que, para la buena organización de la campaña contra la tuberculosis en el país, es indispensable la formación de enfermeras visitadoras, cuya función especial será la de cuidar los enfermos tuberculosos, vigilando por el cumplimiento de las medidas profilácticas dictadas por las autoridades sanitarias e instruyendo a las familias de los enfermos respecto a las precauciones necesarias para evitar el contagio.⁴¹⁸

Para finalizar sobre el presupuesto destinado para la construcción y puesta en marcha de este proyecto, la ordenanza estipulaba: “Aprópiense en el Presupuesto de la próxima vigencia la suma de cincuenta mil pesos para la organización del dispensario y pago del personal de empleados que presten en él sus servicios.”⁴¹⁹ Sobre el presupuesto general del hospital el consejo municipal destinaba una suma anual (Ver tabla 2).

Ya para 1938, por medio del decreto 2326, en el cual se dictan algunas disposiciones relativas a la obligación legal que tienen los hospitales generales de colaborar en la campaña antituberculosa nacional y de la disposición frente a la capacidad de hospitalización de enfermos afectados por esta enfermedad; el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga fue designado de la siguiente forma: “Hasta nueva disposición, los hospitales de las capitales de Departamento e

⁴¹⁷ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 31. Artículo 3. (1934). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 53.

⁴¹⁸ Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 6.

⁴¹⁹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 31. Artículo 4. (1934). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 53.

Intendencia que reciban auxilio nacional deberán sostener servicios hospitalarios de tuberculosis, cuyo supo mínimo será el siguiente:...Hospital de San Juan de Dios, de Bucaramanga...40 camas.”⁴²⁰

Tabla 2. Auxilio Municipal al Hospital de Caridad San Juan de Dios de Bucaramanga

AÑO	VALOR (PESOS)
1916	3.960
1917	3.960
1918	3.960
1919	3.600
1920	3.720
1921	3.960
1922	4.800
1923	4.800
1924	4.800
1925	4.800
1926	4.800
1927	4.800
1928	4.800
1933	4.800
1934	4.800
1935	4.800
1936	4.800

Elaborada a partir de: Acuerdos Municipales del Consejo de Bucaramanga.

Con esto se da por concluido el papel de hospital, sus modificaciones en pro de la lucha contra el mal blanco, y el compromiso estatal y del gobierno departamental y local para con este; para así darle paso a las instituciones veladoras de la higiene

⁴²⁰ COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto No. 2316. Artículo 8. (1938). Por el cual se dictan algunas disposiciones relativas a la obligación legal que tienen los hospitales generales de colaborar en la campaña antituberculosa nacional. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 47.

pública y las juntas organizadoras de la lucha antituberculosa en la nación, el departamento y la ciudad de Bucaramanga.

3.3 INSTITUCIONES Y JUNTAS EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Son diversas las iniciativas institucionales gestadas entre el asocio del Estado y la comunidad médica colombiana a lo largo del siglo XX, que buscaban generar y organizar la lucha contra las enfermedades de la Nación y propiciar la salubridad del territorio y la población.

Direcciones de Higiene, Juntas de lucha contra las enfermedades, Consejos de sanidad, entre otros grupos reguladores y organizacionales, se crearon y funcionaron a lo largo de todo el siglo XIX y XX, y arrojaron resultados gratificantes en el mejoramiento de las condiciones higiénicas y salubres del país y de las poblaciones. Algunas de las producciones científicas de estas Juntas fueron estudiadas en los dos primeros apartados del capítulo segundo de esta investigación, arrojando como resultado algunos postulados sobre la lucha contra la tuberculosis en Colombia.

En lo relacionado puntualmente con la lucha contra la tuberculosis, cabe reconocer que estas entidades estaban facultadas para dictaminar medidas, llevar un control de la profilaxis, y tomar las acciones correctivas o penalizadoras de los comportamientos sociales que propiciaran el apareamiento de nuevos casos de tuberculosis en sus diferentes manifestaciones.

Por medio de la Ley 66 de 1916, gran hito de la lucha en contra de la tuberculosis en Colombia; se reconocía como únicas autoridades sanitarias de la República a la Junta Central de Higiene, las Juntas Nacional, Departamentales y Municipales para la lucha contra la Tuberculosis; los inspectores de sanidad de puerto; los directores

departamentales de higiene; los médicos de sanidad de puertos, y las comisiones sanitarias accidentales.⁴²¹

3.3.1 Instituciones Nacionales: El Consejo Superior de Sanidad, la Junta Central de Higiene y La Dirección Nacional de Higiene. Desde 1913, por medio de la Ley 33, se reconocía la importancia de las instituciones como veladoras de la higiene pública y el control de las enfermedades epidémicas y endémicas de la nación.

Una de las importantes instituciones de las primeras décadas del siglo XX en la lucha contra estas enfermedades y el control de la salubridad nacional, fue el Consejo Superior de Sanidad el cual tenía entre sus múltiples atribuciones, la de:

Las precauciones que deben tomarse para prevenir y combatir las enfermedades endémicas y epidémicas, ya en los hombres, ya en los animales; indicar las medidas que sean más eficientes para mejorar las condiciones de salubridad de las poblaciones industriales y agrícolas; reglamentar higiénicamente el régimen interior de las escuelas, colegios, talleres, hospitales, hospicios, asilos, manicomios, casas de mendigos, casas de beneficencia, teatros, cuarteles; y en fin, todos los establecimientos públicos de cualquier naturaleza que sean, en donde para prevenir y detener el desarrollo y propagación de las enfermedades, deba hacerse sentir la acción benéfica de la higiene.⁴²²

El Consejo Superior de Sanidad jugó un papel importante en la lucha contra las enfermedades epidémicas y endémicas en Colombia; como organismo de control dictó medidas preventivas y correctoras orientadas a poblaciones que se veían afectadas por dichas enfermedades, entre ellas la misma tuberculosis:

Para hacerse más práctica y eficaz la lucha contra la anemia tropical, la fiebre amarilla, el paludismo, la tuberculosis y la lepra, y prestar a la humanidad más útilmente su curso científico, el Consejo Superior de Sanidad ordenará que en las comarcas azotadas por cualquiera de los flagelos arriba enumerados, se dicten conferencias mensuales por Comisiones Sanitarias nombradas con ese objeto; y se haga cuanto sea posible para

⁴²¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 11. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 132.

⁴²² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 33. Artículo 11. (18, octubre, 1913). Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 121.

vulgarizar el conocimiento y aplicación de los medios profilácticos y curativos que la medicina emplea hoy para prevenir y curar dichas enfermedades.⁴²³

La Junta Central de higiene, creada a finales del siglo XIX⁴²⁴, también era reconocida por el Estado como el organismo más facultado para ejercer las medidas de control en lo relacionado con la lucha antituberculosa en Colombia: “la junta central de higiene procederá a reglamentar el servicio de profilaxis y de policía necesaria para que sean especialmente vigiladas las personas cuya conducta o manera de vivir dieran lugar a la propagación de enfermedades virulentas o contagiosas.”⁴²⁵

Para la tercera década del siglo XX, la autoridad competente y dictaminadora de las medidas en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, era la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, como queda señalado en el artículo 37 de la Ley 15 de 1925⁴²⁶.

Esta institución que anteriormente era llamada Dirección Nacional de Higiene, pasa a ser dependencia del Ministerio de Instrucción y Salubridad; en la Ley 15 de 1925 se señalan también las secciones de las cuales deben hacerse cargo esta institución, y se dividen en dos grupos: el primero, de Higiene general y administrativa; y el segundo de Asistencia pública nacional. Sobre el primero se dicta hacerse cargo de:

a) Reglamentación de la higiene urbana y rural. b) Provisión de aguas potables, alcantarillado, desagües, etc. c) Inspección de las sustancias alimenticias, de la drogas y demás medicinas; reglamentación de la producción y del expendio de bebidas especialmente de las fermentadas, alcohólicas y destiladas. d) Sanidad y policía sanitaria. e) Higiene escolar. f) Estadística demográfica y nosográfica de la República. g) Laboratorios oficiales, e inspección de los laboratorios biológicos en general. h) Reglamentación de los servicios

⁴²³ *Ibíd.*, Artículo 13. p. 122.

⁴²⁴ QUEVEDO, Emilio. Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III, Hacia una profesión liberal 1865-1918. Op. Cit., p. 146.

⁴²⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 8. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 131-132.

⁴²⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 15. Artículo 37. (31, enero, 1925). Sobre higiene social y asistencia pública. Recopilación Leyes de Colombia. p. 30.

de vacunación. **i) Profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y campaña contra las epidemias.** j) Reglamentación de los servicios de vacunación.⁴²⁷

Sobre el segundo grupo:

a) Inspección de hospitales, asilos, hospicios, orfanatos, gotas de leche, sala-cunas, consultorios gratuitos, dispensarios, casas de salud y demás establecimientos de estas clases, sean oficiales o particulares. b) Protección de la infancia y servicios relacionados con ella. **c) Habitaciones para obreros y para las clases pobres.** d) Vacunaciones diversas. e) Inspección técnica de higiene (servicio sanitario de las habitaciones, casillero sanitario, desinfecciones, etc.) f) Inspección médica de las escuelas y colegios tanto públicos como privados. g) Inspección de las fábricas.⁴²⁸

Se puede evidenciar como entre las atribuciones de esta Dirección estaban las relacionadas con la profilaxis y las campañas en contra de enfermedades como la tuberculosis, además de control de las condiciones higiénicas de espacios de vivienda de sectores poblacionales de mayor incidencia a contraer el mal blanco, como lo son los obreros y las clases pobres.

Ya para 1931, se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, y se señalan las obligaciones de este, entre las que se destaca a efectos de la lucha antituberculosa y de las enfermedades infectocontagiosas:

El Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública queda ampliamente facultado para dictar las medidas conducentes a impedir la propagación de las enfermedades infectocontagiosas y para asegurar la salubridad pública. En consecuencia, las autoridades deben cumplir las disposiciones que se dicten para combatir y prevenir la fiebre amarilla, la peste bubónica, el cólera asiático, el tifo exantemático y demás enfermedades que puedan tomar el carácter de epidemia.⁴²⁹

Por medio del Decreto 325 de 1932, el Director y Administrador general de higiene hacían unas consideraciones sobre la tuberculosis en Colombia:

1. Que la lucha contra la tuberculosis es una de las necesidades primordiales de la salubridad nacional; 2. Que disposiciones vigentes de carácter imperativo le imponen a este Departamento la obligación de propender por todos los medios a su alcance a combatir aquella enfermedad y evitar su propagación; 3. Que el Gobierno Nacional tiene especial empeño en poner esta campaña bajo la dirección de una autoridad científica en la materia, que extienda su radio de acción por todo el territorio de la República, vinculándose a las instituciones ya fundadas para luchas contra la tuberculosis y propender porque éstas

⁴²⁷ *Ibíd.*, Artículo 1. p. 25.

⁴²⁸ *Ibíd.*, Artículo 1. p. 25.

⁴²⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1. Artículo 3. (05, enero, 1931). Por la cual se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Recopilación Leyes de Colombia. p. 5.

prosperen y se funden otras y; 4. Que, según el artículo 5 de la Ley 66 de 1916, en los hospitales y cárceles nacionales, departamentales y municipales deben establecerse departamentos especiales para el aislamiento de los tuberculosos, y los auxilios dados por la Nación a los hospitales y casa de beneficencia deben destinarse preferentemente al aislamiento de tales enfermos y demás medidas profilácticas contra la tuberculosis.⁴³⁰

Este decreto también reconocía que dentro de la Sección de lucha contra la tuberculosis del Departamento Nacional de Higiene, la autoridad mayor recaía en el Médico Director; el cual tenía las siguientes funciones:

a) Organizar la Sección y dictar el reglamento interno de ella, que será sometido a la revisión del Departamento Nacional de Higiene. b) Ponerse en constante comunicación con los médicos departamentales y las autoridades del país, a fin de que se cumplan estrictamente las disposiciones vigentes sobre lucha antituberculosa. c) Levantar la estadística de las instituciones de esta índole que obligaciones que la ley impone. d) Fomentar por todos los medios la lucha antituberculosa en el país, dando instrucciones para su eficacia, tanto a los empleados oficiales como al público en general, por medio de circulares, publicaciones periódicas, boletines, etc., y vulgarizando la aplicación de los métodos más nuevos y convenientes de profilaxis y curación. e) Instruir científicamente a las enfermeras a su cargo, reglamentar sus trabajos y determinar los itinerarios y épocas de sus visitas a las distintas ciudades del país. f) Prestar los servicios de profesor en el ramo de su especialidad a las dependencias que determine el Departamento Nacional de Higiene. g) Atender con el médico ayudante al tratamiento de los enfermos que se presenten a la Sección.⁴³¹

Contextualizando en el espectro regional, en un informe de 1919 presentado por el Secretario de Gobierno de Santander sobre el impacto de estas juntas, se hace un llamado de atención a la preocupación frente a la indiferencia de los gobiernos locales a apoyar las iniciativas higiénicas de la Junta Central y Departamental de Higiene, y como esto propicia el desenfreo de enfermedades en el departamento:

No obstante la propaganda de la Junta Central de Higiene hace, y que es secundada muy hábil y activamente por el señor Director de Higiene, doctor Alejandro Peña Solano, en el Departamento no hay todavía el interés que debe despertar en los habitantes este servicio. Muchas Municipalidades oponen trabas, al expedir sus presupuestos, para votar las partidas necesarias; en otros, se aplican los fondos a obras públicas no muy relacionadas con la higiene y en todos se nota gran indiferencia. A las autoridades que procuran higienizar las poblaciones se les hace ruda oposición, y entre tanto la tuberculosis en sus diferentes formas, la viruela, la disentería y la gripe hacen estragos formidables. Circulares vienen,

⁴³⁰ COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto No. 325. (1932). Por el cual se aprueba una Resolución del Director Técnico y el Administrador del Departamento Nacional de Higiene. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 31.

⁴³¹ *Ibíd.*, p. 32.

circulares van m sobre medidas de higiene y todas ellas inútilmente, porque los pueblos son indolentes para asear y ventilar las habitaciones;⁴³²

En Santander para 1923, por medio de la Ordenanza 2, se crea una Junta asesora de la Dirección Departamental de Higiene, compuesta por tres médicos, fue concebida para: “atender el saneamiento y a la lucha contra las epidemias actualmente reinante en esta ciudad y en algunas otras poblaciones del Departamento.”⁴³³

En el caso de las instituciones veladoras de la salubridad pública en el Departamento, se debe señalar que por medio de la Ordenanza 33 de 1936 expedida por la asamblea de Santander, La Dirección Departamental de Higiene pasa a llamarse Dirección departamental de Higiene y asistencia pública de Santander⁴³⁴, La cual será el organismo de control de la higiene en el departamento como era el caso de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública para toda la Nación.

El Director departamental de higiene tiene una serie de atribuciones, entre las cuales destacamos a efectos de la lucha contra las enfermedades como la tuberculosis:

a) Adoptar las medidas sanitarias que sean necesarias cuando existan amenazas de enfermedades contagiosas o en época de epidemia. b) Verificar el control de Higiene en los Hospitales, Asilos, Horfelinatos y demás instituciones de utilidad común, así como en cuarteles, cárceles, hoteles, pensiones, casas particulares, basureros, etc., dictando las disposiciones conducentes a fin de evitar la propagación de las enfermedades...d) Difundir por los medios que estén a su alcance medidas profilácticas que impidan el desarrollo de enfermedades contagiosas y todas las demás nociones de higiene pública y privada, tendientes a obtener la vigorización de la raza y de la protección infantil...e) Investigar y legajar convenientemente los datos estadísticos sobre morbilidad y mortalidad general, especificando además lo relativo a las enfermedades transmisibles y particularmente lo relativo a mortalidad infantil...m) Estudiar preferentemente la manera como se adelantan en el Departamento las campañas antileprosa, antituberculosa, antiplánica, antianémica y

⁴³² SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informes (1919). Imprenta Católica. Bucaramanga. p. 4.

⁴³³ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 2. Artículo 1. (1923). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 2.

⁴³⁴ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 33. Artículo 1. (1936). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 65.

antipalúdica, y presentar al Gobierno Seccional un plan de intensificación de estas campañas.⁴³⁵

Estas organizaciones propiciarán el terreno para la aparición de Juntas especializadas en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y los males de carácter social; claro ejemplo de ello, es la materialización de la Ley 66 de 1916, que creaba las Juntas Organizadoras de Lucha Antituberculosa.

3.3.2 Junta Nacional y Departamental de Lucha Antituberculosa. En el presente apartado se le dará desarrollo al objetivo de describir la postura de las agremiaciones y profesionales médicos de Bucaramanga, que estudiaron las características de la tuberculosis pulmonar, y emplearon métodos y tratamientos para mitigar los estragos de esta enfermedad. Esto se hará a partir de los planteamientos de la principal organización de lucha contra la tuberculosis, la Junta Departamental Antituberculosa. Tomando como referencia lo expuesto en las normas Nacionales y Departamentales.

Las Juntas de lucha contra las enfermedades en Colombia, podría decirse que nacen como plan de contingencia y de acción frente al surgimiento de enfermedades contagiosas y epidémicas en las poblaciones⁴³⁶. En este orden de ideas un gran precedente de las Juntas de lucha antituberculosa en Colombia, que se podría identificar, es el expreso en el código de policía de 1913.

En caso del desarrollo de una enfermedad epidémica o altamente contagiosa, el código de policía señalaba: “Cuando ataque o amenace a un población cualquier epidemia grave, se reunirá la Junta de Sanidad para acordar todas la medidas convenientes a fin de contener la propagación del mal y para facilitar todos los auxilios posibles a las personas atacadas por él.”⁴³⁷ Dichas Juntas con el tiempo

⁴³⁵ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 33. Artículo 4. (1936). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 65-67.

⁴³⁶ MORALES, Elquin. Op. Cit., p. 84.

⁴³⁷ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44 (1913). Código de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo II: Epidemias, contagios e infecciones. Art. 392. p. 316.

configurarán las Juntas especializadas de lucha contra determinada enfermedad, como será el caso de la Junta Departamental Organizadora de la Lucha Antituberculosa, que será la de mayor incidencia a afectos de esta investigación.

Estas Juntas de sanidad debían consolidarse en todas las ciudades, pueblos, villas o aldeas del departamento, y en caso de imposibilitarse llevarlas a cabo, el consejo municipal de la población haría la veces de esta Junta y tomaría las determinaciones pertinentes para la lucha contra las enfermedades y la velación de la salubridad pública⁴³⁸.

El primer gran hito de la lucha contra la tuberculosis desde el campo legislativo nacional colombiano, y desde la institucionalidad, fue la expedición de la Ley 66 de 1916, por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis; por medio de esta ley se crearon las siguientes juntas siendo la de mayor escala:

a) Una Junta Nacional, en la capital de la Republica, compuesta del Ministro de Gobierno, que la presidirá; del Presidente de la Junta Central de Higiene, del Rector de la Facultad de Medicina, del Presidente de la Junta General de Beneficencia y del Inspector Técnico del Hospital de San Juan de Dios. Esta Junta tendrá un Secretario, que en todo caso será un médico graduado, a quien la Junta podrá nombrar o remover libremente.⁴³⁹

En una escala menor, se encontraba la Junta departamental, radicada y compuesta de la siguiente forma: “en cada una de las capitales de Departamento, compuesta del Gobernador, quien la presidirá; el Director Departamental de Higiene, y un médico graduado, de reconocida competencia, nombrado por la Junta Nacional. Actuarán como Secretarios de estas Juntas los Secretarios de Gobierno de los respectivos departamentos.”⁴⁴⁰ Y La Junta Local o Junta Municipal, radicada y compuesta así: “en cada distrito, formada por el Alcalde, quien presidirá; el Personero Municipal, y el Médico Sanitario del Municipio, donde lo hubiere, o una

⁴³⁸ *Ibíd.*, Art. 393. p. 316.

⁴³⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 1. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 129-130.

⁴⁴⁰ *Ibíd.*, p. 130.

persona idónea nombrada por la Junta Departamental. Actuarán como Secretarios los Secretarios de las respectivas alcaldías.”⁴⁴¹

Aparte de llevar un control de la enfermedad y de la instauración de medidas expedidas por las direcciones y Juntas nacionales, la Junta Municipal cumpliría otras funciones de carácter informativo y estadístico; esta ley proponía llevar un control estadístico regional de la enfermedad de la siguiente forma:

En todas las Alcaldías de la República se llevará un libro de estadística nosográfica, en el cual conste el diagnóstico de la enfermedad que ha causado la defunción, clasificado conforme la nomenclatura de Bertillon. A efecto de que la mencionada estadística sea estrictamente llevada, será requisito indispensable para la inhumación de cadáveres el permiso escrito del respectivo Alcalde o Corregidor, y éstos no otorgarán tal permiso mientras no se les presente certificación médica de la causa determinante de la defunción.⁴⁴²

Esta medida se tomaba principalmente, para evitar el contagio de las enfermedades infecciosas o virales, que causaron la muerte del cuerpo que se pretendía exhumar.

La Junta Departamental Organizadora de Lucha Antituberculosa en Santander, creada por la anteriormente referenciada Ley, se instala en la Ciudad de Bucaramanga, el 7 de Mayo de 1917. Este acto se efectuó en el despacho de la Gobernación de Santander y estuvo precedido por lo señores: “Gobernador, doctor Ernesto Valderrama O., Director Departamental de Higiene, doctor Alejandro Peña Solano; doctor Enrique Sánchez, nombrado por el Gobierno Nacional, según telegrama del señor Ministro de Gobierno, número 27 de 16 de abril último, y debidamente posesionado ante la Gobernación; y el suscrito Secretario de Gobierno.”⁴⁴³ Como acto inaugural se dio:

Lectura a un telegrama del Ministro de Gobierno, distinguido con el número 43, de fecha 24 de abril próximo pasado, por medio del cual encarece al Gobernador, el señor Ministro, que instale la *Junta* y que ésta señale el día y horas para sus sesiones ordinarias semanales, nombre médicos o personas idóneas con sus respectivos suplentes para que integren las Juntas municipales y dicte a éstas las demás disposiciones que previene la citada Ley.

⁴⁴¹ *Ibíd.*, p. 130.

⁴⁴² *Ibíd.*, Artículo 9. p. 132.

⁴⁴³ SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informes. Gaceta de Santander. Año LXVIII. Nro. 4.696. Tipografía Mercantil. 1917. p. 609.

Anuncia asimismo el señor Ministro el envío postal de una Circular detallada y el Reglamento que debe observar esta Corporación.⁴⁴⁴

Esta primera reunión de la Junta Departamental Organizadora de la Lucha Antituberculosa, arrojó como resultado:

1. Fijar los días lunes, a las 2 de la tarde, para que verifiquen sus sesiones ordinarias; 2. Que en la próxima sesión se harán los nombramientos de miembros de las Juntas municipales, para lo cual se tendrán en cuenta los datos ofrecidos por el señor Director departamental de Higiene y los demás que tenga la Gobernación; y 3. Dar cuenta al señor Ministro de Gobierno de la instalación.⁴⁴⁵

Continuando con su ejercicio la Junta Departamental de Lucha Antituberculosa, se reunió por segunda vez el 14 de mayo de 1917 con la presencia de todos sus miembros; en este encuentro se dictaron una serie de disposiciones, sobre la necesidad de buscar candidatos para conformar las Juntas Municipales de Lucha Antituberculosa se señaló: “Pedir a los señores Prefectos provinciales, por telégrafo, candidatos para miembros de las Juntas municipales así: donde haya médicos graduados, escogiendo los que mayor interés manifiesten por la lucha antituberculosa; y donde se carezca de médicos graduados, indicando los nombres de las personas idóneas por sus conocimientos, aficiones, carácter etc. etc.”⁴⁴⁶

Esta Junta también debía cumplir con la supervisión de las obras que estuviesen en construcción en los municipios del Departamento, encaminadas a la lucha y prevención de la tuberculosis; en la ciudad de Bucaramanga se adelantaba la construcción de un Pabellón para tuberculosos, en las instalaciones del Hospital de caridad San Juan de Dios; al respecto, de esta segunda reunión se dictó:

Practicar al día siguiente a las diez de la mañana, una visita de inspección a la obra del Pabellón para tuberculosos que se construye en el Hospital San Juan de Dios, con el fin de que los señores médicos que forman parte de la Junta hagan sus observaciones oculares y propongan luego a la Corporación las indicaciones que deban hacerse al señor Administrador de la construcción sobre mejoras o correcciones necesarias para el mejor

⁴⁴⁴ *Ibíd.*, p. 609

⁴⁴⁵ *Ibíd.*, p. 609

⁴⁴⁶ SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informes. Gaceta de Santander. Año LXVIII. Nro. 4.700-4.701. Tipografía Mercantil. 1917. p. 649-650.

servicio del Pabellón. Se dará aviso, por el Secretario, al señor Administrador, don Cristóbal Uribe, para que se sirva asistir a la inspección.⁴⁴⁷

Otra tarea que era menester de la Junta, era publicitar o en su debido caso realizar una serie de medidas para la lucha contra la tuberculosis en el departamento y las ciudades; ante el incumplimiento del envío del reglamento de la Junta Central de Lucha Antituberculosa, este ente departamental decidió:

Como el Presidente informará que aún no ha llegado el Reglamento de la Junta, ofrecido por el señor Ministro de Gobierno, fueron comisionados los señores Peña Solano y Sánchez, para elaborar un pliego de instrucciones y consejos para los habitantes del Departamento, en relación con las medidas que deben tomarse por todos contra el contagio de la tuberculosis, pliego que, aprobado por la Junta, debe publicarse en una hoja volante y en los periódicos oficiales, a fin de hacer completa la vulgarización de tan importante materia.⁴⁴⁸

Para el 22 de noviembre de 1918, el Gobernador de Santander como presidente de la Junta Departamental organizadora de la lucha antituberculosa, por medio de una circular de la Secretaria de Gobierno exhorta al alcalde de la ciudad de Bucaramanga a acatar como presidente de la Junta municipal de lucha contra este mal, lo expuesto en la circular número 84 del Ministerio de Gobierno, la cual dicta:

Urge darle nuevo impulso a Juntas lucha antituberculosa, procurar reunirlos días feriados, cumplir reglamentos y observar los consejos y disposiciones contenidas en circulares de fecha doce de mayo del pasado año y veintiocho de febrero del presente. Ruégoles especialmente recabar Alcaldes envío mensual de dato del número de tuberculosos existentes en el respectivo Municipio y del número de defunciones causadas por esta afección.⁴⁴⁹

La Junta Departamental siguió vigente hasta la cuarta década del siglo XX, en una ordenanza de 1934 se puede ver parte de las funciones designadas para dicha institución:

La Junta antituberculosa creada de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 112 de 1919, organizará de acuerdo con el médico director del dispensario antituberculoso la campaña contra este flagelo y buscará la manera de obtener que la municipalidad de Bucaramanga suministre local donde funcione el dispensario, de preferencia en el edificio del hospital de

⁴⁴⁷ *Ibíd.*, p. 649-650.

