



**Campañas de papel: la lucha antituberculosa en Medellín y Bogotá,
1916 – 1946**

**Paper campaigns: the fight against tuberculosis in Medellín and Bogotá,
1916 – 1946**

Laura Jaramillo Cortinez

Tesis de maestría presentada para optar al título de Magíster en Salud Pública

Directora

Victoria Eugenia Estrada Orrego, Doctora (PhD) en Historia

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Maestría en Salud Pública

Medellín, Antioquia, Colombia

2023

Cita	Jaramillo Cortinez (1)
Referencia	(1) Jaramillo Cortinez, L. Campañas de papel: la lucha antituberculosa en Medellín y Bogotá, 1916 – 1946 [Tesis de maestría]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Maestría en Salud Pública, Cohorte XXXVI.



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco.

Jefe departamento: Edwin González Marulanda.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A Liliana, por ser mi fortaleza.

A Johnnatan, por ser mi luz.

A Juan José, por ser mi oasis.

A Carlos, por ser mi apoyo.

A Manuela, por ser mi fuerza.

A Yuliana, por ser indeleble.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mi asesora de tesis la docente Victoria Estrada Orrego, quien, con su inmenso conocimiento y su inagotable paciencia, direccionó esta investigación de la mejor manera. Su dedicación y apoyo en cada corrección, sugerencia y consejo fueron la base de los resultados que hoy presento.

A mi madre, Liliana Cortinez Celis quien estuvo a mi lado cada día de estos tres años guiándome con sus palabras llenas de amor y comprensión.

A Johnnatan Jaramillo Cortinez y a Diana Vallejo Mesa, quienes confiaron desde el inicio en este proyecto y sin duda alguna, fueron imprescindibles para llevarlo a cabo.

A Juan José Espinal Palacio, por su constante apoyo, su ferviente ánimo y su inconmensurable aliento en cada una de las etapas de este proceso.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
1. Planteamiento del problema y justificación	12
2. Objetivos.....	16
2.1 Objetivo general	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. Balance historiográfico	17
3.1 Historia de la tuberculosis en América Latina	18
3.2 Historia de la tuberculosis en Colombia	24
4. Metodología.....	28
4.1 Fuentes	29
4.2 Consideraciones éticas	31
5. Resultados.....	38
5.1 Capítulo I. Campañas antituberculosas en Colombia entre 1916 y 1946.....	38
5.1.1 Vacunación por B.C.G	65
5.2 Capítulo II. Campañas antituberculosas en Medellín y Bogotá entre 1916 y 1946.....	68
5.2.1 Campaña antituberculosa en Medellín	68
5.2.2 Campaña antituberculosa en Bogotá.....	81
5.3 Capítulo III. Historia y funcionamiento de los dispensarios antituberculosos en Medellín y Bogotá entre 1916 y 1946.....	95
5.3.1 Historia y funcionamiento de los dispensarios	95
5.3.2 Aparición y funcionamiento de los dispensarios en Colombia	97

5.3.3 Dispensario en Medellín	104
5.3.4 Dispensario en Bogotá	115
5.4 Capítulo IV. La tuberculosis en términos sociales y culturales	120
6. Discusión	139
7. Conclusiones	145
8. Recomendaciones	151
Referencias	152
Anexos	166

Lista de tablas

Tabla 1. Camas disponibles por ley para atender a pacientes con tuberculosis en Colombia para el año 1938.....	56
---	----

Lista de figuras

Figura 1. Esquema de la organización de la lucha antituberculosa	40
Figura 2. Modelo de propaganda “Lo que no deben hacer los tuberculosos”	59
Figura 3. Modelo de propaganda “Lo que no deben hacer los tuberculosos”	60
Figura 4. Modelo de propaganda “Lo que no deben hacer los tuberculosos”	61
Figura 5. Artículo “La salubridad y la higiene en Bogotá”	83
Figura 6. Modelo de propaganda “Promoción de visita a los dispensarios”	87
Figura 7. Estampillas de la Liga Antituberculosa Colombiana	90
Figura 8. Artículo “Los solos dispensarios son insuficientes para la lucha”	101
Figura 9. Trabajos efectuados de agosto de 1936 a diciembre de 1940.....	110

Resumen

Las campañas antituberculosas llevadas a cabo en el país entre los años 1916 y 1946, fueron la respuesta del Estado colombiano ante una enfermedad que causaba estragos en la población. Estas campañas fueron regidas por una legislación nacional, pero, se desarrollaron de manera distinta en los diferentes departamentos y ciudades del país. Este estudio se enfocó en el desarrollo de esas campañas de manera general en Colombia y específicamente en las ciudades de Medellín y Bogotá. Asimismo, este trabajo presenta una descripción del surgimiento y funcionamiento de los dispensarios antituberculosos en Colombia, entendidos como sitios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio para atender a quienes padecían la enfermedad o tuvieran sospecha de tenerla. Además, establece comparaciones respecto al desarrollo y los resultados de estas campañas en las ciudades de Medellín y Bogotá. Por último, esta investigación buscó entender qué significado cobró la tuberculosis en el entramado social y cultural dentro del marco del desarrollo de la higiene en el país.

Esta investigación se ubica cronológicamente en el periodo preantibiótico y analiza los diferentes dispositivos empleados por la lucha antituberculosa para hacerle frente a la enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis, dispensario, legislación, tratamiento, vacuna, estigma, contagio.

Abstract

The anti-tuberculosis campaigns carried out in the country between 1916 and 1946 were the response of the Colombian State to a disease that was wreaking havoc on the population. These campaigns were governed by national legislation, but they developed differently in the departments and cities of the country. This study focused on the development of these campaigns in Colombia, specifically in the cities of Medellin and Bogota. Likewise, this search presents a description of the emergence and operation of anti-tuberculosis dispensaries in Colombia, which were understood as diagnosis and outpatient treatment sites to care for those who suffered from the disease or had suspicion of having it. In addition, this investigation establishes comparisons regarding the development and results of these campaigns in the cities of Medellín and Bogotá. Finally, this research sought to understand the significance of tuberculosis in the social and cultural framework within the context of the development of hygiene in the country.

This research chronologically is placed in the pre-antibiotic period and analyzes the different devices used to deal with tuberculosis such as disease.

Keywords: Tuberculosis, dispensary, legislation, treatment, vaccine, stigma, contagion.

Introducción

Las representaciones y la construcción sociocultural en torno a la tuberculosis han cambiado a lo largo de los siglos. Los médicos árabes la consideraban una afección generalizada de carácter contagioso, mientras que en la Europa medieval era una dolencia susceptible de ser curada por medio del “toque real”, es decir bastaba que un rey posara su mano sobre el enfermo para combatirla (1).

En el siglo XIX, y gracias al romanticismo, la tuberculosis adquirió una imagen de enfermedad de moda, pues era común en jóvenes de clase alta y se le caracteriza por manifestar melancolía y hastío. La tristeza era la base de esta época literaria, y temas como la muerte y el suicidio eran vistos como una liberación. Se destacó un ideal de belleza que correspondía a una naturaleza enfermiza, de palidez constante con rostros que expresaban un sufrimiento constante. Para mediados del siglo XIX esta imagen de la enfermedad en la sociedad cambió y ante el miedo que producía se ocultaba, ya que avergonzaba a las familias, marginaba al enfermo y toda relación con él era considerada contagioso. En lugar de ser una enfermedad de las clases adineradas afectaba sobre todo a la clase obrera. Las condiciones de vida de los obreros y las de sus familias favorecieron el contagio, por lo que, entre 1850 y 1900, la tuberculosis se convirtió en la principal causa de muerte. Las fábricas, donde niños, hombres y mujeres trabajan extensas jornadas diarias, sin vacaciones, o alguna protección frente a la enfermedad, invalidez o vejez, en condiciones con poca ventilación o luz natural y con bajos salarios que no permiten una adecuada alimentación, se convirtieron en centros de contagio (2). Las condiciones de vida eran tan precarias a comienzos de la revolución industrial, que no fue raro que aspectos como el aire puro, la alimentación sana y el reposo prolongado fueran la base del tratamiento para sanar la tuberculosis. Se había observado que la tuberculosis era menos frecuente en las montañas, por lo cual se empezaron a disponer de sanatorios en sitios altos en donde el aire parecía más puro, alejando a la persona que padecía de la enfermedad de los miasmas de las grandes ciudades. Así, el progreso sanitario de un país se podía medir por el número de camas existentes en los sanatorios. Este movimiento se extendió en primer lugar por Europa y luego al resto del mundo (3).

Los cambios en la historia sobre las representaciones o percepciones en torno a la tuberculosis han sido destacados por Susan Sontag. Esta autora señala que “la tuberculosis es una enfermedad del tiempo, acelera la vida, la pone de relieve, la espiritualiza, suele concebirse como una enfermedad de la pobreza y de las privaciones; de vestimentas ralas, cuerpos flacos, habitaciones frías, mala higiene y comida insuficiente. Se asocia el tratamiento de la tuberculosis con la estimulación del apetito, se pensaba, además, que un cambio en el ambiente podía ayudar a curar a los tuberculosos. Se tenía la idea de que la tuberculosis era una enfermedad húmeda, una enfermedad de ciudades húmedas, el interior del cuerpo se había mojado, se aconsejaba viajar a sitios altos y secos...” (4).

En la actualidad sabemos que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa bacteriana, producida por una microbacteria perteneciente al complejo *Mycobacterium*; en donde se encuentran el *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* y *Mycobacterium microti* y *canetti*, los cuales pertenecen al orden de los actinomicetos, siendo el primero específico de la especie humana (5). Por ser un microorganismo resistente al frío, a la congelación y a la desecación y muy sensible al calor, la luz solar y la luz ultravioleta, tiene características específicas en su desarrollo que hace que se diferencie de las bacterias convencionales.

Los agentes infecciosos se desarrollan en diferentes seres vivos, animales u hombres, estos se denominan reservorios cuando constituyen el medio habitual de vida del microorganismo, y se denominan fuente de infección cuando constituyen un hábitat ocasional a partir del cual pasan inmediatamente al huésped. El reservorio principal de la enfermedad tuberculosa es el hombre sano infectado, esto quiere decir que corresponde a la persona que tiene en su organismo el bacilo sin presentar ningún síntoma o signo externo que lo identifique. Cuando el hombre sano infectado desarrolla la enfermedad se convierte en fuente de infección. Asimismo, las formas más infectantes, las constituyen los pacientes que tienen mayor capacidad de eliminar bacilos al exterior (bacilíferos) y, en las tuberculosis pulmonares, específicamente los enfermos con lesiones cavitadas (6).

Existen diferentes vías de infección. La más habitual es la vía aerógena, en dónde el paciente enfermo produce pequeñas gotas aerosolizadas de 1-5 micras de diámetro que se presentan en actividades cotidianas como hablar, reír y en mayor medida toser;

estás gotas cargadas con bacilos (entre 1 y 5 en cada gota) llegan al alvéolo, donde encuentra condiciones idóneas para desarrollarse. Las defensas acuden a la zona y en la mayoría de los casos se controla la infección, y en aquellos en que no, se produce la tuberculosis primaria. Otra vía de infección es la digestiva, sin embargo, se volvió poco frecuente debido a la pasteurización de la leche (6). Los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 – 70 años son los más vulnerables para contraer la enfermedad. Al parecer los hombres son más propensos que las mujeres, pero esto se relaciona con los hábitos sociales. Cuando se adquiere la infección tuberculosa existen circunstancias favorables al desarrollo de la enfermedad, los llamados “factores de riesgo”, que también interactúan con la inmunidad del huésped (6).

Desde 1882, año en el que Robert Koch, médico alemán descubrió el bacilo responsable de la tuberculosis, se demostró que la enfermedad es altamente contagiosa y que no distingue entre clases sociales. Este bacilo provoca infecciones en todas las partes del cuerpo, siendo la tuberculosis pulmonar la forma más extendida y contagiosa de la enfermedad (7). Esta investigación estudia propiamente la lucha antituberculosa en Colombia entre 1916 y 1946, dentro de un periodo determinado por la historiografía como “era preantibiótica” (1860 – 1945) (8) y describe los dispositivos que le hicieron frente a la enfermedad.