⁴⁴⁸ *Ibíd.*, p. 649-650.

⁴⁴⁹ SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Circular No 2.060. (1918). Gaceta de Santander. Año LXIX. Número 4.816. Tipografía Mercantil. p. 537.

caridad, de manera de poder utilizar en sus servicios el gabinete de Rayos X de que tratan las Ordenanzas números 13 y 39 de 1933.⁴⁵⁰

Retomando lo expreso en la Ley 66 de 1916, se señalaba en esta la autorización de la participación de médicos graduados, en las reuniones de estas juntas; esto en la medida en buscar el beneficio y aporte de toda la comunidad médica en la lucha contra este mal⁴⁵¹.

La Junta Nacional Organizadora de Lucha Antituberculosa tendría las siguientes funciones:

a) La de dictar sus propios reglamentos, los de las juntas departamentales y los de la juntas municipales. b) La de organizar de la manera más conveniente y científica la lucha contra la tuberculosis en el país. c) La de hacer que las juntas departamentales y municipales se ciñan a los reglamentos correspondientes y cumplan rigurosamente las disposiciones que la junta nacional dicte con el propósito de contener la marcha invasora de la tuberculosis en el país. d) La de vulgarizar, por cuantos medios estén a su alcance, como publicaciones, conferencias, etc., etc., los conocimientos acerca de la naturaleza de la enfermedad, de los peligros que ella envuelve para la raza misma y los medios a que debe recurrirse para evitar el contagio. e) La de apremiar por medio de multas a los miembros de las juntas departamentales que descuiden el cumplimiento de sus funciones. f) La de formar la estadística relativa a la enfermedad, teniendo para ello en cuenta los datos que reciban de las juntas departamentales. g) La de resolver las consultas que le hagan las juntas departamentales. h) Rendir anualmente al congreso un informe relativo a la marcha de sus trabajos.⁴⁵²

En 1919 se marca un retroceso en la lucha contra la tuberculosis en Colombia; la Ley 112 en su artículo primero dicta: “Suprímense la Junta Nacional para la lucha contra la tuberculosis, creada por el artículo 1º de la ley 66 de 1916 y la Comisión permanente creada por los artículos 1º y 2º de la Ley 22 de 1911 para poner en práctica las medidas contra la anemia tropical.”⁴⁵³ Con lo anterior, las funciones de la Junta Nacional Organizadora de la lucha contra la tuberculosis, pasan a ser

⁴⁵⁰ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 31. Artículo 2. (1934). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 52-53.

⁴⁵¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 1. Parágrafo. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 130

⁴⁵² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 2. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 130-131.

⁴⁵³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 112. Artículo 1. (22, diciembre, 1919). Por la cual se reforman las Leyes 66 de 1916, 22 de 1911, 84 de 1914 y 32 de 1918. p. 511.

responsabilidad de la Dirección Nacional de Higiene⁴⁵⁴; con lo cual se puede presumir, que el proceso de lucha contra este mal, se vio frenado en los años posteriores.

En lo relacionado con las ya creadas Juntas Departamentales Organizadoras de la lucha contra la tuberculosis, estas también sufren cambios con la derogación de la ley 66 de 1916:

Las Juntas Departamentales organizadoras de la lucha contra la tuberculosis, creadas por la mencionada Ley 66 de 1916, quedan formadas por uno de los secretarios de la respectiva Gobernación, del Director Departamental de Higiene y de un médico graduado, nombrado por el Gobernador del Departamento, y que tendrá como honorarios cinco pesos por cada sesión a que concurra. Funcionará como secretario el Oficial Escribiente de la Dirección Departamental de Higiene.⁴⁵⁵

Las Direcciones, Juntas y todas las instituciones nacionales, regionales o locales dictaron medidas para la prevención y el control de las enfermedades contagiosas entre ellas la tuberculosis pulmonar; también fueron las cabezas de las campañas en contra del mal blanco y buscaron abordar todas las esferas sociales, económicas y sanitarias que propiciaran el surgimiento y fortalecimiento de esta enfermedad en la Nación. Los resultados de estas medidas podrán ser analizarlos en el siguiente apartado sobre las medidas dictadas desde las esferas legislativas más altas del país hasta las pequeñas organizaciones locales que se preocuparon por controlar este terrible mal de alarmantes cifras de mortalidad y morbilidad en la primera mitad del siglo XX.

3.4 MEDIDAS PROFILÁCTICAS Y CAMPAÑAS EN CONTRA DE LA TUBERCULOSIS

Desde finales del siglo XIX en Colombia, médicos e investigadores de las enfermedades contagiosas y epidémicas como es el caso de la tuberculosis, venían

⁴⁵⁴ *Ibíd.*, Artículo 2. p. 511.

⁴⁵⁵ *Ibíd.*, Artículo 3. p. 511-512.

señalando la necesidad de aislar a los pacientes infectados de este mal; además del aislamiento en pabellones destinados exclusivamente para estos casos, estos escenarios serían propicios para darles un tratamiento especial a los enfermos en las diferentes etapas de la enfermedad. La legislación colombiana no estuvo ajena a esta determinación.

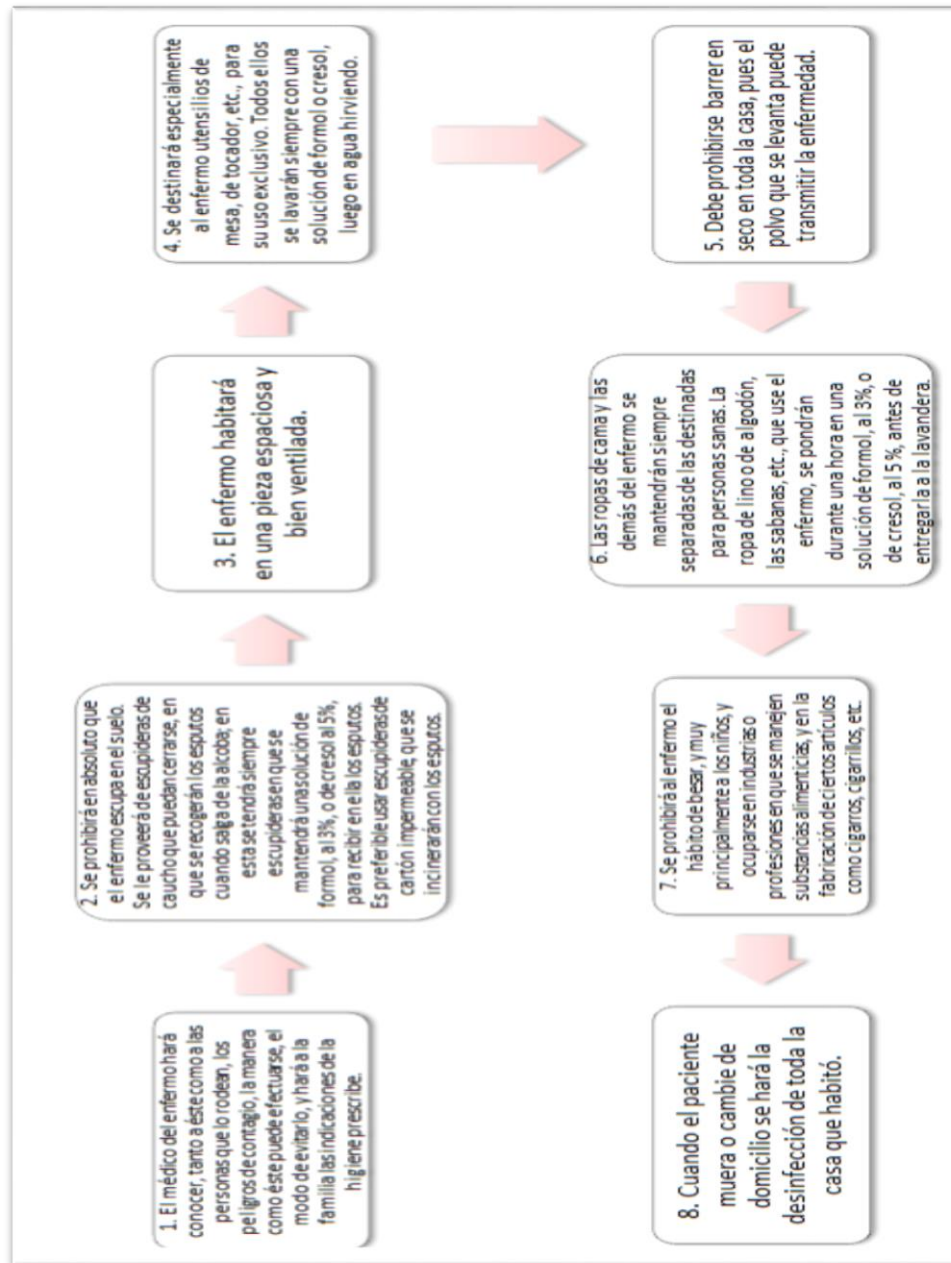
Uno de los primeros pasos para la consolidación de la lucha contra la tuberculosis se da con el Acuerdo No 22 de 1896, “sobre aislamiento de los enfermos atacados de tuberculosis que se hallan en cuarteles o prisiones, tema de palpitante y trascendental actualidad, representa una laudable iniciativa del higienista y del legislador, quienes con ella dieron el primer paso hacia lo que actualmente constituye una de las principales realizaciones del Gobierno presente en tan importante medida.”⁴⁵⁶

En 1913, se expide una resolución para las medidas profilácticas de la tuberculosis, como lo señala en un informe el Ministerio de trabajo, higiene y previsión social: “La Resolución del 3 de diciembre de 1913, sobre medidas profilácticas relativas a algunas enfermedades infecciosas y dictada por la entonces Junta Central de Higiene, contempla, en el capítulo especial consagrado a la tuberculosis, normas profilácticas de tanto interés que son hoy todavía bases esenciales de nuestro programa de lucha antituberculosa nacional.”⁴⁵⁷ Las medidas profilácticas dispuestas por esta resolución planteaban el que hacer con el enfermo y con su entorno en 8 pasos (ver figura 3):

⁴⁵⁶ Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 3-4.

⁴⁵⁷ *Ibíd.*, p. 4.

Figura 3. Medidas profilácticas de la tuberculosis.



Elaborada a partir de: COLOMBIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE. Resolución. (3, diciembre, 1913). Sobre medidas profilácticas relativas a algunas enfermedades infecciosas. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 12-13.

Una última aproximación a la lucha contra la tuberculosis, antes de la ley 66 de 1916 fue la gestada en el artículo 9º de la Ley 84 de 1914; en donde se “asignaba a la nación la responsabilidad de emprender la campaña contra las enfermedades infecciosas, haciendo los gastos necesarios. Esta ley parece asimilar la tuberculosis a ese género de enfermedades a causa del gran polimorfismo que adopta a veces en su afán de destruir la humanidad.”⁴⁵⁸

Otro gran avance gestado después de la institucionalización de la lucha contra la tuberculosis dada con la ley 66 de 1916, es el acuerdo 33 de 1917; sobre este el Ministerio de trabajo, higiene y previsión social escribió:

El acuerdo número 33 de 1917, sobre la profilaxis de la tuberculosis, fija las normas de conducta que ha de seguir el médico a cuyo cargo esté el tratamiento de tuberculosos, dando las indicaciones precisas sobre las condiciones higiénicas que deben llenar las habitaciones de éstos, la manera de desinfectar sus esputos, sus ropas, vajillas, etc., los consejos que deben darse para evitar el contagio en los hijos de los tuberculosos y sus familiares. Este acuerdo prevé el certificado de sanidad en escuelas, colegios, hoteles y establecimientos de expendio, a fin de que a estos lugares no ingresen enfermos o se encuentren solo individuos sanos. En su artículo 2º ordena a los médicos de sanidad de los puertos, no se admita, al país, el desembarco de inmigrantes tuberculosos. Las ayas o nodrizas no podrán desempeñar el oficio de tales si no poseen un certificado en que conste que se hallan indemnes de tuberculosis. Este acuerdo ordena una propaganda sencilla, hecha por medio de leyendas y afiches que serán fijados en lugares visibles de las oficinas públicas, estaciones de ferrocarriles, tranvías, vehículos de transporte, etc. Además, ordena a los Municipios propender por la creación de Dispensarios y Sanatorios para tuberculosis y de restaurantes escolares, colonias de vacaciones, gotas de leche y demás instituciones o establecimientos reconocidos como eficaces para prevenir el desarrollo de la tuberculosis en los individuos predispuestos.”⁴⁵⁹

Para el año de 1918, el Estado Colombiano por medio de la Ley 8, apoya económicamente la construcción de un pabellón de tuberculosos en el Hospital San Juan de Dios de Antioquia,⁴⁶⁰ lo que mejorará las condiciones del cuidado y prevención de nuevos casos de tuberculosis en el Departamento. Esta iniciativa se verá también en otros departamentos y ciudades de Colombia, como es el caso de Santander y su pabellón de tuberculosos del Hospital San Juan de Dios de

⁴⁵⁸ Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 4.

⁴⁵⁹ *Ibíd.*, p. 4-5.

⁴⁶⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 8. Artículo 2. (30, Julio, 1918). Por la cual se destinan unas sumas a la beneficencia pública de Cali y Medellín. Recopilación Leyes de Colombia. p. 12.

Bucaramanga, terminado de construir en 1921; y el pabellón para tuberculosos del Hospital de caridad de San Gil construido y puesto en marcha con el apoyo de 25 pesos mensuales por un año, dado por la asamblea departamental de Santander en 1918⁴⁶¹.

Diez años después en Bogotá por medio de disposiciones nacionales que apuntaban a la construcción de edificios e instituciones dedicadas a la lucha contra la tuberculosis, se crea por medio de la ley la construcción de un dispensario antituberculoso en esta capital.⁴⁶²

Otras iniciativas no directamente ligadas con el tratamiento de la tuberculosis, propiciaban cambios y descubrimientos en la lucha contra este mal; con la Ley 46 de 1919, se buscaba establecer la creación de un laboratorio bacteriológico y químico, llamado *Laboratorio Oficial de Higiene*, que entre sus múltiples funciones tenía la de: “Estudiar las enfermedades que, a juicio de la Dirección Nacional de Higiene, necesite investigaciones especiales para conocer su naturaleza y su origen.”⁴⁶³

Estas medidas serán ratificadas por otras leyes con el pasar de los años; la compra y construcción de laboratorios que se dio en Colombia, para las primeras décadas del siglo XX, tenía unas labores específicas, entre esas la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis pulmonar:

El laboratorio se ocupará de preferencia en las siguientes labores: a) Investigaciones necesarias para determinar la naturaleza de las epidemias y epizootias. b) Preparación de sueros y vacunas y demás productos biológicos para combatir las enfermedades infecciosas. c) Elaboración de sueros artificiales y demás productos biológicos y químicos que se usen en el tratamiento de las enfermedades infecciosas. d) En las investigaciones y preparaciones

⁴⁶¹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 32. Artículo 3. (1918). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 142.

⁴⁶² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 118. Artículo 11. (22, noviembre, 1928). Por la cual se adiciona la Ley 11 de 1920, sobre importación y venta de drogas que formen hábito pernicioso, y se dictan otras disposiciones relativas al servicio de Higiene. Recopilación Leyes de Colombia. p. 237.

⁴⁶³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 46. Artículo 2. (31, octubre, 1919). Por la cual se crea un Laboratorio oficial de Higiene en la capital de la República. Recopilación Leyes de Colombia. p. 68.

bacteriológicas y químicas que ordenen la Junta Directiva o el Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública.⁴⁶⁴

En el año siguiente a la especificación de los quehaceres de los laboratorios de higiene, se dicta la creación o compra de laboratorios seccionales en todos los departamentos de Colombia: “Créanse sendos laboratorios seccionales de higiene en las capitales de los Departamentos, destinados a cooperar con la Dirección y el Laboratorio Nacional de Higiene a la defensa sanitaria del territorio nacional. Queda autorizado el Gobierno para comprar los laboratorios de carácter departamental o municipal que existan establecidos en las capitales de Departamento.”⁴⁶⁵

La creación del Instituto Nacional de Samper y Martínez en 1928, marca un nuevo avance en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas en Colombia; esta entidad tenía una serie de tareas (Ver figura 4).

⁴⁶⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 27. Artículo 3. (13, octubre, 1926). Por la cual se organiza el Laboratorio Samper - Martínez y se señalizan unos sueldos. Recopilación Leyes de Colombia. p. 57.

⁴⁶⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 87. Artículo 1. (18, noviembre, 1927). Sobre creación de varios laboratorios de higiene. Recopilación Leyes de Colombia. p. 353-354.

Figura 4. Tareas del Instituto Nacional Samper y Martínez.



Elaborada a partir de: COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. Artículo 4. (19, noviembre, 1928). Por la cual se organiza el Instituto Nacional de Samper y Martínez y se dictan otras disposiciones relacionadas con el Asilo de San Rafael de Pasto. Recopilación Leyes de Colombia. p. 202-203.

Continuando con la difusión de las medidas profilácticas y de lucha contra las enfermedades, estas acciones eran algo fundamental tanto para la comunidad médica, como lo vimos en el capítulo segundo de esta tesis, como para el Estado; bajo esta lógica y aunque la ley 112 de 1919 derogara algunos avances de la lucha contra la tuberculosis gestados por medio de la Ley 66 de 1916, esta ley no dejó desamparada del todo la lucha antituberculosa en Colombia; en el artículo sexto de esta normal se dictó: “Destínase la cantidad de tres mil pesos anuales para los gastos de publicaciones y propaganda antituberculosa y antialcohólica de acuerdo con lo que disponga la Dirección Nacional de Higiene, y con la aprobación del Ministerio respectivo. Esta suma se incluirá en el presupuesto de la vigencia correspondiente.”⁴⁶⁶

El estudio de las enfermedades en Colombia seguía vigente con el pasar de los años; con la Ley 99 de 1922, se tipifican las enfermedades infectocontagiosas agrupándolas en dos, todo con el fin de tener un mejor control sobre la profilaxis de cada una de ellas; esta división se hace en relación a la obligación de la declaración de la enfermedad a las autoridades o la declaración potestativa de esta⁴⁶⁷, y se hace de la siguiente forma:

En el primero grupo quedan comprendidas las siguientes enfermedades: cólera asiático y el cólera nostras, fiebre amarilla, tifo exantemático, fiebres tifoidea y paratifoideas; viruela, difteria, escarlatina, disenterías bacilar y amibiana, tuberculosis pulmonar y laríngea, neumonía infecciosa, meningitis cerebro-espinal epidémica. A esta lista pueden agregarse aquellas enfermedades infectocontagiosas en que, en concepto de la Dirección Nacional de Higiene y previa consulta con la Academia Nacional de Medicina, sea necesaria la declaración obligatoria.⁴⁶⁸

En lo relacionado con las enfermedades que no son de obligatoria declaración a las autoridades se señala: “la lista de las enfermedades del segundo grupo, en que la

⁴⁶⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 112. Artículo 6. (22, diciembre, 1919). Por la cual se reforman las Leyes 66 de 1916, 22 de 1911, 84 de 1914 y 32 de 1918. Recopilación Leyes de Colombia. p. 512.

⁴⁶⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. Artículo 1. (07, diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. Recopilación Leyes de Colombia. p. 158.

⁴⁶⁸ *Ibíd.*, p. 158.

declaración es potestativa, será formada por la Dirección Nacional de Higiene, consultando previamente a la Academia Nacional de Medicina.”⁴⁶⁹

Esta Ley también señalaba aspectos de la profilaxis de las enfermedades infecciosas, lo primero que dictaba en relación con esto era la necesidad de informar a las familias de los afectados sobre las medidas que deben tomar para evitar nuevos contagios dentro de sus núcleos, en estos casos es responsabilidad el médico tratante del afectado, efectuar estas recomendaciones.⁴⁷⁰

Continuaba por señalar que en lo relacionado con las enfermedades del primer grupo, es necesaria una serie de medidas después de la detección del mal, “en las enfermedades infectocontagiosas denunciadas, es obligatoria la desinfección de los locales, ropas, muebles y demás objetos infectados. La Dirección Nacional de Higiene reglamentará esta desinfección e indicará los procedimientos que deban emplearse.”⁴⁷¹ Y “la autoridad podrá ordenar la desocupación de una casa que sea foco de alguna enfermedad contagiosa o que amenace la salubridad pública. Dicho inmueble no podrá habitarse de nuevo sino cuando haya desaparecido de él todo peligro por haberse practicado la desinfección y demás medidas que las autoridades sanitarias ordenen.”⁴⁷²

Las campañas y medidas profilácticas en contra de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas acarrearán gastos elevados para los Municipios y Departamentos del país; es debido a esto que muchas iniciativas se vieron frenadas en diferentes latitudes de la nación; en este orden de ideas y procurando llevar a buen término dichas gestas, en 1924, el Estado por medio de la ley 52 de ese año,

⁴⁶⁹ *Ibíd.*, p. 158.

⁴⁷⁰ *Ibíd.*, Artículo 5. p. 159.

⁴⁷¹ *Ibíd.*, Artículo 7. p. 159.

⁴⁷² *Ibíd.*, Artículo 8. p. 159.

dispuso para gastos de profilaxis de enfermedades infecciosas (epidemias) la suma de quince mil ciento sesenta y cinco pesos con setenta centavos.⁴⁷³

Para 1925 la Ley 15 pacta grandes avances en la disposición de espacios para el tratamiento y aislamiento de los enfermos de tuberculosis “Por lo menos en uno de los hospitales que funcionan en cada una de las capitales de los Departamentos, ya sean aquellos nacionales, departamentales o municipales, habrá un pabellón destinado únicamente a la hospitalización de tuberculosis incurables.”⁴⁷⁴ Este es un gran avance en materia de aislamiento y control de la tuberculosis, y su forma pulmonar, debido a la gran peligrosidad para el cuerpo médico y los mismos pacientes del contagio de este mal. Adicional a esto, en los hospitales que no son de carácter público, y que quieran construir dicho pabellón, el Estado los sufragará con la mitad del costo de la construcción.⁴⁷⁵

Continua por señalar: “Habrá también en las ciudades de que habla el artículo anterior, y en las demás que determine el Poder Ejecutivo, un sanatorio para tuberculosos, en donde se prestará a los enfermos todos los cuidados necesarios para obtener su curación. Estos sanatorios estarán situados en los lugares que señale la Dirección Nacional de Higiene y asistencia pública.”⁴⁷⁶

En lo relacionado con la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, y atendiendo al llamado de la comunidad científica de la importancia de los dispensarios antituberculosos, como entidades dedicadas a la lucha y enseñanza antituberculosa, en esta Ley de decretó:

En las poblaciones donde fuere posible, a juicio de Poder Ejecutivo, habrá dispensarios antituberculosos, a cargo de un Médico y de un ayudante, en los cuales no sólo se tratará científicamente a los enfermos, sino que tendrán por objeto, además del expresado, la

⁴⁷³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 52. Artículo 525. (05, diciembre, 1924). por la cual se abren unos créditos adicionales al presupuesto de gastos de la vigencia de 1924. Recopilación Leyes de Colombia. p. 89.