1. Planteamiento del problema y justificación

En 1994 Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la tuberculosis como una emergencia de salud pública mundial, poniendo fin a un largo y penoso periodo de desatención mundial a la enfermedad, que estaba olvidada en los países desarrollados y resurgía como grave problema de salud, sobre todo en la década de 1980. Esto debido a las pérdidas del control en programas nacionales de lucha con la tuberculosis, las devastadoras consecuencias del desarrollo acelerado del SIDA y la aparición de cepas resistentes al bacilo de Koch. Si bien, la declaración fue un gran paso para la lucha antituberculosa, sigue siendo un importante problema de salud mundial. En el informe de la OMS en el año 2012 se reporta que 8.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, con 1.3 millones de muertes entre las cuales se incluyen 320.000 personas VIH – positivas (9). Desde 1997, la OMS publica cada año un informe sobre la tuberculosis, para proporcionar una evaluación completa y actualizada de la enfermedad, el avance de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis a nivel mundial, regional y nacional (10).

Los datos más recientes a nivel mundial estiman que para el año 2019 cerca de 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y que hubo 1,2 millones de muertes por tuberculosis entre personas VIH negativas y 208 000 muertes adicionales en personas seropositivas. La mayoría de las personas que desarrollaron la enfermedad se encontraban en Asia Sudoriental (44%), África (25%) y el Pacífico Occidental (18%), con porcentajes más pequeños en el Mediterráneo Oriental (8,2%). América (2,9%) y Europa (2,5%)” (10).

Para la región de las Américas en el año 2017 la OMS estimó 282.000 casos nuevos y recaídas, un 3,0% de la carga mundial de tuberculosis (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28,0% por cada 100.000 habitantes. El Caribe se observó la tasa de incidencia más alta (61,2 por cada 100.000 habitantes), luego está América del Sur (46,2 por cada 100.000 habitantes), América Central y México (25,9 por cada 100.000 habitantes) y Norte América (3,3 por cada 100.000 habitantes) (11).

En los últimos once años, se ha observado un comportamiento fluctuante de la incidencia de la tuberculosis en Colombia, a partir de los últimos seis años la incidencia

aumentó, pasando de 23,0 casos por 100.000 habitantes en el año 2013 a 26,9 casos por 100.000 habitantes en 2018. Al sistema de vigilancia (SIVIGILA) se reportaron para 2018 14.446 casos de tuberculosis, de los cuales 13.032 son casos nuevos y 389 responden a recaídas, siendo el departamento de Amazonas el de mayor incidencia (11).

La vigencia de la tuberculosis como problema biomédico nos llevó a preguntarnos por las campañas contra esta enfermedad desde una perspectiva histórica. Márquez y Gallo señalan que, una perspectiva histórica se caracteriza por responder a cuestiones planteadas por la historia como campo de investigación. Estas preguntas tienen que ver, entre otras cosas, con: la respuesta institucional frente a la enfermedad como problema social y colectivo, la relación con aspectos como migración e industrialización, la respuesta de la sociedad en un periodo determinado a la enfermedad. Ahora bien, también destacan que los trabajos dedicados a la Historia Natural de la enfermedad permiten entender y comprender los sucesos más generales de la tuberculosis, al igual que las evidencias de lo antigua que es dicha patología en nuestro territorio, incluso en la época precolombina (12).

Márquez y Gallo subrayan la poca atención que han consagrado los historiadores al estudio de la historia de la tuberculosis en Colombia. Según los autores, esto puede deberse a: la consideración de la tuberculosis como problema histórico mínimo, la dispersión de la información, la dificultad que se ha encontrado en lograr medir la prevalencia de la tuberculosis en Colombia en los siglos XIX y XX, el poco conocimiento alrededor de la historia de las enfermedades o que los historiadores piensan que las enfermedades deben ser estudiadas solo por médicos. Otra consideración relevante que aportan los autores es la manera en que se aborda este problema, por lo menos desde la perspectiva histórica:

Es innegable que este problema histórico hay que estudiarlo en todas sus dimensiones: simbólica, social, política y biomédica. Varios historiadores (Quevedo, 1993; Obregón 2002) han mostrado que, en historia de las enfermedades, al enfocarse sólo en la dimensión biomédica, el investigador se acerca a uno solo de los aspectos del problema, aunque no al menos importante. Inversamente al olvidar los aspectos cambiantes de la dimensión biomédica, el

historiador pierde la oportunidad de estudiar los grandes problemas de la historia de las enfermedades, los que afectan el curso de las civilizaciones (12).

En este caso, los autores se refieren a la necesidad de reconstruir la historia de la tuberculosis con herramientas actuales, bajo la concepción de algunos científicos sociales que abordan su objeto de estudio no sólo como una realidad producto de relaciones bio–ecológicas, sino también como una serie de representaciones sociales y culturales. basadas en el estigma sociocultural (12).

En Colombia en el año 1916, bajo la Ley 66, se organizó la lucha antituberculosa, la cual reformaba la Ley 84 de 1914, sobre la higiene pública y privada en el país. Dicha Ley constó de 13 artículos, que se ocuparon de aspectos como: la lucha contra la tuberculosis, las funciones principales de la Junta Nacional, las Juntas Departamentales y Municipales, la destinación del presupuesto para los dispensarios antituberculosos, el aislamiento de los enfermos, la tuberculosis en animales, la vigilancia de la enfermedad entre otros apartados relacionados con la propagación de la enfermedad (13).

Este trabajo parte desde esta disposición y tiene como objetivo el estudio de la historia de la tuberculosis en Colombia, ubicada cronológicamente en el periodo preantibiótico, específicamente las campañas antituberculosas que se establecieron en Medellín y Bogotá. Asimismo, busca comprender qué significó la tuberculosis en términos sociales y culturales entre 1916 y 1946 y cómo se le hizo frente desde la institucionalidad del Estado. De acuerdo con lo anterior, este es un aporte a la historia de la salud pública en el país. El periodo trabajado en este proyecto de investigación se delimitó desde 1916 cuando iniciaron oficialmente las campañas antituberculosas en Colombia, hasta 1946, año en el que por medio de la Ley 27 se creó el Ministerio de Higiene. Esto se hizo con la intención de separar las materias de higiene y asistencia pública, de las laborales y de la seguridad social, materias que quedaron adscritas al Ministerio de Trabajo, ya que desde los años 40 se había profundizado en separar los asuntos de la higiene como fundamento técnico, de los asuntos laborales de fundamento político (14).

Con este proyecto de investigación se espera llenar algunos vacíos historiográficos que existen en Colombia alrededor de la historia de la tuberculosis y las campañas que se establecieron para enfrentarla. Si bien, algunos autores han abierto la

discusión acerca de la historia de la tuberculosis en Colombia, no existen trabajos que analicen al detalle cómo fueron estas campañas y qué resultados arrojaron. Es por ello por lo que los interrogantes que rigen el presente proyecto son: ¿Cómo se desarrollaron las campañas antituberculosas en Colombia entre 1916 y 1946? ¿Cómo le hizo frente a la enfermedad el Estado colombiano? y ¿Qué diferencias y semejanzas se encuentran entre Medellín y Bogotá en cuanto al desarrollo de las campañas antituberculosas en el país? ¿Qué significaciones sociales y culturales tuvo la enfermedad en el periodo estudiado? Esta búsqueda dará cuenta de un proceso importante en el país en materia de salubridad, el cual se espera aporte a la construcción de la historia de la salud pública en el país.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el diseño y desarrollo de las campañas antituberculosas en Colombia en Medellín y Bogotá entre los años de 1916 y 1946.

2.2 Objetivos específicos

Describir la aparición y funcionamiento de los dispensarios antituberculosos de Medellín y Bogotá en el periodo seleccionado.

Comparar el desarrollo y los resultados de las campañas antituberculosas en dos ciudades colombianas.

Comprender la significación de la tuberculosis en términos sociales y culturales entre 1916 y 1946.

3. Balance historiográfico

En su texto ¿Qué historia de la salud y la enfermedad?, el historiador Diego Armus describe los enfoques múltiples que ha tenido este tipo de historia (15). Este pluralismo temático considera las diferentes posturas que tienen los autores al hablar de historia de la salud y la enfermedad; están por ejemplo quienes han insistido en que la elite dirigente y las estructuras de poder político y económico fueron incapaces de distribuir equitativamente los recursos y servicios sanitarios finalizando el siglo XIX e iniciando el siglo XX. También, están quienes afirman que las condiciones de las personas pobres siempre han estado marcadas por la desdicha, ya que las iniciativas en salud pública son el esfuerzo de garantizar y aumentar la producción de la fuerza de trabajo, convirtiendo las medidas de salud pública en un medio para la producción y la explotación.

Otros señalan que los grupos dominantes impulsaron solo aquellas reformas sanitarias que les garantizaran su propia seguridad. Otros, sólo están interesados en las dimensiones metafóricas y las asociaciones que cierta enfermedad ha motivado en la cultura. También, están quienes ven en las enfermedades y la medicina un arsenal de recursos normalizadores, entendidos como esfuerzos de racionalización que desarrollan conocimientos y lenguajes dirigidos a controlar a los individuos y sus cuerpos, además de regular a la sociedad. Otro enfoque se dirige a los que buscan reincorporar a los enfermos a la trama histórica donde se articulen las respuestas a las prácticas biomédicas, a su propia experiencia con la enfermedad y a sus percepciones sobre la salud.

Esta proliferación de temáticas alrededor del estudio de la historia de la salud y las enfermedades genera posiciones encontradas. Por ejemplo, Susana Belmartino sostiene que esta multitud de metodologías y estilos narrativos hace imposible el debate, por el contrario, Armus, elogió esta diversidad de enfoques pues permite reflexiones más amplias y explicaciones de procesos más complejos:

No tengo dudas de que bajo la muy amplia etiqueta de la historia de la salud y la enfermedad no solo hay un promisorio campo de estudios en vías de definición y reformulación sino también muchas preocupaciones con alguna trayectoria –la

historia demográfica, de las profesiones, de las políticas públicas, de la biomedicina—que comenzaron a ampliar su agenda, se hicieron más ambiciosas, desbordaron sus límites originarios (15).

La existencia de una discusión alrededor de cómo hacer historia de la salud y la enfermedad trae como corolario la multiplicidad de enfoques surgidos en los últimos años. Hecho bastante positivo para este tipo de historia y para los que intentamos seguir esa línea de trabajo. En segundo lugar, y en esto coinciden Belmartino y Armus es que se debe evitar el empirismo y la narración de la historia como una colección de datos desconectados de los procesos (15). Lo que lleva al tercer punto y es la necesidad de redirigir la mirada a la contextualización que se hace en un trabajo sobre la historia de la salud y de las enfermedades. Podemos tener a nuestra disposición evidencias de todo tipo; estadísticas, relatos, fotografías, fuentes escritas, pero, si no las contextualizamos a un periodo, a un lugar, a los sucesos que pasen en un momento preciso, será muy difícil llegar a lograr un trabajo sólido y que aporte a la comprensión de una realidad pasada, lo cual se vuelve un objetivo principal en un estudio histórico.

La historia de las enfermedades abordada desde cualquiera de los enfoques mencionados y direccionada a resolver preguntas puntuales, se hace totalmente necesaria para avanzar en la comprensión y en la reconstrucción de un pasado, pensando siempre en que pueda dar una luz para resolver problemáticas actuales de salud pública.

3.1 Historia de la tuberculosis en América Latina

Según el historiador de la enfermedad Diego Armus, la enfermedad como tema de estudio se ha ganado un lugar en la historiografía latinoamericana. Este crecimiento como subcampo es parte de la actual fragmentación de los estudios históricos ya que ahora están enfocados en temas precisos, en lugar de construir narrativas que intentan abarcar demasiado. Además, se centran en formular preguntas que suponen una preocupación en las ciencias sociales y las humanidades (15).