⁴⁷⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 15. Artículo 3. (31, enero, 1925). Sobre higiene social y asistencia pública. Recopilación Leyes de Colombia. p. 26.

⁴⁷⁵ *Ibíd.*, Artículo 3, Parágrafo. p. 26.

⁴⁷⁶ *Ibíd.*, Artículo 4. p. 26.

vulgarización de la enseñanza antituberculosa, y especialmente de las precauciones que para evitar el contagio deben tomar las personas en cuya compañía viven los enfermos.⁴⁷⁷

Sobre los limitantes y prohibiciones de los trabajos a ejercer por lo pacientes de tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas se señaló nuevamente: “no será permitida la presencia de personas reconocidas como enfermas y con lesiones infectocontagiosas, en los mataderos, carnicerías, panaderías y, en general, en lugares en donde se elaboren o expendan sustancias alimenticias, y en la fabricación y expendio de cigarros y cigarrillos.”⁴⁷⁸

Con la resolución número 430 de 1928, que trata las desinfecciones profilácticas en las enfermedades contagiosas, “en lo referente a la tuberculosis, indica de una manera detallada como han de desinfectarse los locales ocupados por personas tuberculosas, penetrando en los detalles del lavado de los pisos, de los muros, puertas, cortinas, muebles, ropas, esputos, etc., pertenecientes al enfermo.”⁴⁷⁹

Se ha visto hasta acá un panorama general de la lucha por medio de la legislación nacional contra las enfermedades infectocontagiosas y epidémicas, y contra la tuberculosis; pero desde el aspecto regional y/o departamental, también se gestaron grandes avances en la campaña antituberculosa, y la difusión y puesta en marcha de medidas profilácticas para prevenir este y otros males⁴⁸⁰.

Podría decirse que un buen precedente de los mandatos sobre higiene gestados por los organismos de control de la misma, es el código de policía de 1913; en él se dictan las normas sociales y cívicas que ayudan a la buena salud social y la higiene de las ciudades.

⁴⁷⁷ *Ibíd.*, Artículo 5. p. 26.

⁴⁷⁸ *Ibíd.*, Artículo 34. p. 30.

⁴⁷⁹ Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 6.

⁴⁸⁰ REYES, María. Estudio Histórico de la ciudad de Bucaramanga en la década de 1920 a través de sus instituciones. Tesis para optar por el título de magister en Historia. Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Facultas de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2007. p. 73.

Del aislamiento de los pacientes de enfermedades infecto-contagiosas o repugnantes, esta norma señalaba: “El Gobernador del Departamento arbitrará, de acuerdo con los Consejos Municipales, los medios convenientes para que se establezcan fuera de las poblaciones los individuos que sufren enfermedades crónicas o que, por ser o reputarse contagiosas, o por aspecto asqueroso o desagradable, causen alarma en los habitantes y obliguen a éstos a alejarse de las moradas de los enfermos.”⁴⁸¹ El aislamiento de los pacientes era algo fundamental, descubierto por la comunidad médica en el mundo siglos atrás; el control de los ejercicios laborales estaba también regulado por esta norma:

A las personas atacadas de enfermedades contagiosas administrar tiendas de comercio o de viveres; preparar alimentos para su venta, así como oficios de lavado, aplanchado y costura cuando no sea para su servicio personal, o asistir a reuniones donde puedan llevar el contagio. La policía cuidará de que esta prohibición sea estrictamente cumplida, y las personas hallándose en el caso de la prohibición mediante reconocimiento que se les haga, de uno a tres facultativos, resistieren a abstenerse de lo que se previene, serán multadas.⁴⁸²

Los espacios públicos, eran en su gran mayoría escenarios de transmisión de la enfermedades; en apartados expuestos por médicos en Colombia y en el mundo, que se referenciaron a lo largo del primer y segundo capítulo de esta investigación; vemos como estos espectáculos públicos, deben tener un control, al respecto de este la norma señaló: “Cuando una enfermedad grave, contagiosa o epidémica ataque a una población, no podrán darse en ella espectáculos públicos ni tenerse reuniones numerosas, mientras la Junta de Sanidad no declare que esto puede verificarse sin perjuicio para la población.”⁴⁸³

La inhumación de cadáveres producto de enfermedades contagiosas, no se podía hacer sin los debidos cuidados y permisos, debido principalmente al alto índice de contagio que podía generar los cuerpos en descomposición sobre este acto se dictó: “Ninguna inhumación se hará antes de las veinticuatro horas de ocurrida la muerte, a no ser que haya peligro de infección o contagio por la naturaleza de la

⁴⁸¹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44 (1913). Código de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo II: Epidemias, contagios e infecciones. Art. 400. p. 316.

⁴⁸² *Ibíd.*, Art. 402. p. 316.

⁴⁸³ *Ibíd.*, Art. 405. Página 316.

enfermedad; en este caso el Jefe de Policía hará anticipar la inhumación siempre que pueda cerciorarse de que la muerte no es aparente.”⁴⁸⁴ Y “Cuando muera un individuo de enfermedad contagiosa, se trasladará el cadáver, tan pronto como fuera posible, al cementerio o a un punto no concurrido que designará el Jefe de Policía, y no se permitirá concurrencia alguna en el punto en que el cadáver se halle depositado.”⁴⁸⁵ Y “Los cadáveres de las personas que hayan muerto de enfermedad contagiosa serán sepultados en fosas profundas en el punto que señale el Jefe de Policía para esa clase de inhumaciones, y no será permitido en ningún tiempo verificar la exhumación de los restos.”⁴⁸⁶

Después de muerto un paciente, víctima de una enfermedad infecto contagiosa, el acto religioso de la velación del cuerpo representaba una gran peligro para los asistentes a dicho evento y en general para la salubridad pública; sobre esta ceremonia el código de policía estipuló: “Prohíbese en absoluto los velorios de los cadáveres de las personas que hayan muerto de fiebre amarilla, elefancia, viruela o cualquier otra enfermedad epidémica o contagiosa.”⁴⁸⁷

La indigencia en condiciones de enfermedad contagiosa fue un factor de alarmante preocupación debido a la facilidad que tenían este tipo de personas para ir deambulando por las calles esparciendo el virus o las microbacterias causantes de las enfermedades entre ellas la tuberculosis pulmonar; la disposición con este grupo de personas era:

Cuando hubiere indigentes que hayan de implorar caridad pública en el caso del artículo anterior y padecieran enfermedades de las más temibles y aun de fácil contagio, como la elefancia o la tisis, el Jefe de Policía no permitirá que tales indigentes se sitúen en lugares donde puedan ser en extremo perjudiciales a la sanidad e higiene de la población y en todo caso, procurará en lo posible el aislamiento, mientras pueda dárseles Asilo apropiado.⁴⁸⁸

⁴⁸⁴ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44 (1913). Código de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo IV: Inhumación de cadáveres. Art. 426. p. 318.

⁴⁸⁵ *Ibíd.*, Art. 430. p. 318.

⁴⁸⁶ *Ibíd.*, Art. 431. p. 318.

⁴⁸⁷ *Ibíd.*, Art. 442. p. 318.

⁴⁸⁸ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44 (1913). Código de policía. Libro II. Título IX. Capítulo III: Indigencia y mendicidad. Art. 472. p. 320.

Muchas de las normas interpuestas por el código de policía para las enfermedades infecciosas, contagiosas o epidémicas, se verán luego adaptadas para el caso específico de la tuberculosis; es por esto que a lo largo del estudio de la normatividad sobre higiene, salud y tuberculosis, en el periodo de estudio de la presente investigación, encontramos amplias similitudes entre normas nacionales, departamentales y locales.

La Junta Departamental Organizadora de la Lucha antituberculosa, jugó un papel importante en la construcción de políticas y medidas que buscaban mitigar los estragos de esta enfermedad en el Departamento; el primer acuerdo sobre tuberculosis, sus efectos, causas y profilaxis, expedido por dicha Junta, se da el 23 de Agosto de 1917. En él se deja expreso, una serie de recomendaciones de cómo abordar la lucha contra este mal. La Junta comienza por definir qué hacer en caso de la detección de un nuevo caso de infección:

Una vez cerciorado el médico que atiende a un enfermos de tuberculosis abierta, de la naturaleza del mal, hará conocer tanto al paciente, si se trata de un adulto, como al jefe de la familia o a quien haga sus veces, los peligros del contagio, la manera como puede efectuarse y el modo de evitarlo. Si se trata de persona que viva en Hotel, Pensión o en Establecimiento de educación el aviso se dará al Director respectivo quien hará retirar inmediatamente la persona enferma y procederá a la desinfección del local. Las autoridades sanitarias harán cumplir estas últimas disposiciones precisamente, recurriendo si fuere necesario, a aplicar a los renuentes las sanciones que la Ley ordena imponerles.⁴⁸⁹

Sobre el aislamiento, el uso y disposición de los objetos de los tuberculosos, este organismo prohibió lo ya mencionado por la comunidad médica en Colombia a lo largo de la primera mitad del siglo:

Los tuberculosos, tanto para su propio beneficio como para que no perjudiquen a las personas sanas, deben vivir aislados ojalá en el campo. Las ropas de uso personal, la cama, la vajilla y en general todo aquello de que se sirvan no debe ser usado por otras personas y, en cuanto se pueda, deben tener sirvientes especiales para ellos. No se permitirá que tales objetos se lleven a los lavaderos públicos, debiéndose asear en la misma casa de los enfermos, después de haberlos sumergido durante media hora por lo menos en agua jabonosa hirviendo. Esta agua se debe arrojar luego a hoyos profundos en las que deben echarse también las deyecciones y todo producto salido del cuerpo de los enfermos. Tal

⁴⁸⁹ SANTANDER. JUNTA DEPARTAMENTAL ORGANIZADORA DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA. Acuerdo No.10 (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Número 4.717. Tipografía Mercantil. Art. 1. p. 775-776.

operación se hará pronto con el objeto de evitar la infección de las moscas que pueden propagar el contagio del mal.⁴⁹⁰

Los tuberculosos representaban un grave problema antes de ser detectados o inclusive después de esto, si seguían frecuentado los espacios sociales en los que otrora convivían; sobre la prohibición de la presencia de los tuberculosos en las reuniones sociales, y en espacios específicos se dijo: “Debe prohibirse a los tuberculosos abiertos la concurrencia a reuniones sociales. Sobre todo a las que se verifican en locales más o menos cerrados a la libre circulación del aire como las iglesias, los teatros, los cinematógrafos etc., lo mismo que ocupar cuartos de fondas y hoteles que luego hayan de ser habitados por otras personas.”⁴⁹¹ La desinfección de los espacios habitados por el tuberculoso era algo fundamental dentro de las medidas profilácticas:

Toda habitación en que haya vivido o muerto algún tuberculoso será cuidadosamente desinfectada antes de que la ocupe otra persona. Para ello se empieza por tapar muy bien las rendijas de puertas, ventanas, etc., con tiras de papel grueso almidonado. Se quema azufre en abundancia, en braseros adecuados, teniendo cerradas puertas y ventanas de manera de formar una atmosfera confinada irrespirable. Esta operación se repite dos o más días, durante varias horas, según el grado de infección del local. En vez de quemar azufre, capaz de producir accidentes en personal no experto y de dañar ciertos objetos de metal pulimentado, se puede hacer evaporar formol en bastante cantidad. Después de bien ventilada la habitación se procede a retirar el mobiliario frotándolo antes cuidadosamente, por todas partes con trapos humedecidos en solución de formol al 5%; de lisol o carbonato de soda 10%, de hipoclorito de cal al 20%, u otra antiséptica semejante a sus efectos. Luego se barniza de nuevo y se le cambian los tapices y forros. Las cerraduras metálicas, fabelas, etc., se retiran de su lugar y se calientan en la forja a unos 150° por un rato. Los esterados, ensacados u otros pisos análogos deben destruirse por el fuego, ojalá en el mismo lugar en que sirvieron. El pavimento se debe cambiar. Las paredes o se barnizan al óleo, que es lo mejor, después de haberlas humedecido bien, por medio de brocha de fique, con alguna de las soluciones antisépticas antedichas.⁴⁹²

Ahora bien, estas medidas eran calcadas de apartados científico-médicos, pero en muchos casos, la desinfección no era todo, ante el caso específico de las habitaciones se dictó:

Las autoridades sanitarias municipales impedirán inflexiblemente, con los apremios fijados en la Ley, que las habitaciones que hayan sido ocupadas por tuberculosos sean vendidas, arrendadas o cedidas en cualquier forma a personas sanas sin que previamente se hayan

⁴⁹⁰ *Ibíd.*, Art. 2. p. 776.

⁴⁹¹ *Ibíd.*, Art. 3. p. 776.

⁴⁹² *Ibíd.*, Art. 4. p. 776.

desinfectado como queda dicho. Los encargados de hacer la desinfección deben ser convenientemente instruidos por los señores Médicos a fin de que tomen las debidas precauciones para evitar accidentes de asfixia o que se contagien de la enfermedad.⁴⁹³

La prensa local en el caso de Bucaramanga, identificaba la necesidad del saneamiento de las habitaciones en donde habían residido pacientes de enfermedades contagiosas; en un ejemplar de 1931 del periódico El Deber, se escribía:

Es un asunto de especial importancia para la higiene publica el cuidado que la autoridad presente a la desinfección de las habitaciones donde hayan permanecido personas con enfermedades infecciosas, como tifo, viruela, **tisis**, lepra, etc. sobre el particular debe llevarse una estadística especial, a fin de que en todo momento los encargados del ramo de las desinfecciones tomen nota de las casas que necesitan tal cuidado, antes que se presenten nuevos casos, como con frecuencia acontece. Algunos propietarios de fincas raíces reducen sus esfuerzos a dejar las casas deshabitadas por algún tiempo, más o menos largo, pasado el cual proceden a blanquearlas para darlas de nuevo en arrendamiento, cayendo en poder de personas que no sabemos de lo ocurrido, llevan allí sus familias para a los pocos días sufrir las fatales consecuencias con la presencia de las mismas enfermedades. Contra semejante costumbre se hace preciso que la acción oficial se pronuncie y que exija, sin contemplación alguna, la desinfección correspondiente de todas las casas donde hayan habitado personas con enfermedades infecciosas, imponiéndoles serias sanciones penales a los propietarios que no cumplan con esa obligación, atentado así contra la vida ajena.⁴⁹⁴

Los objetos con los que el enfermo de tuberculosis interactuó, son un gran foco de contagio, debido a que los esputos pueden estar presentes en ellos hasta por tres meses aproximadamente; al respecto de la venta de dichos objetos la Junta Departamental Organizadora de la Lucha antituberculosa señaló: “Las mismas autoridades prohibirán bajo penas severas que ropas y otros objetos que hayan sido usados por tuberculosos sean vendidos o regalos sin previa desinfección completa. Donde esta no sea posible se debe ordenar y presenciar que tales ropas y demás objetos se destruyan por medio del fuego.”⁴⁹⁵

Al igual que en las disposiciones legales nacionales sobre la prevención de las enfermedades infecciosas y la tuberculosis, en este acuerdo también se deja

⁴⁹³ *Ibíd.*, Art. 5. p. 776.

⁴⁹⁴ ANÓNIMO. Desinfección de habitaciones. En: El Deber: diario de la mañana. Bucaramanga. Martes 20 de enero de 1931. Año IX, Nro. 2.222. p. 3

⁴⁹⁵ SANTANDER. JUNTA DEPARTAMENTAL ORGANIZADORA DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA. Acuerdo No.10 (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Número 4.717. Tipografía Mercantil. Art. 6. p. 776.

implícita la prohibición de los enfermos a comercializar y procesar comestibles y alimentos:

Se prohibirá de la misma manera que personas enfermas de tuberculosis pulmonar, de tumores en supuración y de úlceras; los linfáticos marcados, lo escrufulosos y demás que puedan comunicar a otros su enfermedad, se dediquen al comercio de comestibles y a la preparación de estos, como leche, quesos, pan, dulces, carne frutas, etc., y a los oficios sirvientes, amas de cría, hoteleros, cigarreros, sombrereros etc.⁴⁹⁶

Para finalizar las disposiciones impuestas por esta Junta, las campañas también iban encaminadas a educar en higiene, valores y buenas costumbres cívicas a la población del Departamento; escupir en el suelo se comenzó a señalar como una falta de valores y de decencia, a su vez de como de cuidado de la higiene social:

Se debe combatir tesoneramente la funesta costumbre de escupir en el suelo y con el fin de prevenir los males que de ello resultan se debe proveer todo local de concurrencia pública o privada de suficiente número de escupideras metálicas o de loza vidriada, las que estarán siempre medio llenas de alguna de las soluciones antisépticas arriba indicadas. En efecto de estas escupideras pueden usarse pequeños cajones de madera con cal viva, frecuentemente renovada, destinados a recibir la saliva y los esputos. Parágrafo. En partes muy visibles de las paredes de esos locales se tendrá siempre fijado buen número de avisos, claramente legibles que digan más o menos lo siguiente: El escupir en el suelo además de probar falta de buena educación es contrario a la higiene, pues la tisis, y otras enfermedades mortales se transmiten de esa manera.⁴⁹⁷

María Reyes señala en su texto, *Estudio Histórico de la ciudad de Bucaramanga en la década de 1920 a través de sus instituciones*, una referencia para el caso particular de Bucaramanga: “Es frecuente encontrar en cada esquina de una calle bumanguesa, en los templos, barberías y otros lugares carteles en los cuales Se *prohíbe escupir en el suelo.*”⁴⁹⁸

Para 1918, por medio de la resolución número 41 el Director de Higiene de Santander, reglamentó otra serie de disposiciones sobre la higiene en Santander, que estaban encaminadas a resolver los problemas de salubridad y controlar las enfermedades en el territorio; sobre las medidas de higiene y la desinfección de las enfermedades epidémicas se dictó:

⁴⁹⁶ *Ibíd.*, Art. 7. p. 776.

⁴⁹⁷ *Ibíd.*, Art. 8. p. 776.

⁴⁹⁸ REYES, María. Op. Cit., 114.

Los fondos destinados para el servicio de Higiene pública en los municipios, en virtud de lo dispuesto en las Ordenanzas 4 de 1917 y 31 de 1918, se invertirán de preferencia en el pago de las Comisiones Sanitarias y de los Vacunadores ambulantes que nombre esta Dirección, en la desinfección de casas y locales contaminados por enfermos de viruela, lepra o tuberculosis y en los demás trabajos relacionados con la Higiene pública en cada Municipio.⁴⁹⁹

En el Departamento de Santander diversos sectores de la administración, señalaron los graves daños de la insalubridad de las poblaciones y la necesidad de medidas en contra de esta; en los informes de Secretario de Gobierno de Santander de 1919, sobre la higiene se señala: “No está lejano el día en que en Colombia se inició el servicio de la higiene pública, convencida de que hoy está recomendada como un elemento indispensable para la vida, desde luego que es el mejor antídoto contra las enfermedades y una panacea en todas ellas.”⁵⁰⁰ Al respecto de la tuberculosis el Secretario de Gobierno dijo: “Año tras año se ha venido repitiendo la necesidad urgentísima que hay en el Departamento de poner remedio a este grave mal, y hasta la fecha, doloso es decirlo, no se ha dictado medida alguna para eliminarlo, excepción hecha de los blanqueamientos y de tal cual simulacro de desinfección que, en suma, no sana pero si engaña.”⁵⁰¹

El aislamiento de los pacientes de enfermedades infecciosas fue un constante dentro de las medidas profilácticas y de control que se ejercieron en este periodo; la ordenanza No. 79 de 1921 no fue ajena a señalar que se debía hacer con este grupo de enfermos, “Cuando hubiere Hospitales de aislamiento, los Hospitales generales dejarán de recibir y asistir a los atacados de enfermedad transmisible. Los enfermos de esta naturaleza que se declaren en ellos serán trasladados a los aislamientos con las precauciones necesarias.”⁵⁰² Señalando también a su vez la

⁴⁹⁹ SANTANDER. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE HIGIENE. Resolución No 41. (1918). Gaceta de Santander. Año LXIX. Número 4.791. Tipografía Mercantil. Art. único. p. 537.

⁵⁰⁰ SANTANDER. RAMO DE GOBIERNO. Informes del Secretario de Gobierno de Santander. (1919). Imprenta Católica. Bucaramanga. p. 4.

⁵⁰¹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes a la Asamblea Sobre la penitenciaría. (1920). Imprenta V.M. Alarcón y compañía. Bucaramanga. p. 32.

⁵⁰² SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza número 79. (1921). Gaceta de Santander. Año LXXII. Número 4.974. Imprenta del Departamento. Capítulo VI. Art. 443. p. 313.

importancia de la desinfección constante de las salas destinadas para el tratamiento y reposo de estos pacientes.⁵⁰³

Como ya lo se había evidenciado en el código de policía de 1913, en esta ordenanza de la Asamblea Departamental, En el capítulo X sobre Epidemias, contagios e infecciones, se señalaba que en caso de la aparición de una epidemia el jefe de policía de esta población podrá: nombrar una comisión de médicos para que aconseje como actuar frente a este mal⁵⁰⁴, una Junta de recolección de recursos para la lucha contra este mal⁵⁰⁵ y, señalar el local en caso de la construcción de un hospital para aislar los enfermos⁵⁰⁶.

Sobre los enfermos la norma dictó nuevamente lo expuesto en disposiciones de años anteriores “Los indigentes atacados de enfermedades asquerosas que no puedan ocultarse a la vista o al olfato, no podrán mendigar en las calles o lugares concurridos...Es prohibido a las personas atacadas de enfermedades contagiosas administrar almacenes y tiendas, preparar alimentos para su venta, o asistir a reuniones donde puedan llevar el contagio.”⁵⁰⁷

Se evidencia en estos últimos apartados, una clara interrelación entre el discurso y las disposiciones de la comunidad médico-científica en Colombia, y las normas de carácter nacional, departamental y local en la lucha contra la tuberculosis. Se puede concluir que tanto el Estado como la investigación científica, tomaban el uno del otro en relación a la construcción de unas campañas en contra del Mal Blanco. Tópicos como la construcción de pabellones, dispensarios, el aislamiento de los pacientes, vacunas antituberculosas, educación y publicidad de las fuentes de contagio y profilaxis de la enfermedad, se repetían tanto en las producciones textuales de los profesionales de la salud, en congresos de medicina y de lucha contra la tuberculosis, y en las normas de carácter higiénico-salubre en Colombia. La

⁵⁰³ *Ibíd.*, Art. 444. p. 313.

⁵⁰⁴ *Ibíd.*, Art. 471. p. 314.

⁵⁰⁵ *Ibíd.*, Art. 472. p. 314.

⁵⁰⁶ *Ibíd.*, Art. 474. p. 314.

⁵⁰⁷ *Ibíd.*, Art. 475.476. p. 314.

tuberculosis pulmonar, tenía unas implicaciones sociales de gran trascendencia, en el siguiente capítulo se cumplirá con el objetivo de examinar algunas de las condiciones de vida y las características de los grupos humanos mayormente afectados por tuberculosis pulmonar en Bucaramanga a principios de siglo XX; esto se hará a partir de normas locales y departamentales, crónicas de la ciudad, informes gubernamentales y notas periodísticas en los diarios locales, estableciendo así, unas posibles causas del aumento de infectados por esta enfermedad y las relación de esta con las condiciones sociales presentes en la época.

4. ASPECTOS SOCIALES DE LA TUBERCULOSIS: ESPACIOS Y GRUPOS HUMANOS DE MAYOR AFECTACIÓN

La tuberculosis, como se referencia a lo largo del capítulo segundo de este informe de trabajo de grado, tenía un clara connotación social; esto no solo se debía a la principales causas del contagio y desarrollo de la enfermedad, asociadas principalmente con el devenir urbano, sino también a las repercusiones y las nociones sociales generadas a partir de la enfermedad y del enfermo; en este orden de ideas, no era ajena la aparición y apreciación de este mal, bajo las nociones tanto del espacio como de los hábitos sociales⁵⁰⁸; ahora bien, el contexto en el que se desarrollaba este mal, era pues de suma importancia a la hora de entender el porqué del comportamiento de la misma. La ciudad, la pobreza, la malnutrición, el hacinamiento, entre otros eran factores que propiciaban la tuberculosis pulmonar⁵⁰⁹.