La enfermedad como objeto de reflexión ha surgido del resultado de las contribuciones que se han hecho desde tres sentidos; el ánimo por renovar una historia de la medicina tradicional, la diseminación de modelos interpretativos que provienen de otras disciplinas y que han encontrado en la enfermedad un nudo problemático y por último, los estudios de carácter histórico sobre la población y sus condiciones materiales de existencia (16).

Asimismo, este autor plantea tres grandes líneas de investigación que van a sobresalir en las investigaciones relacionadas con la historia de la salud y de la enfermedad: 1) la nueva historia de la medicina; 2) la historia de la salud pública; y 3) la historia socio cultural de la enfermedad. Armus las desarrolla a manera de síntesis así: La nueva historia de la medicina está determinada por un contexto económico, social y político en dónde actuaron los médicos y sus instituciones, por un diálogo con la historia de la ciencia, además, se esfuerza por tensionar la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social. La historia de la salud pública se centra en las políticas de salud, analiza al poder, al Estado, la política y la profesión médica, dejando claro los antecedentes que tiene esta línea con los trabajos higienistas y sanitaristas y que hacen énfasis en la salud a nivel de lo social, políticas de salud con acciones direccionadas a combatir alguna dolencia. La última de las líneas mencionadas se enfoca en las dimensiones sociodemográficas que tiene una enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad, las metáforas, representaciones y asociaciones motivadas por la enfermedad en la cultura (8).

El despliegue y la significación que ha tenido la tuberculosis en América Latina como enfermedad social no ha sido homogéneo. Las miradas y perspectivas para abordar su historia han mostrado singularidades. Carbonetti afirma que esas diferencias aportan riqueza y revelan que la historia de la salud y la enfermedad se está consolidando como campo de estudio en América Latina (17).

Por ejemplo, Armus expone que en el contexto argentino la tuberculosis estaba cargada de significados que excedían lo meramente patológico, el autor habla de una

subcultura que se prolongó hasta la llegada de una cura de esta enfermedad con los antibióticos (era preantibiótica)ⁱ. Entre 1870 y 1950, la tuberculosis enfermaba y mataba, pero, además, era la noticia constante en los medios de comunicación de la época. Se utilizaba como metáfora en la literatura y en la política, al hacer referencia a temas que excedían el aspecto biomédico, se encontraba en las letras de tango y en los ensayos de sociología, que desataba la preocupación en los médicos, el estigma en los que la habían padecido y el pánico en los que temían contagiarse (8). Podemos decir, partiendo de los planteamientos del autor, que la enfermedad traspasó a todos los ámbitos de la sociedad, tanto los públicos como los privados, y se instauró fuertemente en el ámbito cultural del país sobre todo en la ciudad de Buenos Aires.

Armus analiza los impactos que tuvo la tuberculosis en la ciudad y en la cultura de la ciudad de Buenos Aires de 1870 a 1950, teniendo en cuenta aspectos como: la niñez, la mujer, la inmigración, la sexualidad, el alcoholismo, la fatiga laboral, el miedo al contagio, las políticas antituberculosas y las miradas médicas y no médicas (17).

Carbonetti, además, ha profundizado en los discursos y percepciones que tiene la sociedad argentina frente a la tuberculosis, ello, a partir de la construcción de un sanatorio para tuberculosos en 1925 en una localidad del departamento de Colón, en la provincia de Córdoba, Argentina, el autor hace un análisis sobre las posiciones a favor y en contra que generó esta construcción, formulando como hipótesis que la “tisofofia” fue el elemento preponderante para argumentar el sí y el no de la realización del sanatorio (18). Estudios como el anterior sugieren un aporte importante a la comprensión de la tuberculosis en América Latina, ya que explora aspectos como las dinámicas de instalación de entidades para el tratamiento de tuberculosos y la estigmatización de los enfermos, siendo este último aspecto el que se sobrepone en este trabajo de Carbonetti, debido a todas las significaciones que se estructuran alrededor de la enfermedad y de quienes la padecen. De igual manera. Carbonetti, Rodríguez y Aizenberg estudian el fenómeno de la migración dentro del país y la relación con la tuberculosis, ya que en la primera mitad del siglo XX se presentaron grandes movimientos de enfermos a la

ⁱ Los periodos del estudio de la historia de la tuberculosis se dividen en: era preantibiótica (1860 - 1945), Periodo de los antibióticos o era de los antibióticos (1946 - 1980), era de la resistencia a los antibióticos desde 1990 y periodo de reemergencia de la tuberculosis (8). .

provincia de Córdoba que buscaban tratamiento e instituciones para tratarse. Las fuentes de las instituciones oficiales y los estudios sobre la tuberculosis estructuraron significados alrededor de la figura del migrante, entre algunos de estos significados está la idea de la responsabilización de este en la propagación de la enfermedad (19).

En Chile, el historiador Marcelo López Campillay muestra cómo la tuberculosis impactó a la sociedad chilena y cómo surgió un proceso de transformación a una institucionalización de la salubridad. Además, señala el papel que se le atribuyó a la ciencia médica en la primera mitad del siglo XX. Campillay se centra en la función que realizó “La Caja de Seguro Obligatorio” en la lucha antituberculosa. Este desempeño es abordado desde tres perspectivas: el crédito político social que el Estado le otorgó a la ciencia desde 1920; los esfuerzos efectuados para obtener la organización efectiva de la sección médica de La Caja de Seguro Obligatorio que permitió conocer el cambio de estatus que experimentó el profesional médico que se desempeñaba en el territorio de salubridad. En este contexto el discurso médico legitimó y acogió efectivamente la denominada “nueva medicina”, que le apostaba más a la prevención que a la curación. Por último, la realidad de los sanatorios de tuberculosos, de la cual se resalta el despliegue de la labor médico asistencial de la Caja y que permite observar la calidad del paciente tuberculoso como sujeto histórico (20). Podríamos decir que Campillay aborda la historia de la tuberculosis desde la historia social de la enfermedad y desde esas políticas que desde el Estado se instauraron para combatir enfermedades como la tuberculosis.