En este capítulo se le dará desarrollo al objetivo de examinar las condiciones sociales y las características de los grupos humanos afectados por tuberculosis pulmonar, y en especial de los espacios de mayor incidencia de la enfermedad en Bucaramanga a principios de siglo XX; esto se hará a partir de informes gubernamentales nacionales, departamental y locales, y notas periodísticas en los diarios locales, estableciendo así unas posibles causas sociales del aumento de infectados por esta enfermedad, y las medidas adoptadas para mitigar los estragos causados por esta.

4.1 OBREROS Y TRABAJADORES, VÍCTIMAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

⁵⁰⁸ QUEVEDO, Emilio. Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III, Hacia una profesión liberal 1865-1918. Op. Cit., 169-172.

⁵⁰⁹ MORENO, Tany. Op. cit., p. 91.

Los obreros, y las clases trabajadoras consolidadas fuertemente finalizando el siglo XIX y principalmente en la primera mitad del XX, debido a los procesos de industrialización de la economía Colombiana y Latinoamericana; son entre muchos, los de mayor afectación por la Tuberculosis⁵¹⁰. Algunas referencias sobre esto pueden ser encontradas en el capítulo segundo y tercero de la presente investigación; ahora en el presente apartado se intentará señalar las medidas que se tomaron en pro de mejorar las condiciones de vida y de higiene de este grupo; medidas que van desde legislación nacional, hasta normas de carácter local. Se debe aclarar que era una meta de suma importancia para el Estado colombiano, mantener esta clase social en un alto grado de desempeño, debido a que era precisamente esta, la base de la economía nacional, y el sector para muchos más atacado por las cargas de la sociedad:

Problema que merece toda vuestra atención, puesto que se relaciona directamente con la salud del pueblo, y del pueblo más atendible, porque representa la parte más desgraciada y desvalida: la que, en todas las sociedades y en todos los tiempos, es la menos favorecida en el reparto de gajes y prebendas, de favores y exenciones, es la lucha contra la tuberculosis, terrible flagelo que, más de lo que sospechamos, clava despiadadamente sus garras en nuestros hermanos, haciendo especialmente sus víctimas en el pueblo empobrecido y agobiado de trabajo.⁵¹¹

Para iniciar en esta búsqueda de las normas que ampararan a la clase trabajadora en Colombia en relación a la tisis, el acuerdo 33 de 1917, sobre profilaxis de la tuberculosis, ordenaba una medida aplicada al entorno laboral, con el fin de prevenir nuevos contagios: “En las fábricas y talleres se tendrán los tuberculosos separados de los empleados y obreros sanos, manteniéndolos en las mejores condiciones de higiene posibles, y se les instruirá sobre los medios de impedir la propagación de su mal.”⁵¹²

⁵¹⁰ ARMUS, Diego. Op. Cit., 170.

⁵¹¹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1919). Imprenta de la Unión Católica. Bucaramanga. p. 5.

⁵¹² COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 7. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 18.

En 1918 se expidió una Ley encaminada a mejorar aspectos de la vida privada de las clases trabajadoras en pro de evitar contagio de enfermedades que los imposibilitaran en su desempeño laboral; en lo relacionado a habitaciones higiénicas para los obreros, tema que preocupaba a la comunidad médica y política de comienzos del siglo XX, debido al gran aumento de esta población en Colombia, y los problemas salubres que este fenómeno generó, se expedía la Ley 46, que trataba medidas de salubridad pública y asistencia a las habitaciones de la clase proletaria; desde su artículo primero, esta ley ya planteaba la necesidad de prohibir “arrendar habitaciones, casas, piezas, accesorias y cualesquiera otra clase de edificios que no tengan las condiciones mínimas higiénicas necesarias al efecto.”⁵¹³ y en el artículo segundo dejaba a cargo de determinar las condiciones de estos espacios, a la Dirección General de Higiene.⁵¹⁴

La habitación y la vivienda higiénica se convertirán en banderas de la prevención de la tuberculosis entre la clase obrera nacional, departamental y municipal.

Para 1921 en la ciudad de Bucaramanga, dentro de las medidas de búsqueda de la mejora de las condiciones de vida de los obreros y clases trabajadoras, el Gobierno local buscaba adecuar y suministrar viviendas que propiciaran la erradicación de las condiciones antihigiénicas que desarrollaban la tuberculosis y otras enfermedades dentro de este sector de la sociedad; por medio del acuerdo 16 de este año, el Consejo de Bucaramanga autorizaba la creación de una casa para obreros pobres, y estipulaba: “El Alcalde abrirá licitación por treinta días a suministrar plano acordado para las edificaciones en arreglo a lo dispuesto por la Dirección General de Higiene, a la cual, lo mismo que a la del Consejo, someterá el adjudicamiento

⁵¹³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 46. Artículo 1. (19, noviembre, 1918). Por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee a la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria. Recopilación Leyes de Colombia. p. 73.

⁵¹⁴ *Ibíd.*, Artículo 2. p. 73.

del trabajo que ejecute y así cuyas aprobaciones no permitirá aun efectos el contrato.”⁵¹⁵

Este proyecto no se materializó por la construcción en el terreno en donde se disponía edificar estas casas, de la Plaza de Ferias de Bucaramanga⁵¹⁶. Para 1924, otro proyecto de construcción de viviendas para obreros en Bucaramanga, no llegó a buen término; al respecto Carlos Espinosa Señala: “Tres años después, en el Acuerdo número 10 de Julio 11 de 1924, se afirmaba: se provee la adquisición de lotes para casas de obreros y se concede autorización al Personero Municipal para que realice la respectiva escritura; pero la cuestión siguió sin avance de ningún tipo y del incumplimiento se culpaba al alcalde de la época.”⁵¹⁷ En 1925 se vuelve a hacer un intento por construir en la ciudad casa para el sector obrero de la ciudad, pero nuevamente este proyecto fracasa: “En 1925 el municipio compró un lote en el Llano de Don Andrés a razón de 40 centavos el metro cuadrado y dos años más tarde el Concejo de la ciudad contrató al ingeniero italiano, Pedro Colon Monticoni, para hacer los planos de las casas pero el proyecto no se concretó.”⁵¹⁸

Solo será hasta los últimos años de la década de los veinte, en donde se materializará la entrega de viviendas para obreros pobres de la ciudad, “por la Sociedad San Vicente de Paúl en el barrio Los Comuneros que formaba parte del Llano de Don Andrés; al nuevo sector se le denominó Barrio Vicentino en honor a sus promotores.”⁵¹⁹ La experiencia de la construcción del barrio Girardot⁵²⁰ y el barrio la Mutualidad⁵²¹ pueden también aportar elementos de la consolidación de barrios para obreros en la ciudad.

⁵¹⁵ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo No. 16. Artículo 9. (1921). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 2.

⁵¹⁶ ESPINOSA, Carlos. Op. Cit., p. 93.

⁵¹⁷ *Ibíd.*, p. 94.

⁵¹⁸ *Ibíd.*, p. 94.

⁵¹⁹ *Ibíd.*, p. 94.

⁵²⁰ *Ibíd.*, p. 94.

⁵²¹ *Ibíd.*, p. 95-99.

Estas políticas respondían a una grave condición de la clase trabajadora en la ciudad de Bucaramanga que puede ser rastreada desde la percepción de la prensa local:

La situación actual del proletariado, por lo menos en esta parte de la República, ofrece dos puntos de vista a cual más desconcertante y angustioso. De un lado se presentan núcleos de trabajadores que, teniendo a su cargo familias numerosas, y por lo tanto, la obligación ineludible de sufragar todos los gastos que exige el sostenimiento de ellas, carecen de medios de vida, de todo halado y apoyo para luchar por esta; y el otro, una gran masa de obreros, que si bien están debidamente establecidos ya atendiendo a su clientela en talleres propios, ya laborando bajo independencias de industriales acomodados y aun ricos, en punto de utilidades confrontan el problema, difícil por cierto, de la falta de relación entre los rendimientos que obtienen y los precios de las cosas que necesitan para atender a la subsistencia.⁵²²

Desde la situación propia del obrero en Bucaramanga, se debe reconocer en un primer momento, que características tenía este; otra referencia que se puede señalar es la hecha al respecto por Carlos Espinosa:

Cuando se revisa la Historia Empresarial de Bucaramanga, la mayoría de las fábricas y fabriquines, se dedicaron a la producción de cigarros y cigarrillos y hubo otros renglones como la elaboración de velas, calzado, ropa, baldosines, pastas, gaseosas, etc. Esta situación condujo a que el obrero percibiera un salario de acuerdo con la tarea que realizara durante el día, semana o mes...también se sabe que buena parte de la población que laboraba en estos espacios eran mujeres y niños y los pocos hombres se dedicaban a labores que requerían el uso de la fuerza como el manejo de la maquinaria o el transporte de los productos. En este contexto, los hombres tuvieron un trabajo estable que les aseguraba un salario proporcional a su desempeño mientras que la población femenina e infantil estaba sometida a los vaivenes de la producción, la oferta y la demanda.⁵²³

Ya para 1936, por medio de la ley 61, se vuelve a hacer énfasis en la necesidad de la construcción de viviendas con buenas condiciones higiénicas para el sector obrero de Colombia; en el artículo 1, se dicta:

Es obligación de los municipios que tengan presupuesto de veinticinco mil a cincuenta mil pesos anuales, destinar el tres por ciento para la construcción de viviendas adecuadas para los trabajadores, las cuales deben llenar las condiciones que determine el Departamento Nacional de Higiene. Si el valor del respectivo presupuesto es mayor de cincuenta mil y menos de cien mil pesos, la destinación para los efectos indicados será del cuatro por ciento, y si sube de cien mil será del cinco por ciento anual. De preferencia se procederá a la construcción de casas colectivas en lugares centrales.⁵²⁴

⁵²² Anónimo. Problema Obrero. En: Vanguardia Liberal. Miércoles 23 de junio de 1920. Año I, Nro. 246. p. 1.

⁵²³ ESPINOSA, Carlos. Op. Cit., p. 100.

⁵²⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 61. Artículo 1. (28, marzo, 1936). Por la cual se reforma el artículo 7° de la Ley 46 de 1918, se dictan otras disposiciones sobre construcción de viviendas higiénicas

Los obreros de las manufacturas de la ciudad no solo eran los que se veían atacados por enfermedades infectocontagiosas; en las empresas ambulantes dedicadas a la extracción de hidrocarburos y la construcciones de trenes, el convivir con otros trabajadores en campamentos improvisados, propiciaba la aparición de enfermedades como la tuberculosis pulmonar; aunque no se encuentran cifras que corroboren que en estos escenarios la tuberculosis fue una enfermedad de alarmantes magnitudes, si se evidenció por medio de normas nacionales, la preocupación por que el funcionamiento de estas empresas, beneficiara la salud del empleado. La Ley 4 de 1921, dictaba las medidas higiénicas que se debían tener en los yacimientos o depósitos de hidrocarburos, al respecto de las condiciones de los obreros y la disposición de sus habitaciones se señalaba:

Toda empresa de explotación de yacimientos o depósitos de hidrocarburos que tenga lugar en el territorio de la república, está en la obligación de construir habitaciones para sus trabajadores de acuerdo con los preceptos higiénicos y teniendo en cuenta las condiciones especiales que exijan el clima y el suelo de cada región y la profilaxis de las enfermedades endémicas y epidémicas. Esta obligación comprende también el saneamiento del suelo en los puntos donde se verifique la explotación, el expendio y los depósitos.⁵²⁵

Sobre la alimentación de los empleados, la anterior Ley sentenció: “Las empresas de esta clase suministran a sus trabajadores una alimentación sana y suficiente o el salario que sea necesario para obtenerla, de acuerdo con su precio en cada región”⁵²⁶. Hay que recordar lo expuesto en el capítulo segundo, y es que un gran baluarte de la lucha antituberculosa, es la óptima alimentación, si el cuerpo posee los medios para luchar biológicamente contra la enfermedad, puede curarse o evitar el contagio estando en escenarios propicios para este.

para los obreros de las minas y salinas de propiedad de la Nación y se da una autorización al Gobierno. Recopilación Leyes de Colombia. p. 161.

⁵²⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 4. Artículo 1. (31, agosto, 1921). Sobre higiene de las explotaciones de yacimientos o depósitos de hidrocarburos. Recopilación Leyes de Colombia. p. 5.

⁵²⁶ *Ibíd.*, Artículo 2. p. 5.

En el espectro departamental, se encontró en un informe sobre el estado sanitario de la construcción del ferrocarril de Puerto Wilches, que el médico oficial de dicha empresa, informó de un solo caso de tuberculosis dentro de sus empleados.⁵²⁷

La legislación sobre las condiciones de los empleados y del sector obrero generaron una serie de avances sociales que se pueden evidenciar aun en la actualidad; en 1934, se tipificaba dentro del derecho laboral, por medio de la ley 10, la obligación del patrono, de auxiliar en caso de enfermedad a su empleado: “los empleados particulares gozarán de las siguientes concesiones y auxilios: ...b) Auxilio de enfermedad hasta por ciento veinte días, a la rata siguiente: las dos terceras partes del sueldo, durante los primeros sesenta días de enfermedad; la mitad, para los treinta días siguientes, y la tercera parte para el tiempo restante.”⁵²⁸ Carlos Espinosa reconoce que solo es hasta la década de los treinta donde estos cambios se van a dar lentamente en la ciudad de Bucaramanga:

Otro factor para tener en cuenta es que mientras en Europa la Seguridad Social formaba parte de la contratación desde finales del siglo XIX, en el caso bumangués se desconoce el tipo de contrato que tuvieron y las condiciones bajo las cuales trabajaron debido a que la ciudad estaba en una etapa prefabril y la legislación al respecto era incipiente; además, el proceso de industrialización despegó tímidamente después de los años treinta cuando se expedieron ordenanzas y leyes a nivel nacional que trajeron como resultado cierto bienestar a la clase obrera.⁵²⁹

Otros focos sociales son importantes de examinar a la hora de dimensionar que la lucha contra la tuberculosis, no se daba solo desde un flanco. La directa relación del alcoholismo con el desarrollo de enfermedades, entre ella la tuberculosis, analizada desde los postulados médicos expuestos en el segundo capítulo de esta investigación; genera a su vez una interrelación entre la lucha antialcohólica y antituberculosa, fenómeno que se analizará en el siguiente apartado.

⁵²⁷ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1922). Imprenta del Departamento. Bucaramanga. p. 39.

⁵²⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 10. Artículo 14. (20, noviembre, 1934). Sobre pérdida y rehabilitación de derechos políticos y por la cual se establecen algunos derechos de los empleados. Recopilación Leyes de Colombia. p. 25.

⁵²⁹ ESPINOSA, Carlos. Op. Cit., p. 101.

4.2 LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA COMO MECANISMO DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Se evidenció en el capítulo segundo de esta investigación, como el alcohol si bien, por sí mismo no era el causante de la tuberculosis, si propiciaba tanto en el cuerpo como en los ambientes en los que estaba presente, condiciones para que esta enfermedad atacará a la población. Gestas en contra del alcoholismo, se dieron a los largo del siglo XIX y XX, pero entre ellas, estaba también la relación de este mal habito social con el aparición y fortalecimiento de las enfermedades en la Nación.

El código de policía, norma por la cual se regían los comportamientos sociales, desde 1913 estipulaba en la relación sobre los licores y las enfermedades lo siguiente: “Los Consejos Municipales quedan autorizados para prohibir la confección, expendio y venta de licores fermentados en las poblaciones que se hallen atacadas por epidemias graves, pudiendo imponerse las penas legales a los contraventores.”⁵³⁰

El acuerdo 33 de 1917, tipificaba por primera vez el asocio entre alcohol y tuberculosis: “Teniendo en cuenta que el alcoholismo está reconocido como un factor predisponente para la tuberculosis, las autoridades deben cumplir y hacer cumplir las disposiciones que se dicten y hayan dictado sobre represión del alcoholismo y organizaciones de la campaña antialcohólica.”⁵³¹

Este mal social del alcoholismo era vinculado y se le atribuía entre muchas otras cosas el acelerado desarrollo de la tuberculosis pulmonar; y más que por el vicio

⁵³⁰ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 44 (1913). Código de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo II: Epidemias, contagios e infecciones. Art. 406. p. 316.

⁵³¹ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33 (1917). Artículo 16. Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá. Imprenta nacional. 1940. p. 20.

mismo que debilitaba el cuerpo de los alcohólicos, también por el ambiente y las condiciones higiénicas en los lugares en donde este se consumía; esto dictaminó en 1917 la Junta Departamental Organizadora de la Lucha antituberculosa en Santander:

Siendo, como son el desaseo y los hábitos alcohólicos factores muy propicios al desarrollo de la tuberculosis, se pondrá el mayor empeño en combatirlas. Conviene difundir insistentemente estas verdades en el público haciéndoles saber que las habitaciones sucias, mal ventiladas y donde no pueden entrar los rayos directos del sol es donde se contrae y prospera la tisis; y que la luz, el aire puro y libre aseo, así en las personas como en los vestidos, y cuartos de dormir, son los mejores preservativos y los más eficaces remedios de esa y de muchas otras enfermedades. Que lo excesos de cualquier género, las fatigas intelectuales o materiales muy repetidas, las vigiliias frecuentes, la convalecencia de enfermedades infecciosas y por sobre todo el abuso de bebidas alcohólicas, debilitan el poder defensivo natural del organismo y colocan al individuo en condición propicia a contraer la tuberculosis. Del alcoholismo se ha dicho con razón que prepara la cama del tísico.⁵³²

Como se mencionó en líneas anteriores, la lucha antialcohólica, fue una iniciativa de la misma magnitud de la lucha antituberculosa o antivenérea en Colombia para este periodo de estudio⁵³³; dentro de estas campañas en contra de las bebidas alcohólicas y fermentadas, se reconocía a estas como: “Que el alcoholismo es una de las causas que favorecen el desarrollo de la tuberculosis; que agrava las enfermedades infecciosas; que es un factor de locos, epilépticos y criminales, y contribuye notablemente a aumentar la mortalidad.”⁵³⁴ Esta relación hará que las diversas luchas contra males de carácter social, tenga una convergencia en identificar como necesaria la coayuda, y así propiciar una salubridad general de las poblaciones.

En el oficio número 768 de la Dirección de Higiene, se solicitaba una partida en el presupuesto para atender las epidemias que azotaban el departamento; y se hace hincapié en los males causados por alcoholismo, la sífilis, la lepra, la tuberculosis y

⁵³² SANTANDER. JUNTA DEPARTAMENTAL ORGANIZADORA DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA. Acuerdo No. 10 (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Número 4.717. Tipografía Mercantil. Art. 9. p. 776.

⁵³³ REYES, María. Op. Cit., p. 137.

⁵³⁴ COLOMBIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE. Resolución No. 146. (1922). Sobre la campaña contra el alcoholismo. Gaceta de Santander. Año LXXIII, Nro. 4.997. Imprenta del Departamento. p. 57.

la uncinariasis.⁵³⁵ Ya desde este año se ve cómo junto a las enfermedades, el alcoholismo era señalado como un problema de carácter social y de alarmantes inclemencias.

Nuevamente para el caso del Departamento de Santander, por medio de la Resolución número 74 del 11 de mayo de 1922, el Director departamental de Higiene consideraba: “Que el alcoholismo en Santander aumenta considerablemente, que es preciso organizar la campaña contra este vicio; que el alcoholismo es unas de las causas que favorecen al desarrollo de la tuberculosis; que agrava las enfermedades infecciosas y que es el factor más importante para la degeneración de la raza;”⁵³⁶. También se encuentra en la norma departamental, un claro asocio entre alcohol y tuberculosis, lo que evidencia que este problema estaba presente al igual que en otras locaciones del país de la misma forma en los centros urbanos de Santander y que existía un compromiso con erradicar estos males de la sociedad.

Hay que aclarar que el alcohol por algunos años, podría decirse, jugó un papel dual en relación con las enfermedades, ya que si bien la propiciaba, también del recaudo de impuestos de este, se tomaba para la lucha contra estos males y la higienización de las ciudades; a partir del primero de enero de 1918, “El veinte por ciento de la parte que corresponde a los Municipios del producido de la Renta de licores fermentados del país, se destinará exclusivamente a los gastos de higiene pública de acuerdo con lo que dispongan las autoridades respectivas.”⁵³⁷ Esta ordenanza departamental y la 31 de 1918 que aclaraba aspectos de la anterior, a pesar de la lucha contra las enfermedades infecciosas y la higiene de los municipios fue derogada en 1920, por la Ordenanza número 28, aunque tuvieron repercusiones en

⁵³⁵ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Acta de la sesión. (20, marzo, 1920). Anales de la asamblea de Santander, Año 3, Nro. 51. Bucaramanga. 9 de abril de 1920. p. 57.

⁵³⁶ COLOMBIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE. Resolución 74. (1922). Gaceta de Santander. Año LXXIII, Nro. 5.008. Imprenta del Departamento. p. 152.

⁵³⁷ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanzas Nro 4. Artículo único. (1917). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 4.

lo local, ya que el acuerdo municipal número 24 de 1918, trataba el tema puntual del presupuesto para el fomento de la higiene municipal, por medio de las rentas de los impuestos de los licores fermentados.⁵³⁸

4.3 LA CIUDAD: FOCO DE LA TUBERCULOSIS, MEDIDAS PROFILÁCTICAS Y EL CASO DE BUCARAMANGA

La ciudad es el escenario predilecto para la aparición de la tuberculosis pulmonar; las ciudades colombianas con el inicio del siglo XX sufren cambios profundos que marcarán una serie de transformaciones sociales, económicas e higiénicas, y en las cuales las enfermedades epidémicas y sobre todo las relacionadas con las condiciones sociales tendrán un repunte⁵³⁹. Dentro de la normativa nacional, departamental y local, se puede encontrar medidas encaminadas a mejorar las condiciones higiénico-salubres de la urbe en el contexto particular de las primeras décadas del siglo XX.

Normas eran expedidas con el fin de mejorar estas condiciones en la ciudad y los municipios; desde el aspecto nacional se destacan las que conciernen al funcionamiento de la higiene en la ciudad; la Ley 33 de 1913, podría decirse es un precedente de las normas que se pensaban el espacio, en relación con las condiciones higiénicas; desde el aspecto de la organización urbana de las ciudades en relación a los cambios de estas producto de la industrialización, se dice: “A cargo del Consejo Superior de Sanidad estará todo lo que se refiere a la higiene en las

⁵³⁸ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 24. (1918). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 1.

⁵³⁹ MORENO, Tany. Op. Cit., p. 65.

construcciones baratas para obreros, así para su fomento, estudio de salubridad e higiene, como para medios de mejora.”⁵⁴⁰

La ley 4 de 1914, sobre el papel del personero municipal como velador de la higiene de los municipios, dictaba: “Excitar a las autoridades locales a que tomen las medidas convenientes para impedir la propagación de las epidemias, y en general los males que amenacen la población.”⁵⁴¹ Y la 99 de 1922 sobre los gastos en materia de higiene pública, “gravar el consumo de las mercancías extranjeras que no estén gravadas por la Nación con el impuesto de consumo.”⁵⁴²

En el ámbito Departamental, se pueden encontrar ordenanzas como la 51 de 1922 sobre presupuestos municipales para higiene que dicta: “tomar de las existencias en Caja imputables a fondos de Higiene que tengan al fin de cada vigencia, el cincuenta por ciento, que destinarán a obras publicas de saneamiento.”⁵⁴³

Las instituciones presentes en la ciudad también eran de suma importancia dentro de la campañas y profilaxis de las enfermedades, sobre todo las mayormente expuestas a la aparición y esparcimiento de males epidémicos o infectocontagiosos; estas instituciones eran principalmente Escuelas, Fabricas, Hospitales, iglesias, cuarteles y Cárceles. Para la Escuela, un plan de estudios propuesto en un informe a la asamblea departamental de Santander en 1913, especificaba que en el caso de los estudiantes de segundo año, la instrucción en materia de Urbanismo, debía hacerse: “Segundo paso para ampliar los conocimientos adquiridos en el año anterior. El Aseo y la mesa...La educación física no debe ser obviada. Los niños deben encontrar siempre en la Escuela aire puro y temperatura moderada. Debe exigirse, por parte del niño limpieza y aseo. Debe permitírsele el movimiento que

⁵⁴⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 33. Artículo 22. (18, octubre, 1913). Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 123.

⁵⁴¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 4. Artículo 24. Nro. 10. (27, mayo, 1914). Que provee a la terminación de una vía nacional. Recopilación leyes de Colombia. p 50.

⁵⁴² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. Artículo 23. (07, Diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. p. 162.

⁵⁴³ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 51. Artículo 1. (1922). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 54.

reclama su edad.”⁵⁴⁴ Por otro lado, para esta misma institución, en 1917 se ordenaba “En las escuelas y colegios no se admitirán tuberculosos; para evitar que ingresen en preciso que maestros, alumnos y sirvientes se provean de un certificado de sanidad expedido por un médico graduado.”⁵⁴⁵

El cuartel era a su vez un espacio en el que convivía la tuberculosis; el acuerdo 33 de 1917 sobre profilaxis de esta enfermedad, en su artículo tercero, ordenaba: “No se admitirán en el Ejército individuos tuberculosos. Cuando en un miembro de él se haga el diagnóstico de tuberculosis, se le dará de baja inmediatamente. Las autoridades sanitarias militares se empeñaran en mejorar las condiciones higiénicas de los cuarteles, o vigilarán porque en el Ejército el trabajo y los ejercicios estén en relación con el clima y la alimentación.”⁵⁴⁶ Sobre la situación de los cuarteles en Bucaramanga se encuentra una referencia hecha por María Reyes, que dicta: “El prefecto de la Provincia de Bucaramanga, señor Martín Rojas indicó que en 1920 el cuartel de la ciudad había sido embellecido y reformado notablemente, encontrándose a finales del año en excelente condiciones de comodidad, aseo e higiene;”⁵⁴⁷

La Ley 66 de 1916, reguladora de la lucha antituberculosa, no fue ajena a pensarse el control de esta enfermedad desde las instituciones; sobre el cuidado de los tuberculosos y la profilaxis de la enfermedad, se daban también en esta ley casos específicos sobre centros penitenciarios y centros de salud: “En los hospitales y en las cárceles del país habrá departamentos especiales para el aislamiento de los

⁵⁴⁴ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1913). Instrucción pública. Plan de estudios. Tipografía mercantil. p. 25.

⁵⁴⁵ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo Nro. 33. (1917). Artículo 5. Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 18.

⁵⁴⁶ *Ibíd.*, p. 18.

⁵⁴⁷ REYES, María. Op. Cit., p. 96-97.

tuberculosos, los cuales estarán sujetos a la vigilancia de las autoridades sanitarias de la respectiva localidad.”⁵⁴⁸

La higiene en lugares públicos, tanto como en el espacio privado era algo de suma importancia para la sociedad y los entes de control de la higiene Nacional; al respecto Jorge Bilbao señala:

La tuberculosis ha permanecido a lo largo de la historia de la vida humana en nuestro país, probablemente porque los comportamientos colectivos e individuales facilitan la patogenicidad del microorganismo asociado a su presencia, lo que se expresa en las condiciones de higiene del medio social, viviendas y sitios de trabajo, así como en las condiciones laborales, dando lugar a pensar que más que un problema de Higiene Privada, la tuberculosis es un problema de Higiene Pública.⁵⁴⁹

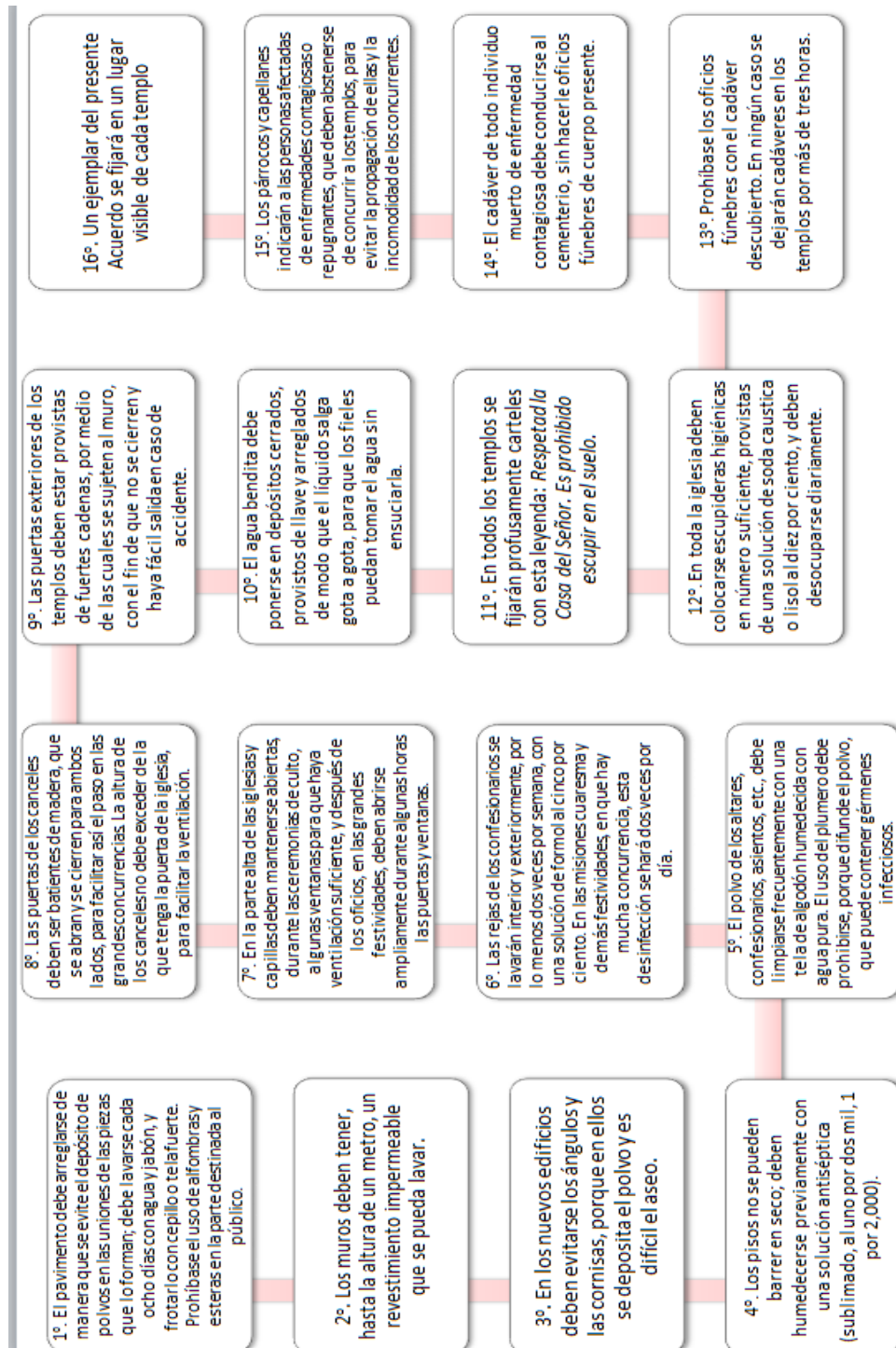
La Junta Central de Higiene reglamentó por medio del Acuerdo número 32, la higiene de los templos; en donde se deja en evidencia una clara preocupación por la prevención de las enfermedades contagiosas y en especial por las trasmisibles vía aérea, como la tuberculosis, postura ratificada por el acuerdo 33 de ese mismo año⁵⁵⁰; dentro de las recomendaciones señaladas por este ente de control estaban (Ver figura 5).

⁵⁴⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. Artículo 5. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia. p. 131.

⁵⁴⁹ BILBAO, Jorge. Op. Cit., p. 347.

⁵⁵⁰ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 7. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 18.

Figura 5. La higiene en los templos.



Elaborada a partir de: COLOMBIA. GOBIERNO NACIONAL. Gaceta de Santander. (1917). Año LXVIII. Número 4.699. Tipografía Mercantil. Gobierno Nacional. p. 629-630.

El control del espacio privado en la ciudad también era un tema de gran figuración dentro de la norma; la Ley 46 de 1918 señalaba que para el control de estas habitaciones se facultaba a “Los mencionados funcionarios (policía) y los de Higiene quedan facultados para visitar las casas, piezas, accesorias y demás edificios arrendados o destinados a serlo, con el objeto de averiguar si tienen o no las condiciones higiénicas determinadas.”⁵⁵¹ Estas visitas debían ser advertidas al menos con 24 horas de anticipación, a excepción de hacerse en caso del estallido de una epidemia o de medidas preventivas de una.⁵⁵²

Por medio de la resolución número 16, sobre las condiciones higiénicas de las habitaciones, la dirección nacional de higiene, señalaba nuevamente, las condiciones que debían tener los espacios de reposo, convivencia e intimidad en Colombia; la buena ventilación, la luz, el espacio libre de hacinamiento, los materiales en los que estaba construido, y otros factores más, eran identificados como determinantes a la hora de prevenir enfermedades contagiosas.⁵⁵³ Un artículo a destacar de la anterior resolución es el número 15 que dicta:

Cuando en alguna habitación hubiere un enfermo atacado por una enfermedad contagiosa, el enfermo será aislado de acuerdo con las disposiciones del médico de la casa, quien indicará a los demás habitantes las precauciones que deben tener. Si no hubiere un médico, la autoridad sanitaria municipal indicará las medidas convenientes de profilaxis, si hubiere noticia del enfermo. Terminada la enfermedad, el inmueble será desinfectado, a costa del propietario y de acuerdo con las disposiciones de la Dirección Nacional de Higiene. Sin esta desinfección no puede ser ocupada la pieza.⁵⁵⁴

En las dinámicas de crecimiento de las ciudades colombianas producto de los procesos de industrialización, y de la anteriormente mencionada migración interna del campo a las ciudades en busca de progreso económico⁵⁵⁵, se comienzan a configurar barrios obreros en los principales centros urbanos del país, muchos de

⁵⁵¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 46. Artículo 4. (19, noviembre, 1918). por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee a la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria. Recopilación leyes de Colombia. p. 74.

⁵⁵² *Ibíd.*, artículo 6. p. 74.

⁵⁵³ COLOMBIA. DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 16. (1919). Gaceta de Santander. Año LXX. Número 4.857-4.858. Imprenta de la Unión Católica. p. 494-496.

⁵⁵⁴ *Ibíd.*, artículo. 15. p. 495.

⁵⁵⁵ REYES, María. Op. Cit., p. 113.

estos, con condiciones higiénicas y sanitarias pésimas; ante este panorama el Estado legisló:

Es obligación de los Municipios que tengan más de quince mil habitantes destinar el dos por ciento del producto de sus impuestos, contribuciones y rentas, a la construcción de viviendas higiénicas para la clase proletaria. Dichas viviendas tendrán que llenar las condiciones determinadas por la Dirección General de Higiene; por habitarlas se cobrará solamente un arrendamiento equivalente al seis por ciento anual del valor de su costo, más un cuatro por ciento sobre el mismo valor, destinado a cubrir este; todo conforme a los reglamentos ejecutivos de esta Ley, y a los que, sin contrariar los ejecutivos, dicten los respectivos Concejos Municipales.⁵⁵⁶

Estas medidas se tomaban precisamente para prevenir enfermedades infecciosas o bacterianas como el caso de la tuberculosis pulmonar, popularizada entre la población obrera del país, debido a las pésimas condiciones laborales y de vivienda, como se señaló en el primer apartado del presente capítulo.

La construcción de edificios públicos para el tratamiento de las enfermedades (hospitales, asilos, dispensarios, casas de salud, manicomios etc.) había sido planteado desde 1917 en el acuerdo número 33 de la Junta Central de Higiene: “La Municipalidad propenderá por la creación de Dispensarios y Sanatorios para tuberculosos, y de aquellos establecimientos reconocidos como eficaces para prevenir el desarrollo de la enfermedad en los individuos predispuestos (restaurantes escolares, colonias de vacaciones, gotas de leche, etc.)”⁵⁵⁷ Por mandato de la Ley 99 de 1922, la construcción de estas instituciones deberá estar aprobadas por la Dirección Nacional de Higiene, y no representar ningún perjuicio en la salud pública.⁵⁵⁸ Para el desarrollo de estas obras con las óptimas condiciones higiénicas y su puesta en marcha respetando los preceptos de la Dirección Nacional

⁵⁵⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 46. Artículo 7. (19, noviembre, 1918). por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee a la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria. recopilación Leyes de Colombia. p. 74.

⁵⁵⁷ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 20. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 20.

⁵⁵⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. Artículo 13. (07, diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. Recopilación Leyes de Colombia. p. 160.

de Higiene, estos establecimientos serán auxiliados económicamente por el tesoro nacional.⁵⁵⁹

La construcción de un hospital sanatorio para tuberculosos en la ciudad de Bucaramanga no se dará hasta 1941, en donde esta obra iniciará sus actividades; el inicio y la forma de financiamiento de esta construcción es señalada por Tany Moreno, en su texto *Historia de la Salud Pública en Bucaramanga 1920-1973*:

En cuanto al problema de la tuberculosis un hospital sanatorio que atendiese a los enfermos era urgente pero a obra no pudo ver la luz hasta 1941, atendiendo a 2500 enfermos aproximadamente, cifra que medía la cantidad de pacientes atacados por la tuberculosis en cuatro meses. Iniciándose por fin y con inversiones considerables; las campañas pedagógicas sobre cómo prevenir y enfrentar la peligrosa enfermedad. Los fondos para dichas actividades fueron recaudados a través de funciones de teatro organizadas por “damas prestantes de la ciudad en cumplimiento de su deber social y cristiano” en el Teatro Garnica.⁵⁶⁰

Por medio de la Ordenanza número 79 de 1921, sobre el código de policía, se señalaba en su capítulo VI “Los Hospitales, Asilos, Casas de salud, etc., destinados a enfermedades de carácter contagioso se instalarán fuera de las poblaciones.”⁵⁶¹ Y continuaba por decir: “Los Hospitales, Lazaretos, Casas de salud, etc., que se instalen en lo sucesivo para el aislamiento y asistencia de pacientes de enfermedades transmisibles, estarán separados de las casas o edificios adyacentes por una distancia no menor de treinta metros y rodeados de árboles y parques o jardines.”⁵⁶²

Otro aspecto importante relacionado con las sociabilidades y las enfermedades epidemio-contagiosas, son las fiestas, reuniones o encuentros en sociedad, al respecto tanto la norma nacional como en este caso el código de policía dictaba: “Cuando una enfermedad grave, contagiosa o epidémica ataque una población, no podrán darse en ella espectáculos públicos ni tenerse reuniones numerosas,

⁵⁵⁹ *Ibíd.*, Artículo 14. p. 160.

⁵⁶⁰ MORENO, Tany. Op. Cit., p. 66.

⁵⁶¹ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza número 79. (1921). Gaceta de Santander. Año LXXII. Número 4.974. Imprenta del Departamento. Capítulo VI. Art. 440. p. 313.

⁵⁶² *Ibíd.*, p. 313.

mientras la Junta de Sanidad no declare que esto puede verificarse sin perjuicio de la población.”⁵⁶³

La modernidad acarrea consigo otro tipo de escenarios donde la favorabilidad para el contagio de la tuberculosis era alta; la popularización del automóvil, el surgimiento del transporte público y otros factores relacionados con la aparición del auto en el escenario de la ciudad colombiana, obligo a los entes de control sanitarios y de la higiene pública a tomar medidas al respecto. Por medio de la Resolución 114 de 1929, el Director Departamental de Higiene de Santander, ante el aumento del uso de vehículos privados y de transporte público, ordena la desinfección periódica de estos; dentro de esta norma se destaca: “La Dirección de higiene se reserva el derecho de ordenar la desinfección extraordinaria de cualquier vehículo cuando se tenga noticia de que en él se hayan transportado individuos atacados de enfermedades contagiosas.”⁵⁶⁴

La indigencia y la vagancia como un mal propio de la vida en la Urbe⁵⁶⁵, fue un problema que se intentó corregir a lo largo de toda la primera mitad del siglo XX, se encuentran normas nacionales, departamentales y locales que hacen referencia a la peligrosidad de los indigentes afectados de enfermedades contagiosas; el decreto número 8 de 1933, expedido por el Alcalde Municipal de Bucaramanga, sobre indigencia y mendicidad en la ciudad; se deja expreso sobre el manejo de los indigentes afectados por enfermedades: “Los mendigos que sufran enfermedades contagiosas o repugnantes, que no puedan ocultar a la vista o al olfato, no les será permitido mendigar en lugares públicos, deberán en tales casos ser aislados en algunos de los establecimientos de caridad.”⁵⁶⁶

⁵⁶³ *Ibíd.*, p. 314.

⁵⁶⁴ SANTANDER. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE HIGIENE. Resolución número 114. (1929). Gaceta de Santander. Año LXXII. Número 5.385. Imprenta del Departamento., Art. 5. p. 29.

⁵⁶⁵ REYES, María. *Op. Cit.*, p. 113.

⁵⁶⁶ BUCARAMANGA. ALCALDÍA MUNICIPAL. Decreto Nro. 8. Art. 5. (1933). Archivo municipal de Bucaramanga. p. 2.

En el caso particular de la ciudad de Bucaramanga, es pertinente resaltar algunas características de esta ciudad para la primera mitad del Siglo XX; sobre la relación de Bucaramanga con su salubridad y los cambios gestados en este periodo, la autora María Reyes, señala en un capítulo dedicado al desarrollo de la salud pública en este municipio:

Aunque en el decenio de los veinte Colombia es un país rural ya que la mayoría poblacional se alberga en los campos, no se puede desconocer a la minoría urbana establecida en las ciudades que empieza a experimentar unas transformaciones y a desarrollar una mentalidad urbana. En Bucaramanga las disposiciones que se adoptan en materia de salud pública incidieron en el acelerado cambio del paisaje y en la inclusión de elementos propios del mundo urbano; la lucha contra las enfermedades de la vieja data que aun aquejaban a los bumangueses, impulsa a los organismos y autoridades de salud a establecer una vez más limitaciones formales e informales claras para el desarrollo de una vida cotidiana mejor.⁵⁶⁷

Dentro de estas determinaciones pensadas a fin de mejorar la salubridad de la ciudad, se encuentra el acuerdo 11 de 1915, expedido por consejo de Bucaramanga, que trataba el problema del aseo y la recolección de basuras en la ciudad, como una medida para la prevención de enfermedades y malos olores; dentro de las medidas adoptadas, estaba de dotar de un sistema de recolección de residuos y el aseo de las calles de la ciudad, dividiendo a esta por medio de cuadrantes. Era importante algunos aspectos del trato de las basuras por parte de la sociedad: “No se permitirá depositar las basuras en la calle ni en los zaguanes mientras llega el carro. Se mantendrán en punto más interior, no visible por los transeúntes, y en vasijas adecuadas como cajones o recipientes análogos provistos de tapa bien adaptada para impedir el acceso de las moscas a la basura.”⁵⁶⁸ Sobre el aseo de las calles en las ciudades, ya el acuerdo 33 de 1917, expedido por la Junta Central de Higiene, dictaba: “No se barrerán las calles sin haberlas regado

⁵⁶⁷ REYES, María. Op. Cit., p. 113.

⁵⁶⁸ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 11. Artículo 1. (1915). Archivo del consejo municipal. p. 2.

previamente con agua. Esto no puede efectuarse sino en las primeras horas de la mañana, cuando haya pocos transeúntes por las calles.”⁵⁶⁹

La prensa local también reconoció una serie de particularidad sobre el aseo de la ciudad y la tuberculosis: “Sería de desearse que la Junta Departamental de Higiene ordenara rociar la plaza de mercado antes de proceder a barrerla. Así se evitarían muchos contagios resultantes del polvo que se posa sobre los víveres que allí se expenden, pues no es raro el caso de que los barrenderos hayan muerto de tisis.”⁵⁷⁰

Una serie de escenarios y transformaciones se dieron en la ciudad de Bucaramanga a los largo de la primera mitad del siglo XX, debido principalmente a ser la de mayor concentración de población al ser la capital departamental⁵⁷¹. La ciudad contaba con algunas organizaciones dedicadas a atender los problemas de salud pública, como lo expresa María Fernanda Reyes:

Bucaramanga contaba en la década de 1920 con organismos unidos para hacer frente a los problemas de salud pública como el Asilo San Antonio, dedicada al cuidado de ancianos; el Asilo de niñas de San José, ubicado en el barrio de la filadelfia; Hospital de caridad también conocido como Hospital de San Juan de Dios, que contaba con un pabellón para enfermos mentales y otro para tuberculosos así como de servicio de rayos X; Asilo de niños desamparados;...⁵⁷²

Desde la normativa municipal se puede rastrear cuales fueron algunas de las disposiciones encaminadas a mejorar las condiciones higiénicas de la ciudad, y a luchar contras la enfermedades contagiosas como la Tuberculosis.

Por medio del acuerdo número 8 de 1918, el concejo municipal de Bucaramanga, designa unos presupuestos para la sanidad de la ciudad, entre los cuales se

⁵⁶⁹ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 11. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 19.

⁵⁷⁰ ANÓNIMO. Nota. En: El Debate: semanario liberal. Sábado 22 de febrero de 1919. Nro. 73, Serie III. p. 3.

⁵⁷¹ ESPINOSA, Carlos. Op. Cit., p. 31.

⁵⁷² REYES, María. Op. Cit., p. 73.

destacan: “B. Para la desinfección del hospital de San Juan de Dios. C. Para la desinfección del local de la Cárcel de circuito.”⁵⁷³

La creación de una Comisión Sanitaria Permanente en Bucaramanga en 1926, precedida por los doctores: Daniel Peralta, Francisco Padilla y Francisco Gonzales García; tenía como objetivo:

Estar encargada de velar por la salubridad pública de Bucaramanga, de indicar a esta Dirección las medidas que considere necesarias para combatir las epidemias que se presenten o para prevenir su aparición, y de hacer cumplir en el territorio de su jurisdicción los acuerdos y resoluciones de la Dirección Nacional y Asistencia Pública y de esta Dirección (Dirección Departamental de Higiene).⁵⁷⁴

En 1921 el inspector de esta comisión Rodolfo Mantilla Canal, en un informe presentado al señor Director Departamental de higiene, describe una serie de determinaciones tomadas por este ente en relación al control sanitario de la ciudad y la prevención de las enfermedades contagiosas; este acontecimiento es referenciado por María Reyes:

Se practicaron visitas de inspección en las fondas y casas de asistencia para indicar las medidas de higiene convenientes para su funcionamiento; las visitas en algunos casos tenían como consecuencia el cierre de cocinas o de los establecimientos por considerarse una real amenaza para la salud pública. Rodolfo Mantilla Canal, inspector de la Comisión Sanitaria de Bucaramanga, dispuso la desinfección de todas aquellas habitaciones ocupadas por enfermos contagiosos, obligó se practicaran en la Casa de Mercado inspecciones diarias en los expendios, especialmente en la venta de leche;⁵⁷⁵

Otros aspectos de la sociabilidades y de la cotidianidad, debían ser regulados en la ciudad de Bucaramanga a efectos de prevenir la transmisión de enfermedades; el uso de los espacios públicos, y de los locales comerciales, comenzó a ser restringido, y en establecimientos dedicados al servicio público, se dictaminaron una serie de normas de higiene; sobre las barberías de Bucaramanga Reyes, citando la Resolución número 67 de 1921 señala:

⁵⁷³ BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 8. Artículo 2. (1918). Archivo del consejo municipal. Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal. p. 1.

⁵⁷⁴ SANTANDER. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 99. (1926). Gaceta de Santander. Año LXXVIII. Nro. 5.264. Imprenta del Departamento. Art. 3. p. 54.

⁵⁷⁵ REYES, María. Op. Cit., p. 114.

En las barberías y peluquerías –ampliamente establecidas en esta ciudad- se establecieron medidas con el propósito de evitar la infección; los instrumentos utilizados para el servicio público como navajas, peines, tijeras, máquinas para cortar, eran desinfectados en agua formolada una vez usados en una persona; el uso de las esponjas y de las motas quedó prohibido, éstas fueron sustituidas por algodones y otros materiales renovados para cada servicio individual. Se establece el tipo ideal de astringente, el mobiliario adecuado para cada lugar, el porte obligatorio de certificados expedidos por médicos en los cuales constara que el barbero o peluquero no padecía enfermedades contagiosas que pudieran transmitirse en el ejercicio de su trabajo, los certificados reposarían a la vista de los usuarios y serían renovados cada tres meses. Se dispuso el atuendo adecuado para trabajar, la manera de desinfectarse luego de cada turno, así como que el personal destinado a prestar servicio en las barberías y peluquería debía estar sana y vacunada. Todo propietario de establecimiento estaba obligado a presentar a los empleados sanitarios los certificados de sanidad de las personas que se ocuparan de su establecimiento.⁵⁷⁶

Otra práctica de la medicina artesanal o tradicional eran la extracción de piezas dentales en la vía pública o en los parques; en contra de este precario servicio odontológico, se expidió una Resolución que lo prohibía, y fue la 107 de 1927. Reyes señala al respecto:

Con frecuencia un individuo sin título que acreditara su idoneidad, aprovechaba estos espacios para extraer las piezas dañadas, sin las más mínimas normas de higiene, poniendo en peligro la vida de los incautos y propagando fácilmente las enfermedades por falta de higienización de los elementos con los que trabajaba. En 1927 esta práctica fue sancionada y extirpada del coloquial cuadro urbano que muchas veces se presenciaba en las plazas de la ciudad.⁵⁷⁷

Ya para 1933 por medio de la Ordenanza 15, se crea en Bucaramanga, bajo las políticas nacionales de estudio de las enfermedades contagiosas o transmisibles, y de las condiciones higiénicas de la ciudad, un laboratorio de higiene, químico y bacteriológico, dependiente de la Dirección Departamental de Higiene, y que tendría como obligación:

a) Investigaciones necesarias para determinar la naturaleza y el origen de las epidemias y epizootias que se presenten en el Departamento. b) Análisis permanente de las aguas que se dan al consumo en las poblaciones, de los alimentos, drogas, productos biológicos etc., con el fin de prestar eficaz protección a la salud pública. c) Análisis de minerales, de tierras y productos agrícolas.⁵⁷⁸

⁵⁷⁶ *Ibíd.*, p. 115-116.