Para traer a colación a algunos autores que han realizado algunos trabajos sobre la tuberculosis en Brasil podemos mencionar a Claudio Bertolli Filho, quien estudió al paciente tuberculoso, indagó sobre aspectos emocionales y cómo se posiciona dentro del estudio de la tuberculosis. Bertolli trae a colación aspectos como, el significado de la enfermedad, el personal médico especial que los atiende, los centros e instituciones de atención y además, la manera como se desarrollan las relaciones entre la sociedad y la enfermedad (21). Enfoques como el anterior contribuyen a la reconstrucción de la historia de la tuberculosis, no solo desde el enfoque biomédico, sino también resaltando el papel de la enfermedad en la sociedad y cómo los sujetos involucrados en la enfermedad, el tratamiento, las instituciones y la sociedad interactúan entre sí. De igual manera, las

autoras Dilene Raimundo do Nascimento y Ángela de Araújo Pôrto plantean en su investigación dos puntos fuertes, en primer lugar, las representaciones sociales de la tuberculosis a finales del siglo XIX y finales del XX, exponiendo los sentimientos que despierta la enfermedad, y el paso de una experiencia romántica de la enfermedad a una visión más naturalista. En segundo lugar, se analiza el papel de la Liga Brasileña contra la tuberculosis, esta liga, creada en 1900 y de carácter filantrópica se encaminó a poner en práctica los preceptos de la ciencia moderna para la prevención y la cura de la tuberculosis en Brasil (22).

Desde una postura más enfocada a la historia de la ciencia, el peruano Julio Néstor Núñez Espinoza pone en evidencia el periodo de transición por el que atravesaba la medicina en el Perú al finalizar el siglo XIX, en la cual se pasaba de una concepción neo-hipocrática o miasmática de la tuberculosis hacia una concepción que se basaba en la teoría del contagio. Esta transición, descrita por Núñez Espinoza como “polémica” muestra el influjo predominante que tuvo la medicina francesa en el Perú. El autor expone las principales ideas médicas que tenían en contraposición Francisco Almenara e Ignacio la Puente, médicos que tuvieron un debate en la época alrededor de la construcción de un sanatorio para tuberculosos. Mientras Almenara defendía una posición cercana al neo-hipocratismo y era partícipe de los postulados franceses, la Puente, resaltó el poder infeccioso del bacilo tuberculoso y citaba una serie de investigaciones que realizaron científicos alemanes (23).

En México, Ana María Carrillo, describe tres momentos importantes en cuanto a la lucha de la tuberculosis en ese país, los periodos de 1876 a 1910, 1943 a 1940 y 1948 a 1954, en las presidencias de Porfirio Díaz, Lázaro Cárdenas y Adolfo López Mateo respectivamente. Así mismo, la autora muestra que la lucha contra la enfermedad tuvo periodos tanto intensos como de abandono. Señala la asociación que plantearon los médicos entre la enfermedad, la desnutrición y las malas condiciones de vida y de trabajo, a pesar de que las medidas para combatirlas eran de carácter individual, considerando la situación del país frente a esta enfermedad en el momento. Confronta el debate del padecimiento de esta enfermedad entre la población médica y la población, y entre el Estado y los diferentes sectores de la sociedad. Por último, Carrillo, analiza particularmente el caso de la penitenciaría de la ciudad de México, en donde el médico

encargado de este sitio de reclusión hace observaciones importantes sobre las relaciones existentes entre la propagación de la tuberculosis y el régimen carcelario y su lucha para reformar dicho régimen (24).

Otra investigadora que ha trabajado la tuberculosis en México es Claudia Agostoni, la cual se enfocó en el estudio de las propuestas y estrategias que se dieron en ciudad de México a partir de 1920, para prevenir los contagios por tuberculosis pulmonar. En 1920 inició en el país la primera campaña contra esta enfermedad, y con ella comenzó también una posibilidad para la construcción de un sanatorio para tuberculosos en Huipulco, un pueblo perteneciente a la Ciudad de México, Agostini estudió las limitaciones y problemas de dicha campaña hasta 1940, teniendo en cuenta los modelos y estrategias que se implementaron y los problemas que se presentaron en la construcción y funcionamiento de dicho sanatorio (25).

La historia de la tuberculosis en Cuba se ha explorado a través de la respuesta institucional a la enfermedad. Beldarraín expone el resultado de una investigación sobre varios aspectos de la lucha antituberculosa en ese país por 100 años, desde mediados del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, esta investigación estudia las organizaciones e instituciones oficiales que lucharon contra esta enfermedad destacando la intervención pública y privada (26). En este trabajo, no se hace un análisis profundo de las campañas, sino que se centra en una descripción de la institucionalidad cubana y las medidas instauradas para atender la enfermedad, así como las fechas y acontecimientos relevantes de las campañas realizadas. Asimismo, Beldarraín y Morales, exploran los hechos fundamentales alrededor de los primeros años de lucha en contra de la tuberculosis en Cuba, la Liga Antituberculosa y los sanatorios estaban a cargo de controlar y atender a los enfermos, de la hospitalización de los casos más graves y de los sanatorios destinados para el aislamiento de los tísicos, esto en el periodo comprendido que va desde finales del siglo XIX hasta el año 1930. Los autores buscan presentar los aspectos más relevantes en cuanto a la historia del control de la tuberculosis en Cuba (27).

Podemos inferir de manera general que sí bien existen diferencias en las perspectivas que tienen los autores mencionados con anterioridad para analizar la historia de la tuberculosis, podemos encontrar aspectos comunes como lo son: los

periodos estudiados en cada país, el abordaje de la enfermedad en la sociedad, el interrogante de si fue o no una enfermedad dominante, la respuesta que se dio desde la comunidad médica frente a ella y las políticas públicas que desde el Estado se instauraron para luchar contra esta enfermedad.