⁵⁷⁷ *Ibíd.*, p. 120.

⁵⁷⁸ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza No. 15. Artículo 1. (1933). Edición oficial. Imprenta moderna. p. 25.

Como se mencionó con anterioridad las instituciones presentes en la ciudades podían ser, debido a sus particularidades, focos de infección de la enfermedad; la cárcel era reconocida por la comunidad médica mundial como uno de los escenarios de mayor favorabilidad para el desenfreno de la tuberculosis pulmonar; en el caso de la ciudad de Bucaramanga, su centro penitenciario estuvo lejos de estar ajeno a esta realidad.

4.4 LA CÁRCEL COMO EL ESCENARIO PROPICIO DEL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

La cárcel en Colombia, debido a las graves condiciones en las que funcionaba: hacinamiento, malnutrición, malas condiciones ambientales y de estructura de los edificios⁵⁷⁹; era tal vez el mayor foco de infección de tuberculosis pulmonar, dentro de las instituciones de la ciudad⁵⁸⁰. Normas de carácter nacional, señalaban este problema sanitario dentro del establecimiento penal, ejemplo de esto es el acuerdo 33 de 1917, sobre profilaxis de la tuberculosis, que ordenaba en su artículo 4: “En los hospitales, asilos y prisiones habrá departamentos separados para los tuberculosos. Se vigilará y mejorará la higiene de estos establecimientos, y se sacará a los presos a que hagan ejercicio diariamente y trabajar al aire libre, manteniéndolos así separados el mayor tiempo posible del medio en que viven.”⁵⁸¹

La situación de los centros de reclusión penal en el departamento de Santander era compleja, ubicadas en construcciones no pensados para ese fin, eran identificadas por médicos, legistas y gobernantes como un problema de sumo cuidado. Sobre la

⁵⁷⁹ MARTÍNEZ COLLAZOS, David. Una visita a la cárcel. En: Vanguardia liberal. Miércoles 25 de febrero de 1920. Nro. 148, Año I. p. 1.

⁵⁸⁰ MANTILLA QUIJANO, Joaquín. Los tres peldaños: El presidiario. En: Vanguardia liberal. Lunes 06 de octubre de 1919. Nro. 31, Año I. p. 3.

⁵⁸¹ COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo No. 33. Artículo 4. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis. EN: Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 18.

situación general de las cárceles en el departamento de Santander, en 1913 se escribía en un informe a la asamblea:

Entre los asuntos de Gobierno que reclaman modificaciones substanciales figura en primero término el de las Cárceles. En los anteriores informes, la Gobernación ha demandado ahincada pero estérilmente medidas que sustituyan a los antros que hoy poseemos verdaderos establecimientos de corrección. Como dije en otra ocasión, lugares donde se hacina a los sindicados y a los reos a trasmitirse recíprocamente todos los contagios morales y físicos; donde no hay separación alguna por edades, ni por condiciones y antecedentes; donde la diligencia y el trabajo están proscritos y reinan la pereza y la holgazanería, con todo el cortejo de depravaciones y miseria que ellas engendran antes que de corrección, merecen el nombre de establecimientos de relajación...Es preciso establecer las Cárceles en locales amplios e higiénicos y dotarles de talleres donde se pueda establecer separaciones, enseñar a trabajar y perseguir por todos los medios la regeneración de los presos.⁵⁸²

En 1915 el Secretario de Gobierno de Santander, relacionaba estas malas condiciones anteriormente descritas, con la aparición de enfermedades infectocontagiosas, y sentenciaba el desalentador desenlace de muchos reos que eran ingresados a estos centros penitenciarios:

Acontece con frecuencia que llegan a las Cárceles presos afectados de enfermedades contagiosas, y mientras se provee la manera de aislarlos permanecen en ellas con graves perjuicios para los demás presos y dejan el contagio en el local. Debe, pues, votarse partida para las desinfecciones del caso y aún para arrendamiento o construcción de una casa donde poder formar un departamento de presos afectados de tisis y otras enfermedades contagiosas, excepto los de lepra que se envían a contratación. Lo contrario es condenar a terribles sufrimientos y aún a muerte a individuos que al delinquir solo se hicieron acreedores a determinado tiempo de permanencia en una Casa de castigo. El asunto no solo es de justicia sí que también de amor a nuestros semejantes⁵⁸³.

La Junta Departamental Organizadora de la Lucha Antituberculosa, en su segunda reunión efectuada el 14 de mayo de 1917, señalaba la preocupación por las pésimas condiciones sanitarias de la cárcel de Bucaramanga; además de extender el primer llamado para la construcción de un nuevo edificio que contara con las condiciones adecuadas de prevención de contagios de tuberculosis:

Dirigir a la Junta Nacional una comunicación sobre el mal estado sanitario del establecimiento que hoy presta en esta ciudad el servicio de Cárcel del circuito y la necesidad de construir un edificio *ad-hoc*, con pabellón de aislamiento para los numerosos presos tuberculosos que hoy infestan la Cárcel y han convertido ese local en un foco de propagación

⁵⁸² SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1913). Cárceles del Circuito. Tipografía mercantil. p. IV.

⁵⁸³ SANTANDER. RAMO DE GOBIERNO. Informes del Secretario de Gobierno de Santander. (1915). Imprenta Católica. Bucaramanga. p. 6.

de la enfermedad. Llamar la atención de la Junta Nacional sobre la Ordenanza 46 de 1916, expedida por la Asamblea de Santander, por la cual facultó al Gobernador para ceder a la Nación, a título gratuito un lote de terreno en esta ciudad, siempre que el Gobierno Nacional ordene la construcción allí antes de dos años, de la Penitenciaría de este Departamento.”⁵⁸⁴

Este llamado también fue hecho desde la prensa local, que identificaba la necesidad de la construcción de un nuevo edificio que cumpliera con las condiciones sanitarias mínimas para la reclusión de los presos del municipio y que solucionara el grave peligro de estos y de la misma sociedad en relación a la tuberculosis⁵⁸⁵.

Para 1920, se asociaba ya directamente la cárcel de Bucaramanga con la Tuberculosis Pulmonar, sobre todo haciendo énfasis en la peligrosidad de esta para la sociedad en general:

Hay hechos que se cumplen y se repiten y no se explica uno por qué se los tolera, por qué no se corrigen sin demora. Entre estos hay uno que se ha venido sucediéndose en Santander, de modo notorio y con grave perjuicio para la sociedad, en general. El edificio en que funciona la Cárcel del Circuito Judicial de Bucaramanga es, todo el mundo sabe, un espantoso foco de infección de la tuberculosis, de esa peste blanca que no mutila, como la lepra, pero que lleva a la tumba diariamente millares de víctimas, que invade en silencio todas las capas sociales, sin que sean suficientes a combatirla y a evitar sus estragos incesantes, las providencias que los Gobiernos de todos los países dictan enérgicamente.⁵⁸⁶

Los edificios en los que funcionaban los centros penitenciarios en el departamento de Santander y en especial en la ciudad de Bucaramanga, penaban de estar infectados a totalidad de microbacterias causantes de enfermedades; como el caso del Bacilo de Koch; en un informe a la asamblea del departamento se denunció:

Bien se comprende que una casa, como la que se trata, en que han vivido de continuo, por muchos años, varios tuberculosos, de esa clase de gentes que no cree en contagios, ni tiene cuidado ni escrúpulo, está cubierta, pudiera decirse, de una capa del bacilo de Koch, y quienes la habitan están condenados a contraer la enfermedad, salvo que posean una naturaleza refractaria o suficientemente fuerte para vencer la invasión en su organismo.⁵⁸⁷

⁵⁸⁴ SANTANDER. SECRETARÍA DE GOBIERNO. Informes. (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Nro. 4.700-4.701. Tipografía Mercantil. p. 649-650.

⁵⁸⁵ ANÓNIMO. Noticias y comentarios: Penitenciaría de Bucaramanga. En: Vanguardia Liberal. Lunes 12 de abril de 1920. Nro. 186, Año I. p. 1.

⁵⁸⁶ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes: Sobre la penitenciaría. (1920). Imprenta V.M. Alarcón y compañía. Bucaramanga. p. 32

⁵⁸⁷ *Ibíd.*, p. 32.

Una explicación a esta situación podría darse precisamente en las condiciones generales de la cárcel de Bucaramanga; un informe realizado por el Doctor Alejandro Peña, director de la Junta Departamental de Higiene, el 24 de Febrero de 1920, sobre la situación del edificio que funcionaba como centro de reclusión municipal, el aumento de la tuberculosis y la necesidad social y moral de hacer algo con esa situación pone en evidencia la magnitud del problema; este informe será transcrito a continuación, a efectos de exponer todos los por menores de esta denuncia:

Por prevenido que lleváramos el espíritu para hallar disculpable o al menos explicable el descuido de la higiene en aquel lugar, no pudimos de sentir la mayor sorpresa al ver el grado a que llega ese descuido. Y no podemos callar el sentimiento de horror que nos inspira la iniquidad que comete la sociedad al recluir en aquel sucio edificio, sin ninguna higiene a individuos cuya salud y vida tiene el deber esta sociedad de respetar y de conservar. Corre la fama de que un déspota suramericano entre los tormentos con que espanta y aflige a sus enemigos tiene en una prisión, una pieza que llaman, el cuarto de los tísicos. El prisionero que llevan a aquel cuarto muere al poco tiempo de esa terrible enfermedad. Y el relato de este odioso procedimiento ha bastado para que aquel déspota sea detestado más allá de las fronteras del país que oprime. En la Cárcel para hombres de Bucaramanga no es un cuarto sino un edificio de tísicos lo que tiene la sociedad. La proporción de los que se tuberculizan es muy subida y grande es el número de los que mueren por este motivo antes de ser oídos y vencidos en juicio. Ahora son pocos, nos decía el guardia que nos acompañaba, porque los cuatro más graves ya están agonizando en el hospital. Son pocos y sin embargo hay cuatro e agonía sobre un total de 150 presos. Cuantos serán los que están ya tuberculizados y que van a morir de esta enfermedad en otra prisión o en su casa? Seguramente el número de éstos es muy crecido. Nada puede extrañar la pavorosa estadística de tuberculizados que da la Cárcel de Bucaramanga, si se consideran las desastrosas condiciones de aquel lugar de reclusión: salones sin ventilación y sin luz, que reciben mayor número de ocupantes del que pueden recibir; ausencia de pavimentos de cemento lavables y lavado frecuentemente que debía tener; repugnante promiscuidad de enfermos y sanos, en lugar de la calificación y de la separación conveniente para la higiene física y la higiene moral. Paredes sucias, lo mismo que los pisos por los esputos que allí lanzan los presos, porque nadie les enseña que no deben hacerlo, y porque esas paredes deben estar cubiertas de una capa de cemento que las haga lavables y las que hay son de simple tierra blanqueada; barrido con escoba que levantando el polvo, rico en contagios, lleva a las vías respiratorias los gérmenes que han de destruirlas. Y muchas otras causas de menor importancia son suficientes para explicar por qué salen tantos tuberculosos de la Cárcel de Hombres. Creemos que con lo dicho basta para concluir que en aquel lugar carecen los reclusos de toda higiene y de toda protección y nos abstenemos de calificar el hecho de que en una sociedad cristiana y que está en intimo contacto con la civilización moderna exista un lugar de reclusión en las condiciones en que se encuentra el que nos ocupa, porque bien sabemos que el señor Director Departamental de Higiene abunda en los mejores deseos de intervenir, como lo ha hecho en otras ocasiones, con las autoridades correspondientes para hacer que cesen los males apuntados en este informe. No es la primera vez que esta Dirección teniendo en cuenta el másimo estado sanitario en que se encuentra la Cárcel para hombre de esta ciudad, se haya dirigido a las autoridades correspondientes en solicitud de la construcción de un edificio que preste el servicio de reclusión y que no sea como el actual, un foco de

infección y un mal no solo para los presos sino también para todos los habitantes del Departamento, pues muchos de los individuos que allí entran, salen llevando consigo la terrible enfermedad y con ellos el contagio.⁵⁸⁸

Las repercusiones de lo anteriormente expuesto, llegaron hasta los diarios de la ciudad; cabe resaltar la iniciativa médica de por medio de los canales comunicativos de la ciudad, informar a la sociedad de los problemas salubres de las instituciones en Bucaramanga; en el Diario Vanguardia Liberal, este mismo año se realizó una nota sobre el informe expuesto por el Doctor Alejandro Peña⁵⁸⁹.

Una solución planteada con anterioridad por la comunidad médica colombiana, era la desinfección de estos edificios; pero este ejercicio acarrearía para el caso específico de la cárcel de Bucaramanga una serie de inconvenientes:

En estas condiciones, la desinfección completa sería costosísima, equivaldría al gasto, o poco menos de la reconstrucción del edificio, y, con todo, este esfuerzo sería inútil, en absoluto inútil, porque en la casa continuarían viviendo los tuberculosos en el mismo abandono que han traído, sin aislamiento, desde luego que este no es posible establecerlo por insuficiencia del local, y sin que haya esperanza de conseguir uno mejor. Es preciso, pues, prescindir de este medio para atender a necesidad tan urgente, y buscar otro más eficaz, más cuerdo, definitivo.⁵⁹⁰

Ante estos inconvenientes anteriormente expuestos, y como era señalado en las últimas líneas del informe del Dr. Alejandro Peña, se concluyó que la única solución para la situación insalubre de la cárcel de Bucaramanga era:

No queda otro recurso que la pronta construcción de otro edificio adecuado, sobre planos científicamente arreglados por sus condiciones de solidez, seguridad, capacidad, higiene, aislamiento, etc. Empero, se dirá, esta idea, única satisfactoria, es irrealizable por falta de recursos suficientes destinados a ella en un término corto. No, este proyecto es de fácil ejecución, si, como debe serlo, se lleva a la práctica uniendo los esfuerzos de la Nación y del Departamento simultáneamente.⁵⁹¹

En un telegrama dirigido al señor presidente de la república, el director departamental de higiene Dr. Alejandro Peña, hace un llamado ante la imposibilidad

⁵⁸⁸ *Ibíd.*, p. 33.

⁵⁸⁹ PEÑA S., Alejandro. Mal estado sanitario de la cárcel. En: Vanguardia Liberal. Viernes 27 de febrero de 1920. Nro. 150, Año I. p. 3.

⁵⁹⁰ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes: Sobre la penitenciaría. (1920). Imprenta V.M. Alarcón y compañía. Bucaramanga. p. 32.

⁵⁹¹ *Ibíd.*, p. 32.

de la desinfección de la cárcel de Bucaramanga, para que la Nación apoye económicamente la construcción de un nuevo edificio penitenciario:

Santander necesita urgentemente Penitenciaría. Permítome pedir a su Excelencia un auxilio de cincuenta mil pesos en Bonos Colombianos para edificación. Departamento contribuye con un lote de terreno de más de diez mil metros cuadrados, el completo del dinero que se invierta y la dirección y administración de los trabajos con Ingenieros competentes. Los motivos de urgencia son: La insuficiencia del local sin que haya manera de conseguir otro; la construcción inadecuada; la falta de seguridad; la situación inconveniente; y, por sobre todo, lo infectadísimo de tuberculosis, de modo que en él aparecen constantemente nuevos casos, sin que sea posible la desinfección, porque lo impiden el servicio y la falta de lugar para aislar los enfermos. Los reclusos reclaman de que se les expone al contagio. Trátase de obra humanitaria. Ruego a su Excelencia una pronta respuesta para avisarlo a la asamblea.⁵⁹²

Año siguiente a estos señalamientos se ordena la construcción de este edificio penitenciario, Reyes referenció este suceso y los lugares donde funcionaba la cárcel del municipio y donde sería construida la nueva:

El tres de octubre de 1921, el Gobierno Departamental dio vida al Decreto que dispuso por fin la construcción de un edificio para la penitenciaría de Bucaramanga. Por el sistema de administración y bajo la dirección del Ingeniero Departamental, debía levantarse el edificio. La construcción se adelantaría en un terreno comprado al Municipio al occidente de la plaza de la Concordia de la ciudad, atendiendo al plano presentado por el ingeniero que ya había sido aprobado por la Gobernación. Los trabajos debían desarrollarse en el menor tiempo posible de manera que pudiera trasladarse al nuevo edificio, la cárcel de hombres del Distrito Judicial de Bucaramanga, que funcionaba en un local precario y sucio contiguo a la Casa de Gobierno, ubicado en la plaza de García Rovira.⁵⁹³

La construcción de este nuevo edificio que funcionaría como cárcel del municipio se comenzó a adelantar en 1922, dos después del señalamiento de la grave situación salubre del centro de reclusión de la ciudad y uno de la ordenanza de dicha obra; esta empresa se desarrolló con amplias expectativas en lo relacionado con el control de enfermedades, y el aislamiento de los pacientes⁵⁹⁴; a fin de llevarlo a un buen término esta contó con ayuda del gobierno nacional, quien tenía la responsabilidad de la administración de la cárceles del país, pero también del gobierno departamental y local, que en harás de materializar lo más pronto posible este

⁵⁹² *Ibíd.*, p. 32.

⁵⁹³ REYES, María. *Op. Cit.*, p. 104-105.

⁵⁹⁴ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. *Informes: Sobre la penitenciaría.* (1920). Imprenta V.M. Alarcón y compañía. Bucaramanga. p. 32-33.

proyecto y así corregir las alarmantes cifras de contagiados de tuberculosis, que ingresaban y salían de los muros de la cárcel, se vinculó y aportó terrenos⁵⁹⁵ y presupuesto para este fin:

La construcción de este importante edificio, uno de los que con mayor urgencia necesita el Departamento, fue iniciada a principios del mes de septiembre próximo pasado, en el terreno que el departamento adquirió del Municipio de Bucaramanga, mediante el contrato de permuta a que se hizo referencia en otro lugar de esta Memoria. Los trabajos se han llevado a cabo, intensificando los hasta donde ha sido posible, merced a lo cual la edificación se encuentra bastante adelantada, hasta el punto de que muy pronto podrán trasladarse allí los presos. El pormenor de los trabajos llevados a cabo en este edificio, así como el monto de las sumas invertidas en él, se halla en el informe respectivo del señor Ingeniero del Departamento.⁵⁹⁶

Los planos y la disposición de la nueva Cárcel de hombre de Bucaramanga estuvo pensada en pro del bienestar de reos y personal de la institución⁵⁹⁷; medidas se pensaron a priori para en este caso llevar a buen término el funcionamiento de este centro: “Por higiene y comodidad se ha dividido cada uno de estos en tres cuerpos, pudiendo de esta manera establecerse la separación que se crea conveniente. Para obtener luz y ventilación se ha proyectado una serie de claraboyas en la parte superior del muro, protegidas por rejas de hierro, y que dan a los patios de trabajo.”⁵⁹⁸

El sistema penitenciario en Colombia, aun en la actualidad, plantea una serie de realidades insalubres que propician el surgimiento de enfermedades infectocontagiosas. La tuberculosis pulmonar es aún un problema dentro de las comunidades reclusas en centros penitenciarios del país⁵⁹⁹ y medidas

⁵⁹⁵ REYES, María. Op. Cit., p. 105.

⁵⁹⁶ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1922). Imprenta del Departamento. Bucaramanga. p. 15.

⁵⁹⁷ REYES, María. Op. Cit., p. 107.

⁵⁹⁸ SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1922). Imprenta del Departamento. Bucaramanga. p. 47.

⁵⁹⁹ ANÓNIMO. Brote de tuberculosis y meningitis en la cárcel modelo de Bucaramanga, ha infectado a 4 guardias. 23 de Marzo del 2017. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/colombia/brote-de-tuberculosis-y-meningitis-en-la-carcel-modelo-de-bucaramanga-ha-infectado-a-4-guardias>. Consultado: 28 de abril del 2018.

encaminadas a la prevención de este mal se gestaron a lo largo del siglo XX, y aun en el siglo XXI.

Hasta acá se ha podido vislumbrar los por menores de la lucha contra la tuberculosis pulmonar en Colombia, en Santander y en la ciudad de Bucaramanga, aunque hay que reconocer lo múltiples esfuerzos realizados desde el Estado, las comunidades medicas nacionales, y la sociedad misma por erradicar este mal, la enfermedad ha seguido conviviendo en el territorio colombiano hasta la actualidad; en una publicación realizada por el Ministerio de trabajo, higiene y previsión social en 1940, sobre la legislación de la campaña antituberculosis en Colombia en la primera mitad del siglo XX, se señalaba lo siguiente:

De lo anterior podemos decir que en materia de legislación antituberculosa de todo se ha dicho lo bastante para que se hubiese hecho ya una campaña de grandes proporciones. Sin embargo, los presupuestos exigüos asignados hasta ahora, solo han permitido el desarrollo de una parte de nuestro programa que contempla el vasto problema que representa la lucha antituberculosa en el país. Esperamos y confiamos que el Gobierno actual nos dará los elementos con los que junto con nuestras modestas iniciativas, continuaremos la cruzada contra uno de los más temibles azotes que embargan y diezman nuestra nacionalidad.⁶⁰⁰

Como se referencia en la anterior cita, la campaña en contra de la tuberculosis, se ve limitada por los bajos presupuestos destinados para esta; en el caso particular del municipio de Bucaramanga, esta lucha no tuvo asignado un presupuesto independiente que pudiese solventar los gastos necesarios para su realización; esto se puede evidenciar a partir de las notas escritas en los periódicos locales que denunciaban el grave abandono fiscal y presupuestal asignado para las campañas en contra de la tuberculosis; para 1931 en el Diario El Deber se escribía:

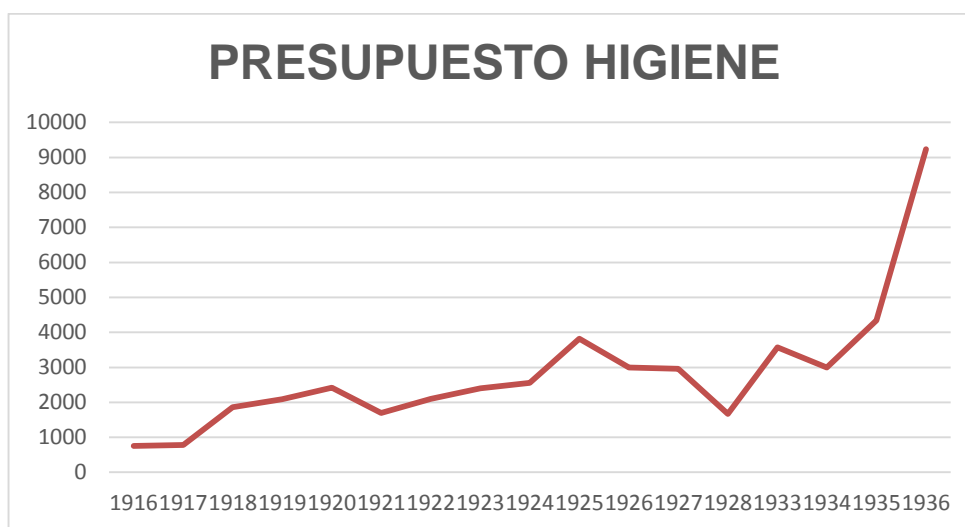
Entre las dolencias que invaden la tierra santandereana ocupa la tuberculosis lugar importante por la manera creciente como ha venido desarrollándose sin q' para contenerla haya aparecido hasta ahora acción firme y decidida, amparadora de los intereses públicos. Es sobremanera sorprendente la indiferencia que sobre el particular se ha tenido, a pesar de que existen leyes que disponen fomentar la campaña contra semejante enfermedad, destinando para ello sumas de dinero que no se incluyen en el presupuesto, quedando de esa manera burlado el deseo legislador. No existe, pues, en Santander una entidad debidamente organizada que haga frente a la propagación del bacilo de Koc, arrancando a su influencia temible tantas víctimas como las que anualmente hace a sus anchas, hecho

⁶⁰⁰ Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 8.

inaudito que urge acabar a toda costa, antes de que tengan que lamentarse males irreparables. La creación de juntas antituberculosas con la suficiente dotación de medicinas y de dinero para atender a sus necesidades, es cuestión de suma urgencia para que emprendan su campaña y lleven al vecindario la tranquilidad a que tiene derecho.⁶⁰¹

Las iniciativas antituberculosas en Bucaramanga eran financiadas por los presupuestos destinados para el ramo de higiene (ver gráfica 1 y tabla 3) y beneficencia (ver gráfica 2 y tabla 4).