3.2 Historia de la tuberculosis en Colombia

Desde una perspectiva histórica y epidemiológica Sigifredo Ospina, repasa la historia de esta enfermedad. Describe desde el descubrimiento de Barthel —en donde se prueban las lesiones de mal de Pott dorsal— hasta 1905 año en el que Robert Koch recibe el premio nobel de medicina por el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis “*Mycobacterium tuberculosis*” (28). Ospina, menciona el inicio de las campañas en salud dirigidas a la prevención y al control de la tuberculosis y destaca que, en Francia, a dichas campañas se les llamó “Guerra al esputo”, y en ellas la tuberculosis se concebía como una enfermedad generalizada, evitable y curable. Esta “guerra” planteaba medidas para evitar su propagación tales como evitar que el enfermo de tuberculosis tuviera un recipiente con agua destinado para esputar o en un pañuelo, impidiendo que al caer al suelo estos líquidos pudieran dispersar la enfermedad (28).

Según el autor, en Colombia la Guerra contra los esputos comenzó en 1907 cuando la Dirección de Sanidad, mediante el acuerdo N 33, propuso un conjunto de medidas para combatir la tuberculosis, como la desinfección en los espacios donde estaban los tuberculosos. Posteriormente, en 1915, se expidió la ley 15, en donde se estipulaba que en cada hospital del departamento de Antioquia debía destinarse un pabellón exclusivo para los enfermos con tuberculosis incurables y su hospitalización, además, de la creación de “sanatorios” en las ciudades más importantes para el cuidado de tuberculosos (28).

El historiador Jorge Márquez analiza cómo fue el comienzo de las luchas antituberculosa en Antioquia y señala que, a finales del siglo XIX, médicos pertenecientes a las ciudades de Medellín y Bogotá llamaron la atención de las autoridades políticas debido al alarmante aumento de casos de tuberculosis, estos identificaron el problema, sus causas y las posibles maneras de corregirlo. Menciona que, Jesús María Duque

realizó la primera epidemiología de la tuberculosis en la ciudad de Medellín. Duque se destacó en la reforma sanitaria en Colombia en 1913 y lideró la campaña antituberculosa en Antioquia, la cual giró alrededor de la creación de un hospital para tratar la enfermedad, este hospital representó la materialización del discurso sobre la lucha antituberculosa (29).

Sánchez y Osma explican que las juntas organizadoras de la Lucha Antituberculosa se crearon en 1916, con la Ley 66. Esta ley además propuso la creación de pabellones especiales para enfermos de tuberculosis en hospitales importantes de Colombia. El Acuerdo N.º 33 en el año 1917, explicaba detalladamente las medidas de profilaxis y la desinfección de los tuberculosos y la Ley 5 de 1925 destinó un pabellón para la hospitalización de los enfermos y la disposición de sanatorios para su curación (5).

La tuberculosis se ha analizado como objeto histórico, como “enfermedad social”, y como problema de salud pública. Carlos Ernesto Noguera en su libro “Medicina y Política, discurso médico y practicas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia” plantea la aproximación que existió entre enfermedades como la tuberculosis y la sífilis, y los cuestionamientos morales que dichos padecimientos suscitaron en aquella época. La percepción de este autor es fundamental en la presente investigación para analizar las diferentes significaciones que tuvo la tuberculosis en el ámbito social y cultural. Asimismo, el texto “Alcoholismo, enfermedad social y trabajo en Colombia, 1861 – 1969”, evidencia la discusión que la categoría “enfermedad social” generó a partir del siglo XIX por cuanto no solo se utilizó para determinar las enfermedades vinculadas a las precarias condiciones de vida de las personas en las esferas individual, moral, económica y biológica, sino además para referir el ámbito familiar, social y cultural, haciendo que el Estado se ocupara de estas enfermedades (30) .

De igual manera el texto “Tuberculosis en el mundo laboral colombiano 1934–1946” enmarca el análisis de la tuberculosis como objeto histórico bajo una cuestión social, lo que resulta de un conjunto de factores que inciden en el problema, entre ellos el trabajo. Los investigadores establecieron que los médicos de la época plantearon tres dimensiones de la enfermedad; tuberculosis como factor de riesgo profesional, como factor incapacitante y como problema de responsabilidad del empleador, social y

colectivo. Si bien, los autores no abordaron totalmente la problematización histórica, sí indagan sobre la reflexión de la tuberculosis como enfermedad profesional y la discusión alrededor de dicha reflexión (31).

Otro texto que estudia la relación entre la tuberculosis y el mundo laboral, sobre todo en relación con el análisis de datos y cifras oficiales, es “Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916–1946. El artículo expone las diferencias entre los discursos médicos de la época y las cifras oficiales publicadas en diferentes fuentes. También examina la producción y circulación de cifras de la enfermedad en las campañas, enfocándose en la relación con el mundo del trabajo, y el inicio de la delimitación de las enfermedades profesionales (32).

Concentrándonos ahora en trabajos dedicados a las principales ciudades de Colombia, más específicamente en Bogotá, tenemos el estudio de Álvaro Idrovo que describe y analiza la tuberculosis pulmonar entre 1870 y 1920. En él se describen los hechos históricos y condiciones de la sociedad capitalina a finales del siglo XIX que incidieron en el comienzo de esta epidemia en la ciudad, relacionando esta enfermedad con el proceso de la urbanización (33). Este autor buscó describir los inicios de la enfermedad y documentó su presencia desde la época prehispánica exponiendo algunos factores de riesgo como lo son la agricultura, los asentamientos humanos y la convivencia con animales (33). Aunque Idrovo hace afirmaciones sobre la existencia de una epidemia de tuberculosis en Bogotá a finales del siglo XIX, así como su papel endémico en el país a comienzos del siglo XX no logró probar dichas aseveraciones (12).