Gráfico 1. Comportamiento del Presupuesto Municipal de higiene.



Elaborada a partir de: Acuerdos Municipales del Consejo de Bucaramanga.

Tabla 3. Valores exactos de los presupuestos Municipales para Higiene.

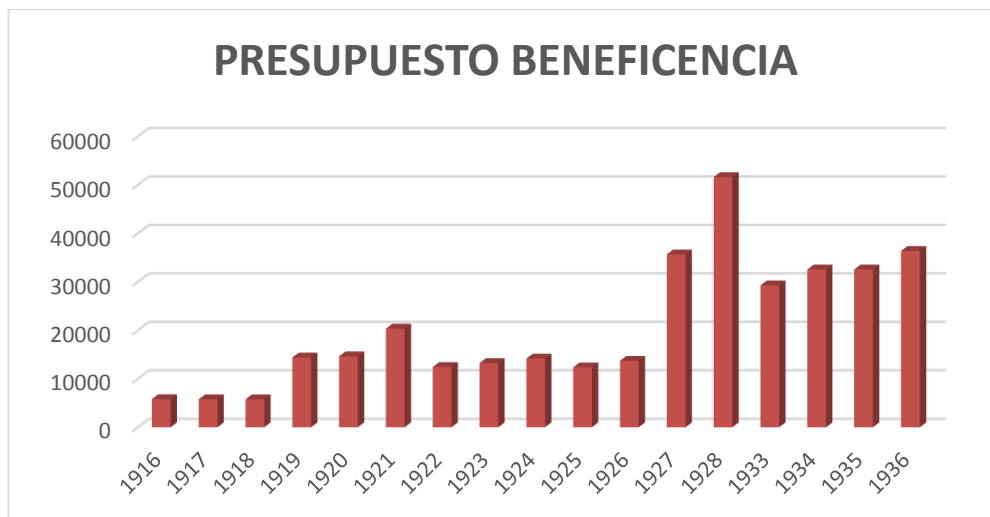
AÑO	VALOR (PESOS)
1916	750
1917	780
1918	1865
1919	2094
1920	2420
1921	1700

⁶⁰¹ ANÓNIMO. La tuberculosis. En: El Deber: diario de la mañana. Bucaramanga. Viernes 30 de enero de 1931. Año IX, Nro. 2.231. p. 3

1922	2100
1923	2400
1924	2560
1925	3818
1926	2995
1927	2959
1928	1670
1933	3572
1934	3000
1935	4340
1936	9240

Elaborada a partir de: Acuerdos Municipales del Consejo de Bucaramanga.

Gráfico 2. Comportamiento del Presupuesto Municipal de Beneficencia.



Elaborada a partir de: Acuerdos Municipales del Consejo de Bucaramanga.

Tabla 4. Valores exactos de los presupuestos Municipales para Beneficencia.

AÑO	VALOR (PESOS)
1916	5796

1917	5760
1918	5760
1919	14394
1920	14636
1921	20352
1922	12420
1923	13260
1924	14168
1925	12353
1926	13704
1927	35662
1928	51619
1933	29278
1934	32553
1935	32553
1936	36372

Elaborada a partir de: Acuerdos Municipales del Consejo de Bucaramanga.

En las anteriores gráficas y tablas, se pueden evidenciar los presupuestos con los cuales contaban las iniciativas de lucha contra la tuberculosis en la ciudad de Bucaramanga y aunque hay unos años en los que se evidencian unos aumentos presupuestales, la lucha se siguió realizando con macros esfuerzos que en algunas ocasiones no solucionaban el verdadero problema salubre de la ciudad en relación a esta enfermedad. Se desconocen los presupuestos puntuales destinados para combatir directamente la tuberculosis en el Municipio.

El Ministerio de trabajo, higiene y previsión social pacta una serie de recomendaciones a efectos del futuro de la lucha contra la tuberculosis después de la década de los 40, esto será señalado en el siguiente apartado, para darle fin a la lucha científico-médica y legislativo-normativa en Colombia, Santander y Bucaramanga contra la Tuberculosis Pulmonar en el periodo de 1916 a 1936.

5. QUÉ HACER CON LA TUBERCULOSIS EN EL FUTURO (1940)

Sobre la situación de la campaña antituberculosa en Colombia para 1940, el Ministerio de trabajo, higiene y previsión social, escribe: “Pero nos hemos opuesto a su creación (Dispensarios ambulantes) siempre que ha sido intentada, porque la campaña antituberculosa en Colombia es incipiente y aun no estamos en capacidad de hospitalizar a los enfermos indigentes diagnosticados por nuestros Dispensarios Centrales.”⁶⁰²

Dentro de las recomendaciones hechas en este año, por médicos y legistas en Colombia pertenecientes al ministerio, en relación a la introducción de políticas antituberculosas en la próxima legislación a realizarse en Colombia, estaba la de la creación de un seguro social contra la tuberculosis, argumentando que:

Las naciones en donde se ha implantado este seguro, comprendiendo la ineludible necesidad de llevar al seno de las familias atacadas por la peste blanca los medios pecuniarios y elementos necesarios para la lucha y triunfo contra el terrible mal, comenzando por llevar al enfermo lo más pronto posible al hospital-sanatorio para tuberculosos y asegurar la subsistencia de su familia, en el caso bastante frecuente de que el enfermo sea el mismo jefe de ésta, armonizaron en proporciones determinadas los aportes del capital, del trabajo y del Estado, creando el fondo común y el impuesto parcial que constituyen la base del seguro social.⁶⁰³

Se identificó a la población que labora en hospitales, dispensarios y sanatorios para tuberculosos, como los más propensos a adquirir la enfermedad, por esto se propuso un seguro para estos, en caso de verse afectados por la enfermedad.⁶⁰⁴

Otra de las propuestas planteadas por el ministerio de trabajo, higiene y previsión social, era la de entregar certificados antituberculosos gratuitos para obreros y empleados, atribuyendo:

⁶⁰² Publicaciones del ministerio de trabajo, higiene y previsión social. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940. p. 69.

⁶⁰³ *Ibíd.*, p. 53.

⁶⁰⁴ *Ibíd.*, p. 62-63.

Siendo la declaración obligatoria de la tuberculosis una medida prácticamente imposible de implantar en nuestro país, al menos por el momento, ya por carencia de médicos en los diferentes Municipios de la República que expidan los certificados de defunción correspondientes, ya por los prejuicios innatos y de los cuales adolece todavía nuestro pueblo, tales como el de considerar aún a la tuberculosis como una enfermedad denigrante y vergonzosa, creemos, ya con experiencia, que más eficaz sería establecer en todo el país, como lo hemos hecho con éxito en algunos Departamentos, el examen obligatorio, sistemático y periódico del mayor número de personas posible, tomando de preferencia aquellas que, por la índole de su trabajo o por las condiciones de éste, se hallen en circunstancias favorables para adquirir la enfermedad o transmitirla cuando la padecen y lo ignoran. Así se educa al público y más tarde no será difícil la declaración obligatoria de la tuberculosis.⁶⁰⁵

En este texto se propone la fundación y fortalecimiento de instituciones dedicadas a la lucha y prevención de la tuberculosis; instituciones que solamente serán llevadas a buen término y funcionarán con la ayuda económica y el compromiso de todos los estamentos de la Nación; el primero que se propone consolidar y popularizar es el dispensario antituberculoso, gran baluarte de la lucha contra la tuberculosis, y aunque la habían algunos ejemplos de dispensarios en Colombia, estos eran casos aislados, y el verdadero efecto de estos se daba en el momento en el que en cada ciudad y población de la nación existiese uno:

El Dispensario Antituberculoso, considerado como la célula elemental más importante de la campaña, es la institución que por su labor de descubrimiento de enfermos, propaganda, educación y tratamiento ambulatorio está destinada a servir de eje alrededor del cual giren las otras instituciones de lucha antituberculosa. Siendo, pues, que el Dispensario constituye el elemento social más importante de la campaña y de costo relativamente reducido, deben establecerse en el país el mayor número posible de estos organismos.⁶⁰⁶

También se proponía no solo la creación de dispensarios en los centros urbanos del país, sino también la de dispensarios ambulantes, para cubrir zonas aisladas de la geografía nacional: “Estos Dispensarios no son otra cosa que ambulancias debidamente dotadas de todos los elementos modernos que capacitan al médico para diagnosticar la tuberculosis. Nadie duda de la vasta campaña social desarrollada por ellos, ya que educan al campesino y a los habitantes de pequeñas poblaciones.”⁶⁰⁷

⁶⁰⁵ *Ibíd.*, p. 63-64.

⁶⁰⁶ *Ibíd.*, p. 68.

⁶⁰⁷ *Ibíd.*, p. 69.

Hay otra serie de instituciones que se proponen instaurar en Colombia, con el fin de que su ejercicio en conjunto, magnifique la campaña de profilaxis y lucha contra la tuberculosis; una de ellas son los Sanatorios-hospitales para tuberculosos, al respecto se señala:

La creación de un número suficiente de Sanatorios-Hospitales repartidos en las diferentes regiones del país, es otro de los puntos urgentes y básicos de la campaña antituberculosa, pues los Dispensarios por si solos prestan un gran servicio pero están lejos de resolver el problema. Creemos que la instalación de un Sanatorio-Hospital para cada uno de los Departamentos más poblados, y uno por cada dos o tres de los Departamentos menos poblados, podría ser, al menos por el momento, un paso decisivo en la labor que perseguimos. Tales instituciones deben tener una capacidad mínima de una cama por cada muerto anual por tuberculosis en el Departamento o Departamentos en donde presten el correspondiente servicio.⁶⁰⁸

Otra institución que se menciona son los Preventorios, entidades encargadas de la educación y la prevención de la tuberculosis en los niños; al respecto de las críticas de la poca acogida y desarrollo de estas entidades en Colombia, Carlos Arboleda Díaz, miembro de la campaña de la lucha contra la tuberculosis, responde que estos son demasiado caros, y que mejorando las condiciones de detección e aislamiento de los enfermos gestadas a partir de la creación de Dispensarios y Sanatorios, se previene el contagio de niños y de adultos⁶⁰⁹.

Otro gran avance en la lucha contra la tuberculosis para finales de la primera mitad del siglo XX, fue la instauración de una campaña para la vacunación antituberculosa, la cual era reconocida como necesaria en Colombia⁶¹⁰. El Estado apoyo esta iniciativa de la siguiente forma:

El Gobierno Nacional, tomando a su cargo tan trascendental medida, apropió, a fines de 1938, las sumas necesarias para la construcción del pabellón destinado a la elaboración de la vacuna antituberculosa, pabellón que se halla situado en los terrenos del Laboratorio Nacional de Higiene, y cuya construcción completamente terminada, está de acuerdo con los planos y los requisitos exigidos por la técnica.⁶¹¹

⁶⁰⁸ *Ibíd.*, p. 70.

⁶⁰⁹ *Ibíd.*, p. 73-75.

⁶¹⁰ *Ibíd.*, p. 76.

⁶¹¹ *Ibíd.*, p. 76.

Como se había mencionado en el apartado sobre el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, para estas décadas entra en el escenario de la lucha antituberculosa, las enfermeras visitadoras; en la década de los cuarenta, la creación de escuelas para la formación de enfermeras visitadoras, y el mismo papel que cumplen estas en la sociedad estaba justificada de la siguiente forma: "...hará que las personas que tosen sean examinadas en el Dispensario Antituberculoso y, sobre todo, seguirá visitando ese hogar para educar a la familia, para no dejar olvidar al niño los principios de higiene que aprendió en la colonia y para informar a las directivas cuando éste debe regresar a ella."⁶¹²

Ante el reconocimiento de la insuficiencia o la ineficacia de los medios de desinfección de los espacios infestados de tuberculosis, como la fumigación con formol; se propone desde una nueva campaña en contra de la tuberculosis, un nuevo mecanismo de desinfección que consiste en:

Los muros se enlucirán con cal o pintura, cambiando el papel en caso de que lo hubiere; los pisos se lavarán con agua y jabón, o lejía, quitando previamente las alfombras y esteras; el hule o linóleo se lavarán con agua y jabón; las alfombras se desinfectarán en la estufa, y falta de ésta, lavándoles con una solución de formol al cinco por ciento; lo mismo se hará con las cortinas; las esteras deben incinerarse; las puertas se lavarán con agua y jabón y se pintarán; las cerraduras y candados podrán simplemente colocarse en agua hirviendo, durante veinte minutos; en cuanto a los libros preferimos que sean incinerados; las ropas de cama y de uso personal del enfermo, se colocarán en una solución de formol al tres por ciento durante algunas horas antes de pasar al lavadero, a no ser que estén muy manchadas por excreciones del enfermo, caso en el que es preferible incinerarlas, o su no someterlas a lavados prolongados con una solución de formol al cinco por ciento y luego con agua hirviendo y lejía;...En cuanto a los excusados, se desinfectarán con sulfato de cobre o de hierro,...En el campo, en donde a menudo escasean estas sustancias, se empleará la cal viva,...Para desinfectar las manos: disuélvase una pastilla de oxicianuro de mercurio en un litro de alcohol; lávense bien las manos con agua y jabón y frótese con esta solución.⁶¹³

Otra propuesta, que rozaba también en el ámbito cultural, era el desarrollo de *Semanas de la Tuberculosis*, con esto se pretendía:

Al intentar establecer la Semana de la Tuberculosis, nos proponemos un doble fin: en primer lugar, llevar hasta los más apartados rincones del país la idea de que estamos empeñados en la realización de una vasta campaña contra el flagelo de la peste blanca, en la que los colombianos están obligados a colaborar, ya que la tuberculosis es una herencia de la humanidad que a todos puede tocarnos; en segundo lugar, organizar una serie de

⁶¹² *Ibíd.*, p. 78.

⁶¹³ *Ibíd.*, p. 79-81.

certámenes y de fiestas sociales en las que las clases pudientes pasan momentos agradables dejando un beneficio que, aunque reducido, soluciona en parte el problema pecuniario agudo de las personas pobres que han adquirido la tuberculosis.⁶¹⁴

Los resultados de estas jornadas serían invertidos en relación a la cantidad de dinero recolectado, si es muy poco se invertiría en aspectos pequeños como la compra de ropa para los enfermos del pabellón de tuberculosos; si el monto es mayor se buscaría con apoyo estatal la construcción de instituciones dedicadas a la lucha contra la tuberculosis⁶¹⁵.

Parte importante de la preocupación en relación a las campañas y la lucha contra la tuberculosis, era su financiamiento; los altos costos de esta gesta, la necesidad de aislar a los pacientes, y construir diferentes tipos de instituciones preventivas y de tratamiento de este mal, llevo a desarrollar formas de financiamiento como la Estampilla Antituberculosa:

Como fuente de recursos, y medio especial de propaganda, el Gobierno autorizó la creación de la Estampilla Antituberculosa, por medio de la Ley 20, del 5 de marzo de 1937. La Liga Antituberculosa Colombiana dio al expendio, en 1939, un gran número de estas estampillas, con tan gran éxito, que aunque se tuvo la idea de continuar la venta durante todo el mes de diciembre de ese año, sólo fue posible hacerlo durante los primeros días por haberse agotado rápidamente la edición. La venta de la Estampilla Antituberculosa debe hacerse todos los años.⁶¹⁶

La lucha contra el mal blanco, se debía gestar no solamente desde las esferas más altas de la sociedad, sino también desde el ámbito local; con este fin se comenzaron a crear las Juntas o comités de lucha antituberculosa: “Con el propósito de interesar, hasta donde sea posible, a todos los individuos de la sociedad en la magna lucha que contra el flagelo estamos adelantando, hemos creído conveniente insinuar y organizar en el país entero, Juntas o Comités Departamentales y Municipales de Lucha Antituberculosa, integrados por elementos prestantes de la localidades respectivas.”⁶¹⁷ Estas entidades estaban encargadas de la recolección de fondos para las campañas en contra de la tuberculosis, como un ejercicio de

⁶¹⁴ *Ibíd.*, p. 81.

⁶¹⁵ *Ibíd.*, p. 81.

⁶¹⁶ *Ibíd.*, p. 81-82.

⁶¹⁷ *Ibíd.*, p. 82.

filantropía de las clases mejor acomodadas de la sociedad, con los sectores más desfavorecidos:

En fin, en varias otras ciudades del país estas Juntas se han organizado ya o están para organizarse. Y a este respecto es importante citar la interesante circular que hemos dirigido a todos los Alcaldes de la República, insinuándoles la necesidad de que en todos los Municipios funcionen Juntas de Lucha Antituberculosa que, con sus iniciativas y recolección de fondos, podrán ayudar y aliviar a la clase pobre, la que, por diferentes circunstancias desfavorables de vida, está más propensa a contraer la enfermedad, cuando se encuentra en un medio propicio.⁶¹⁸

El fomento de las conferencias y congresos antituberculosos, era una gran preocupación por parte de los entes dedicados a la lucha contra este mal; esto debido a la gran importancia de estos eventos a efectos de la socialización y desarrollo de nuevos saberes científico-médicos sobre la tuberculosis, sus tratamientos y las medidas profilácticas a aplicar. Estos eventos estaban justificados y eran necesarios a razón de:

En efecto, las Conferencias y los Congresos, hoy consagrados en el mundo entero, constituyen la manera como los especialistas pueden, al congregarse, conocer de cerca, estudiar y discutir determinados puntos, sacar conclusiones, implantar normas de orden científico, administrativo o social, etc., etc. Son, pues, el medio más eficaz de vinculación colectiva y la manera como al tomar determinaciones, los especialistas rinden los mejores servicios a la ciencia y a la Patria.⁶¹⁹

Muchas de estas medidas, se implantarán y la campaña antituberculosa, ira adquiriendo más fuerza, con el desarrollo de nuevos mecanismos preventivos y curativos de esta enfermedad desarrollados en la segunda mitad del siglo XX; aunque la enfermedad no se ha erradicado en Colombia ni en el mundo en la actualidad⁶²⁰, el mejoramiento de las condiciones de vida, el acceso a los servicios públicos, el mejoramiento del ordenamiento territorial y las campañas higiénicas, han hecho que este mal blanco, sea en la actualidad un problema de salud pública

⁶¹⁸ *Ibíd.*, p. 82-83.

⁶¹⁹ *Ibíd.*, p. 84.

⁶²⁰ ANÓNIMO. Alerta en Santander por aumento de casos de tuberculosis. En: Vanguardia Liberal (en línea). Domingo 29 de octubre del 2017. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/414129-alerta-en-santander-por-aumento-de-casos-de-tuberculosis>. Consultado: 28 de abril de 2018.

controlado⁶²¹, como se puede evidenciar en la tasa de disminución de la tuberculosis (ver gráfica 3).

Gráfico 3. Proporción de las muertes en Colombia que son atribuidas a tuberculosis.



Tomado de: ROSSELLI, Diego; TARAZONA, Nick y AROCA, Alberto. La salud en Colombia 1953-2013: un análisis de estadísticas vitales. En: *Medicina*. 2014, Vol. 36, No. 2. p. 129.

⁶²¹ ROSSELLI, Diego; TARAZONA, Nick y AROCA, Alberto. La salud en Colombia 1953-2013: un análisis de estadísticas vitales. En: *Medicina*. 2014, Vol. 36, No. 2. p. 130.

6. CONCLUSIONES

- La tuberculosis es una enfermedad que ha estado presente en el ser humano desde el neolítico. El comportamiento e incidencia de esta enfermedad ha estado sujeto a las condiciones económicas, ambientales, sociales del entorno y la temporalidad en la que convive. Por ejemplo en Europa el pico más alto de infección se da en 1780 como consecuencia de la revolución industrial.
- En Colombia la tuberculosis estuvo presente desde la época prehispánica, y su forma pulmonar puede ser rastreada desde el periodo de la colonia; pero el momento de mayor auge de esta enfermedad en el territorio nacional, se da finalizando el siglo XIX y en la primera mitad del XX, debido principalmente a los cambios económicos y sociales gestados para esta temporalidad.
- La primera etapa del estudio científico de la tuberculosis, conocida como la etapa descriptiva se reduce a observaciones del comportamiento de una afectación desconocida, de los enfermos y de una serie de conclusiones que podrían generar un alivio de este mal; esta etapa comprende desde el estudio de la enfermedad en las antiguas civilizaciones, hasta el siglo XVIII.
- Los estudios anatomoclínicos de la tuberculosis, arrojan una serie de avances en el estudio del cuerpo tuberculoso, el comportamiento físico de la enfermedad y la detección de esta.
- La terapéutica y los sanatorios para tuberculosos fueron el baluarte del tratamiento de la tuberculosis en la primera mitad del siglo XIX, estas medidas se tomaban en relación al desconocimiento del agente causante de este mal, y por ende al desarrollo de un componente que pudiese curar o prevenir el contagio de la enfermedad.

- El descubrimiento del agente causal de la tuberculosis se da en 1882, por el Microbiólogo alemán Robert Koch, quien atribuye la enfermedad a El *Mycobacterium tuberculosis*, que pasa a ser conocido como el Bacilo de Koch; con esto se comienza la lucha biológica contra la enfermedad.
- El desarrollo de la *vacuna BCG* en 1921 y del antibiótico *Estreptomicina* en 1943, transforman la lucha contra las microbacterias causantes de la tuberculosis pulmonar, y propician por primera vez, herramientas eficaces tanto para el tratamiento de la tisis, como para la prevención de esta.
- Entidades como la Junta Central y Departamental de Higiene, se preocuparon por las enfermedades infectocontagiosas que azotaban la nación en la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX. Al respecto de la tuberculosis, reconocían a esta como una enfermedad silenciosa, de difícil diagnóstico y que se acrecentaba debido a las malas condiciones ambientales y sociales de la población colombiana de la época.
- Las Juntas Departamentales de Higiene jugaron un papel importante a la hora de replicar medidas nacionales en la lucha contra la tuberculosis pulmonar. Estas medidas en su mayoría profilácticas eran reguladas por los entes departamentales de higiene que a su vez propiciaron la aparición de organizaciones del control de la enfermedad. Por medio de los informes de estas entidades, se popularizaban investigaciones desarrolladas por médicos nacionales e internacionales, sobre las particularidades de la tuberculosis pulmonar, sus causas y las medidas idóneas para prevenir nuevos contagios.
- Diferentes médicos colombianos que investigaron la incidencia de la tuberculosis para la primera mitad del siglo XX, postularon la importancia de la prevención del contagio en la población infantil. Además de reconocer que

los entornos en los que el ser humano convive en relación a las diferentes etapas de la vida, pueden propiciar el contagio de la enfermedad.

- Dentro de las medicinas encontradas para este periodo en Colombia, referenciadas a partir de las investigaciones médicas, se encontró al Iodo y los sueros Maraglianos como agentes que disminuían la peligrosidad de la tuberculosis.
- La educación y popularización de la etiología de la enfermedad, los aspectos sociales que la propiciaban y las medidas profilácticas que prevenían nuevos contagios, fueron reconocidos por la comunidad médica colombiana como una necesidad y un compromiso de diferentes sectores tales como el Estado, la prensa y la misma comunidad dedicada al sector de la salud.
- Hay opiniones encontradas frente a la incidencia de la tuberculosis pulmonar en Colombia en las primeras décadas del siglo XX; aunque hay autores como Rafael Martín Rodríguez, que reconocía que la presencia de esta enfermedad en Bogotá y otras ciudades de Colombia no era tan elevada en relación con otros centros urbanos del mundo, el término general de la postura de la comunidad médico-científica colombiana apuntaba a reconocer a la tuberculosis pulmonar como una enfermedad de alarmantes cifras y de gran incidencia en el territorio.
- La comunidad médica colombiana, reconoció a la tuberculosis pulmonar como una enfermedad de carácter social, en la medida en que el surgimiento de esta, estaba marcado por factores de lo social como el hacinamiento, la malnutrición, el alcoholismo, las enfermedades venéreas, la miseria, las extenuantes jornadas laborales, la falta de higiene, etc., además de las repercusiones de la enfermedad en la sociedad: el aislamiento de los pacientes, la configuración de los barrios y las nociones sobre el tuberculoso.

- Desde el enfoque terapéutico de la enfermedad planteado para el caso colombiano, se reconocía el aislamiento de los pacientes en pabellones para tuberculosos, como una medida de control de la propagación de la tuberculosis pulmonar.
- Los congresos de medicina y en especial las dos conferencias nacionales de la tuberculosis, realizadas en 1938 y 1940 respectivamente; arrojaron unas consideraciones sobre la lucha contra esta enfermedad en Colombia, entre las que se destacan el fortalecimiento del dispensario antituberculosos como baluarte de la lucha contra este mal, la consolidación de hospitales sanatorios en todo el país, la creación de escuelas de enfermeras visitadoras que asistieran al lugar de residencia del tuberculoso, las campañas de vacunación por medio de la vacuna BCG, y la instauración de un examen tuberculoso obligatorio.
- La realización de estos encuentros médicos se hizo con el apoyo Estatal en la medida de llevar a buen término el intercambio de conocimientos sobre las enfermedades e instaurar una serie de medidas que controlaran el desenfreno de estas en la nación. Todo en respuesta a la noción de saneamiento nacional como medio para el progreso económico del país, premisa que era fundamentada desde el siglo XIX en el proceso de consolidación del Estado-Nación, y que tomará vigencia en la primera mitad del XX, debido a la consolidación de una economía industrial y comercial en Colombia.
- La Ley 66 de 1916, marca el más importante hito de la lucha contra la tuberculosis pulmonar en la primera mitad del siglo XX, debido a que es la reguladora de la lucha antituberculosa en Colombia y crea la figura de las juntas nacional, departamental y municipal de lucha antituberculosa, que serán las entidades encargadas de producir, instaurar y popularizar medidas profilácticas y de control de la tisis en el territorio nacional.

- El Hospital de Caridad San Juan de Dios de Bucaramanga, fue el escenario de mayor protagonismo en la lucha contra la tuberculosis pulmonar en la ciudad; la construcción de un pabellón para el aislamiento de los tuberculosos efectuada en 1921, respondía a los planteamientos médicos de la época sobre la contagiosidad de la enfermedad, y además mejoró el tratamiento de los pacientes de la ciudad portadores de la enfermedad.
- Aunque no se encontró gran volumen de producción y trayectoria de la Junta Departamental de lucha antituberculosa en Santander, esta jugó un papel protagónico en la tercera década del siglo XX, expidiendo acuerdos y vigilando las iniciativas de la lucha contra este mal en el departamento y en especial en el municipio de Bucaramanga.
- El proceso de industrialización tardío que vivieron las ciudades de Colombia en la primera mitad del siglo XX, configuró a una nueva clase social, la obrera, la cual debido a factores como las jornadas laborales, la malnutrición, las precarias condiciones de vivienda; serán uno de los principales grupo humanos mayormente afectados por la tuberculosis. en el caso de Bucaramanga, este sector, será foco de políticas locales como la construcción de barrios obreros con condiciones que prevengan el surgimiento de nuevas enfermedades.
- La lucha antialcohólica y antivenérea en Colombia, se entrelazaban con la lucha antituberculosa, en la medida de la relación descrita por médicos y legistas entre estas enfermedades, y su origen en las particularidades sociales de Colombia.
- La ciudad de Bucaramanga, propiciaba una serie de escenarios donde la tuberculosis podía aparecer y arraigarse; los templos, las barberías, los cuarteles, los colegios, etc., eran identificados por médicos y gobernantes

como los escenarios de más propensos para el contagio. Una serie de medidas se comenzaron a instaurar en la primera mitad del siglo XX, sobre profilaxis, aseo de la ciudad e higiene personal en Bucaramanga con el fin de frenar el impacto de las enfermedades contagiosas como la tuberculosis pulmonar.

- La cárcel de Bucaramanga era reconocida al unísono por médicos, gobernantes y la prensa local, como el escenario de mayor presencia de la tuberculosis; este panorama llevó a que entre la segunda y tercer década del siglo XX, se tomaran una serie de medidas de saneamiento y construcción de nuevos escenarios de reclusión para la ciudad.

- Aunque en la actualidad la tuberculosis siga siendo un problema de carácter social y de alarmante comportamiento; el saneamiento de las ciudades, las educación de la higiene personal y social, el mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes, entre otros factores, han propiciado una disminución de los casos de morbilidad y mortalidad en la ciudad de Bucaramanga y en Colombia entera.

BIBLIOGRAFIA

ABADIA, German. Tuberculosis Pulmonar. Tesis para optar por el título de doctor. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1918. Imprenta de la luz. 72 p.

ANÓNIMO. Desinfección de habitaciones. En: El Deber: diario de la mañana. Bucaramanga. Martes 20 de enero de 1931. Año IX, Nro. 2.222.

ANÓNIMO. Diagnóstico de la tuberculosis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Publicación No. 70. Diciembre 1931. Washington D.C. (USA).

ANÓNIMO. Existe relación entre el cáncer y la tuberculosis. En: El Deber: diario de la mañana. Bucaramanga. Miércoles 28 de septiembre de 1932. Año IX, Nro. 2.660.

ANÓNIMO. La higiene en el cuartel. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Miércoles 28 de enero de 1920. Nro. 124, Año I.

ANÓNIMO. La tisis en los soldados. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Lunes 22 de Septiembre de 1919. Nro. 19. Año I.

ANÓNIMO. La tuberculosis. En: El Deber: diario de la mañana. Bucaramanga. Viernes 30 de enero de 1931. Año IX, Nro. 2.231.

ANÓNIMO. Lucha contra la tuberculosis a nivel mundial. 15 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/lucha-contra-la-tuberculosis-nivel-mundial/>. Consultado: 28 de abril de 2018.

ANÓNIMO. Nota. En: El Debate: semanario liberal. Sábado 22 de febrero de 1919. Nro. 73, Serie III.

ANÓNIMO. Noticias y comentarios: Penitenciaría de Bucaramanga. En: Vanguardia Liberal. Lunes 12 de abril de 1920. Nro. 186, Año I.

ANÓNIMO. Por epidemias y hacinamiento, Inpec no recibe a reclusos en cárcel Modelo. En: Vanguardia Liberal (en línea). Jueves 09 de marzo del 2017. Disponible

en: <http://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/391358-por-epidemias-y-hacinamiento-inpec-no-recibe-a-reclusos-en-car>. Consultado: 28 de abril de 2018.

ANÓNIMO. Tisis y calvicie. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga Lunes 3 de noviembre de 1919. Nro. 55, Año I.

ARANGO LOBOGUERRERO, Magnolia. Apuntes sobre la historia de la tuberculosis infantil. *Medicina, Academia Colombiana de Medicina*. 2003, Vol. 25, Nro. 2. pp. 122-127. ISSN 2389-8356

ARÁOZ, Gregorio. La escuela en la lucha contra la tuberculosis. Dirección general de escuelas de la provincia de Buenos Aires. La Plata: Taller de impresiones oficiales. 1934. 17 p.

ARMUS, Diego. La Ciudad Impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires 1870-1950. Buenos Aires: Editorial Edhasa. 2007. 413 p. ISBN 9789876280020

AYALA, Héctor. Diagnóstico precoz de la Tuberculosis por medio de la Tuberculina y con los Rayos X. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1927. Tipografía Voto Nacional. 51 p.

BÁGUENA CERVELLERA, María José. La Tuberculosis en la Historia. En: Anales, Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana. 2011, Nro. 12. Pp. 1-4. ISSN 2172-8925

BILBAO, Jorge. Legislación en Salud y Tuberculosis en Colombia en el periodo 1886-1946. *Revista ADVOCATUS, Universidad Libre seccional Barranquilla*. 2013, Nro. 20. p. 347-348. ISSN 2390-0202

BONILLA, Emiliano. Algunas aplicaciones económicas y sociales de la medicina en Colombia. Tesis para optar por el título de doctor en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Kelly. 1942. 132 p.

BUCARAMANGA. ALCALDÍA MUNICIPAL. Decreto Nro. 8. (1933). Archivo municipal de Bucaramanga.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 06. (1922). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 11. (1915). Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 12. (1925). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 16. (1921). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 19. (1921). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 22. (1926). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 24. (1918). Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. CONSEJO MUNICIPAL. Acuerdo Nro. 8. (1918). Archivo del consejo municipal. Libro de acuerdos del consejo de Bucaramanga, Archivo del consejo municipal.

BUCARAMANGA. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informe del Señor Prefecto de Bucaramanga. (1920).Gaceta de Santander. Año LXXII. Nro. 4.942. Imprenta del Departamento.

CAMBA, Julio. Crónica: La ventaja de las epidemias. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Jueves 22 de Abril de 1920. Nro. 195. Año I.

CARTES, Juan Carlos. Breve Historia de la Tuberculosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013, Nro. LXX (605). 145-150 p. ISSN 0034-9909

CHAPMAN, William. AGUDELO, Ángela y MORALES, Jesica. La tuberculosis pulmonar en Barranquilla, 1930-1960. *Memorias, revista digital de historia y arqueología desde el caribe colombiano*. Septiembre-Diciembre 2015, Nro. 27. Pp. 276-305. ISSN 1794-8886

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1. (05, enero, 1931). Por la cual se crea el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 10. (20, noviembre, 1934). Sobre pérdida y rehabilitación de derechos políticos y por la cual se establecen algunos derechos de los empleados. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 112. (22, diciembre, 1919). Por la cual se reforman las Leyes 66 de 1916, 22 de 1911, 84 de 1914 y 32 de 1918. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 118. (22, noviembre, 1928). Por la cual se adiciona la Ley 11 de 1920, sobre importación y venta de drogas que formen hábito pernicioso, y se dictan otras disposiciones relativas al servicio de Higiene.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 15. (31, enero, 1925). Sobre higiene social y asistencia pública. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 174. (30, noviembre, 1936). Por la cual se auxilia el V Congreso Médico y la Convención Nacional de la Federación Médica. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 18. (19, septiembre, 1918). Por la cual se provee a la celebración del cuarto Congreso Médico Nacional. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 27. (13, octubre, 1926). Por la cual se organiza el Laboratorio Samper - Martínez y se señalizan unos sueldos. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 30. (13, octubre, 1913). Por la cual se abre un crédito extraordinario al Presupuesto de gastos de 1913. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 33. (18, octubre, 1913). Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 4. (31, agosto, 1921). Sobre higiene de las explotaciones de yacimientos o depósitos de hidrocarburos. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 44. (04, noviembre, 1916). Por la cual se auxilia la reunión del tercer Congreso Médico Nacional. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 46. (19, noviembre, 1918). Por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee a la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 52. (05, diciembre, 1924). por la cual se abren unos créditos adicionales al presupuesto de gastos de la vigencia de 1924. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 61. (28, marzo, 1936). Por la cual se reforma el artículo 7° de la Ley 46 de 1918, se dictan otras disposiciones

sobre construcción de viviendas higiénicas para los obreros de las minas y salinas de propiedad de la Nación y se da una autorización al Gobierno. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 66. (14, diciembre, 1916). Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 8. (30, Julio, 1918). Por la cual se destinan unas sumas a la beneficencia pública de Cali y Medellín. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 87. (18, noviembre, 1927). Sobre creación de varios laboratorios de higiene. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 99. (07, diciembre, 1922). Por la cual se adicionan las leyes vigentes sobre higiene pública. Recopilación Leyes de Colombia.

COLOMBIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 74. (1922). Gaceta de Santander. Año LXXIII, Nro. 5.008. Imprenta del Departamento.

COLOMBIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 146. (1922). Sobre la campaña contra el alcoholismo. Gaceta de Santander. Año LXXIII, Nro. 4.997. Imprenta del Departamento.

COLOMBIA. DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 16. (1919). Gaceta de Santander. Año LXX. Número 4.857-4.858. Imprenta de la Unión Católica.

COLOMBIA. GOBIERNO NACIONAL. Gaceta de Santander. (1917). Año LXVIII. Número 4.699. Tipografía Mercantil. Gobierno Nacional.

COLOMBIA. JUNTA CENTRAL DE HIGIENE. Acuerdo Nro. 33. (1917). Sobre profilaxis de la tuberculosis.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto Nro. 2316. (1938). Por el cual se dictan algunas disposiciones relativas a la obligación legal que tienen los hospitales generales de colaborar en la campaña antituberculosa nacional.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto Nro. 325. (1932). Por el cual se aprueba una Resolución del Director Técnico y el Administrador del Departamento Nacional de Higiene.

CORDERO DEL CAMPILLO, Miguel. Las Grandes Epidemias en la América Colonial. *Archivos de zootecnia*. 2001, Vol. 50, Nro. 192. Pp. 597-612. ISSN 1885 - 4494

DONOGHUE, Helen, *et al.* Tuberculosis: from prehistory to Robert Koch, as revealed by ancient DNA. *Lancet Infect Dis*. 2004, Nro. 4. 584-592 p. ISSN: 1473-3099

Dr. FAGET, G. H. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Publicación No. 76. Agosto 1932. Washington D.C. (USA).

DUTT, Asim y STEAD, William. Epidemiología y factores de huésped. Citado por SCHLOSSBERG, David. Tuberculosis e infecciones por microbacterias no tuberculosas. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. 2000. 471 p. ISBN 970102852X

ESPINOSA, Carlos. Negociantes de Bucaramanga 1902-1929. Bucaramanga: tesis para optar por el título de Magister en Historia. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Maestría en Historia. 2009. 245 p.

ESPINOZA, Carlos. Crecimiento Urbanístico de Bucaramanga. 1850.1900. Trabajo de grado para obtener el título de historiador. Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 1996. 279 p.

FARGA, Victorino. La conquista de la tuberculosis. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2004, Vol. 20, Nro. 2. 101- 108 p. ISSN: 0717-7348.

FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Noviembre-Diciembre 2004, Vol. 47, Nro. 6. 251-254 p. ISSN 0026-1742

FLECK, Ludwik. La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza, 1986. 198 p. ISBN: ISBN 84-206-2469-1

FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. 1975

FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Argentina: Editorial Altamira. 1996. 144 p. ISBN: 9789879017036

GALLO, J. M. Diagnóstico Clínico Precoz de la Tuberculosis Pulmonar Crónica. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1929. 47 p.

HARKER VALDIVIESO, Roberto. Y sucedió en Bucaramanga. Bucaramanga: Academia de Historia de Santander. Biblioteca Santander vol. XXXI. 1977. 516 p. ISBN: 657009979

HERNÁNDEZ, Aleidys. Entre la Ciencia y la Política: Historia de la Fiebre Amarilla en el Socorro (1929). Monografía para optar por el título de Historiadora.

Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2011. 148 p.

HERNÁNDEZ, Mario y OBREGÓN, Diana. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia (1902 – 2002). Bogotá: Organización Panamericana de Salud. 2002. 399 p. ISBN 9589705367

IDROVO, Álvaro. Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920). *Biomédica*. 2001, Vol.21, Nro. 3. pp. 216-223. ISSN 0120-4157

IDROVO, Álvaro. Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia. *Revista Biomédica*. 2004, Vol. 24, Nro. 4. Pp. 356-365. ISSN 0120-4157.

ISAZA, Enrique. La Tuberculosis en Bogotá, Profilaxis. Tesis para optar por el título de Doctor. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1913. imprenta Arboleda y Valencia.

KALMANOVITZ, Salomón. Nueva historia económica de Colombia. Bogotá: Editorial Taurus. 2010. 359 p. ISBN 9789587049404

La Medicina Internacional: revista mensual ilustrada médica, quirúrgica, farmacéutica, científica y literaria. En: Biblioteca Nacional. 1924.

LEDERMANN, Walter. El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena Infectología*. Edición aniversario. 2003; pág. 13-17. ISSN: 0716-1018

LEÓN, Libardo. Bucaramanga en vísperas de dos siglos. Colombia: Contraloría general de la república. 1984. 146 p.

LOBO, Manuel, *et al.* Informe de la Junta Central de Higiene al ministro de gobierno. 1 de abril 1917- (15 de julio 1918). Ministerio de instrucción pública - Salud pública. En: Informes. AGN.

MANTILLA QUIJANO, Joaquín. Los tres peldaños: El presidiario. En: Vanguardia liberal. Lunes 06 de octubre de 1919. Nro. 31, Año I.

MANTILLA, Arturo. A la sociedad de Bucaramanga. En: El Debate: semanario liberal. Martes 8 de febrero de 1919. Nro. 71. Serie II.

MANTILLA, Arturo. Casa de mendigos. En: Vanguardia Liberal. Jueves 27 de noviembre de 1919. Nro. 76. Año I.

MARIÑO MORALES, Lorenzo. Signos de la tuberculosis pulmonar incipiente y su valor diagnóstico. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1922. Imprenta de la Luz. 84 p.

Márquez Valderrama, Jorge. Políticas, tráficos y epidemias en Colombia a comienzos del siglo XX. En: Márquez, Jorge. Casas, Álvaro y Estrada, Victoria. Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia sede Medellín. 2004. 234 p. ISBN 9789589352922.

MÁRQUEZ, Jorge. Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia. *Revista Estudios, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín*. Mayo 2012, Nro. Especial. 103-118 p. ISSN 0328-185X.

MARTÍNEZ COLLAZOS, David. Una visita a la cárcel. En: Vanguardia liberal. Miércoles 25 de febrero de 1920. Nro. 148, Año I.

MESTRE, Josep. Enfermedad y población. Paris: Seminari D'Estudis sobre la Ciència. 1995. 369 p. ISBN 9788492030323.

Ministerio de Instrucción pública. Informes. Bogotá, Ibagué, Pasto, Londres, Nueva Orleans, Paris. 1981-1919. Carpeta 1. Caja 2. En: Archivo General de la Nación.

MORALES, Elquin. Sin miedo ni gloria: Ciencia y Política en la segadora de vidas de tez amarílica: Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923. Tesis de Grado para

optar al título de Historiador. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2005. 200 p.

MORENO, Tany. Historia de la Salud Pública en Bucaramanga 1920-1973. Tesis de grado para optar por el título de Historiadora. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2008. 139 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016. p. 1-5.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS. 2016. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38626&lang=es. Consultado: 28 de abril del 2018.

PERDOMO, Román. ACOSTA, Sergio y SIERRA, Sol. Patrimonio Arquitectónico del Centro de Bucaramanga. Tesis de grado para optar por el título de Historiador. Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2011. 318 p.

PÉREZ CADAVID, Juan. Contribución al estudio social del problema tuberculoso. Medellín: Imprenta oficial. 1932. 102 p.

PUBLICACIONES DEL MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL. Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Bogotá: Imprenta nacional. 1940.

QUEVEDO, Emilio. Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III, Hacia una profesión liberal 1865-1918. Bogotá: Tecnoquímicas. 2010. 303 p. ISBN: 9584521640

QUEVEDO, Rafael. Estudio Médico Social de la Tuberculosis Pulmonar en la región Interandina del Ecuador. Quito: Imprenta municipal. 1938. 329 p.

Revista Higiene. Año VI, Vol. I, Nro. 92. 1 noviembre de 1914. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. Biblioteca nacional. En: Biblioteca Nacional.

Revista Higiene. Año VII, Nro. 93. Agosto 1915. Imprenta y Litografía de J. Casís. Bogotá. En: Biblioteca Nacional.

Revista Lepra y Tuberculosis: órgano de divulgación científica y cultural. Año III, Nro. 4. Bogotá. En: Biblioteca Luis Ángel Arango. Enero-Febrero 1935.

Revista Médica de Colombia. Vol. 1, Nro. 2. Asociación colombiana de estudios médicos. En: Biblioteca Nacional. Septiembre de 1930.

Revista Médica de Santander. Año I, Nro. 3-4 y 5-6. 1897. Bucaramanga. En: Biblioteca Nacional.

Revista Médica de Santander. Año I. Número 1 y 2. Septiembre 1894. Bucaramanga. Biblioteca Nacional.

REYES, María. Estudio Histórico de la ciudad de Bucaramanga en la década de 1920 a través de sus instituciones. Tesis para optar por el título de magister en Historia. Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Facultas de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. 2007. 219 p.

RODRÍGUEZ CUENCA, José Vicente. Las enfermedades en las condiciones de vida prehispánica de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2006. 300 p. ISBN 9588063353

RODRÍGUEZ JV. Acerca de la supuesta debilidad mental y física de los muisca como posible causa de conquista y posterior extinción. *Arqueología.* 1988, Nro. 1. 42-46 p. ISSN: 0327-5159

RODRÍGUEZ, Carlos, *et al.* Tuberculosis en poblaciones prehispánicas de “El Morro de Tulcán” y “El Tambo-Alto del Rey” en el departamento del Cauca, Colombia. *Revista Infectio.* 2000, Vol. 4.4-17 p. ISSN: 2422-3794

RODRÍGUEZ, Rafael. La Espiroquetosis Bronquial (Bronquitis Sangrienta), causa frecuente de error en el diagnóstico de la Tuberculosis. Tesis para el doctorado en medicina. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1926. Casa Editorial Minerva. 76 p.

ROSSELLI, Diego; TARAZONA, Nick y AROCA, Alberto. La salud en Colombia 1953-2013: un análisis de estadísticas vitales. En: *Medicina*. 2014, Vol. 36, No. 2. 120-135 p. ISSN: 0120-5498

RUEDA, Néstor y FUENTES, Jaime. Historia urbana de Bucaramanga 1900-1930. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. 2012. 206 p. ISBN 978-958-8777-19-1

RUIZ, Prospero. Higiene y saneamiento. Medellín: Impr. Departamental. 1948. 576 p. ISBN: 9789588674308

SANCHEZ, José Guillermo. Lucha contra la tuberculosis en Bogotá 1900-1946. *Revista salud, historia, sanidad*. 2011, Vol. 2, Nro. 6. 37-50 p. ISSN 1909-2407

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes a la Asamblea Sobre la penitenciaría. (1920). Imprenta V.M. Alarcón y compañía. Bucaramanga.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1913). Instrucción pública. Plan de estudios. Tipografía mercantil.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1919). Imprenta de la Unión Católica. Bucaramanga.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes. (1922). Imprenta del Departamento. Bucaramanga

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Informes: Sobre la penitenciaría. (1920). Imprenta V.M. Alarcón y compañía. Bucaramanga.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 13. (1914).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 15. (1933).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 28. (1914).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 31. (1934).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 33. (1936).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 39. (1933).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 44 (1913). Código
de policía. Libro II. Título VIII. Capítulo II: Epidemias, contagios e infecciones.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 62. Consideración
número 2. (1927). Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 2. (1923). Edición
oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 32. (1918).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 51. (1922).
Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanza Nro. 79. (1921).
Gaceta de Santander. Año LXXII. Número 4.974. Imprenta del Departamento.
Capítulo VI.

SANTANDER. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL. Ordenanzas Nro. 4. Artículo único (1917). Edición oficial. Imprenta moderna.

SANTANDER. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 41. (1918). Gaceta de Santander. Año LXIX. Número 4.791. Tipografía Mercantil. Art. único.

SANTANDER. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 99. (1926). Gaceta de Santander. Año LXXVIII. Nro. 5.264. Imprenta del Departamento.

SANTANDER. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE HIGIENE. Resolución Nro. 114. (1929). Gaceta de Santander. Año LXXII. Número 5.385. Imprenta del Departamento.,

SANTANDER. JUNTA DEPARTAMENTAL ORGANIZADORA DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA. Acuerdo Nro. 10 (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Número 4.717. Tipografía Mercantil.

SANTANDER. RAMO DE GOBIERNO. Informes del Secretario de Gobierno de Santander. (1919). Imprenta Católica. Bucaramanga.

SANTANDER. RAMO DE GOBIERNO. Informes del Secretario de Gobierno de Santander. (1915). Imprenta Católica. Bucaramanga

SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Circular Nro. 2.060. (1918). Gaceta de Santander. Año LXIX. Número 4.816. Tipografía Mercantil.

SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informes (1919). Imprenta Católica. Bucaramanga.

SANTANDER. SECRETARIA DE GOBIERNO. Informes. (1917). Gaceta de Santander. Año LXVIII. Nro. 4.700-4.701. Tipografía Mercantil.

Segundo Congreso médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913. Escuela Tipográfica Salesiana. En: Biblioteca Nacional.

SERPA, Ricardo. Crónica: En el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Sábado 18 de octubre de 1919. Nro. 42. Año I.

SERPA-FLÓREZ, Roberto. Apuntes para la historia de la medicina. Santander y la UIS. *Médicas UIS, Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*. 2007, Vol. 20, Nro. 2. 157-167 p. ISSN 1794-5240

SOTOMAYOR, Hugo. BURGOS, Javier y ARANGO, Magdolia. Demostración de Tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de Mycobacterium Tuberculosis. *Biomédica*. 2004, Vol. 24. Pp. 18-26. ISSN 0120-4157

TORRICO, Raúl. Breve recuento histórico de la tuberculosis. *Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina*. 2004, Vol. 10, Nro. 1-2. pp. 54-63. ISSN: 1813-3355

URICOECHEA LOAIZA, José María. Algunas consideraciones sobre la tuberculosis pulmonar y su tratamiento por los sueros Maraglianos. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1928. 52 p.

VASCO, Carlos, *et al.* Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo I. Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas COLCIENCIAS. 1993. 296 p. ISBN 9037-12-7

WILLS, Guillermo. La tuberculosis y las escuelas. Informes al ministerio de instrucción pública – Salud Pública. Filadelfia, 17 de Abril de 1908. En: Archivo General de la Nación.