Álvaro Alfonso Romero Arnedo escribió sobre la lucha que dio la ciudad de Cartagena en contra de la tuberculosis entre 1900 y 1970. Este autor aborda la enfermedad en “La Heroica” considerando aspectos de orden social, económico e institucional, destacando que son pocas las investigaciones que se han hecho al respecto, ya que enfermedades como la lepra y el cólera llamaron en mayor medida la curiosidad de los investigadores. Romero explica las corrientes médicas con las que los médicos de la Academia de Medicina de Cartagena estudiaban el comportamiento de algunas enfermedades, entre ellas la tuberculosis, estas corrientes son la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiopatológica, y concluye que Cartagena fue una de las pocas ciudades que no cumplió con la caracterización que normalmente se

presentaban en las luchas antituberculosas. Según Romero, las campañas antituberculosas en el mundo se caracterizaron por una dupla que constaba de un dispensario y un sanatorio para tuberculosos, pero en la ciudad de Cartagena el dispensario se creó en 1918 y el sanatorio 35 años después. Así, pese a que Cartagena se había destacado por ser la sede para diversos eventos médicos la ciudad se salió de los esquemas internacionales, lo cual la alejaría de una implementación de una verdadera campaña antituberculosa, lo cual, según los autores era absurdo, ya que el gobierno se enorgullecía de realizar en la ciudad eventos médicos importantes pero no le exigía a la Junta Central de Higiene que presupuestara recursos para la creación de un sanatorio, algo que era necesario para luchar en contra de la tuberculosis (34).

Por último, para la ciudad de Barranquilla tenemos como referencia el artículo “La tuberculosis pulmonar en Barranquilla, 1930-1960”. Este texto busca demostrar la forma en que la enfermedad se convirtió en una epidemia, captando la atención de los médicos y autoridades locales de la época. El texto concluye que la tuberculosis pulmonar alteró las condiciones de vida de los habitantes de Barranquilla, y que la respuesta que institucionalmente se estableció por parte de las autoridades locales como la adecuación de espacios destinados al tratamiento de los enfermos, el dispensario de tuberculosos y el sanatorio infantil fueron medidas insuficientes para luchar contra la enfermedad (35).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente podemos encontrar de manera general que, si bien existen trabajos de la historia de la tuberculosis en Colombia y sobre las campañas impartidas desde el Estado en contra de la enfermedad, es necesario ampliar las descripciones acerca de estas campañas en el país, su desarrollo, su funcionamiento, su implementación, sus resultados y las significaciones sociales y culturales que implicó todo este proceso. Es decir, este proyecto apunta a comprender la enfermedad de la tuberculosis en un periodo específico de tiempo y cómo se le hizo frente desde la institucionalidad, teniendo en cuenta la manera en que lo asimiló la sociedad colombiana. Así como también busca fortalecer la línea de historia de la salud y la historia de las enfermedades teniendo en cuenta aspectos institucionales, sociales y culturales.

4. Metodología

Con la intención de cumplir los objetivos planteados, este trabajo abordó una serie de fuentes primarias digitalizadas para fines académicos y que pertenecen al archivo personal de la docente Victoria Estrada Orrego. Entre ellas fundamentalmente están los Informes, Memorias e Impresos de Higiene, tanto nacionales como departamentales, que abarcan el periodo de 1911 – 1947. Los documentos originales reposan en el Archivo Histórico de Antioquia.

Asimismo, se realizó una aproximación a las tesis de medicina, también digitalizadas en su totalidad y que se encuentran ubicadas en la colección de publicaciones seriadas (Hemeroteca Nacional y Sala Patrimonial Universidad de Antioquia). Estas tesis ayudaron a describir, clasificar y comprender el discurso médico sobre la tuberculosis, así como los factores que favorecían la aparición y propagación de la enfermedad. Del Archivo Histórico de Medellín se revisaron los fondos del Concejo y de la Alcaldía de la ciudad de Medellín. Igualmente, se indagó por las campañas antituberculosas en Colombia en dichos escritos y a través de las cifras publicadas en la sección higiene y asistencia pública de los anuarios estadísticos de Colombia de la época. Los anuarios se consultaron en línea en la biblioteca digital del DANE. Asimismo, para realizar un análisis sociocultural de la enfermedad se revisaron archivos y periódicos de la época, con la intención de rastrear y observar las noticias y artículos que circulaban desde la prensa sobre tuberculosis y establecer qué información llegaba a las personas del común. Como fuente para esta indagación se consultó el periódico “El Tiempo”, el cual está disponible en línea a través de Google Newspaper. De igual manera, se consultaron los archivos del periódico “El Colombiano” que reposan en las oficinas de este diario.

Se hizo, además, una revisión a la compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia, en el periodo estudiado. Este análisis permitió identificar las leyes y disposiciones generales que regían la higiene en Colombia, y las concernientes a la tuberculosis y las campañas que combatían la enfermedad.

Para el desarrollo de la presente investigación se inició con un rastreo bibliográfico en Colombia y América Latina, esto con el fin de indagar en la literatura existente sobre los estudios de la historia de la enfermedad y sobre la historia de la tuberculosis. Este rastreo inicial aportó a la investigación una visión general acerca de las investigaciones realizadas alrededor de la enfermedad y de los diferentes enfoques que tiene el abordaje de la historia de las enfermedades. También permitió identificar algunos aspectos débiles en la historiografía colombiana en este tema, más específicamente en lo que corresponde a las campañas antituberculosas en Colombia, dichos aspectos fueron tomados como punto de partida para la definición de la búsqueda a profundidad en las fuentes documentales.

4.1 Fuentes

Este proyecto abordó un conjunto de fuentes primarias que van desde documentos de archivo, hasta prensa local de la época. Los archivos y documentos estudiados son relacionados a continuación:

Del Archivo Histórico de Antioquia se estudiaron principalmente los Informes, Memorias e Impresos de Higiene a nivel departamental y nacional, estos documentos tienen una temporalidad que va desde 1911 hasta 1947, dichos documentos fueron digitalizados por la docente Victoria Estrada para fines académicos y cedidos para materializar esta investigación. Los documentos originales reposan en el Archivo Histórico de Antioquia y entre ellos se encuentran los Informes del Secretario de Gobierno de Antioquia y los Informes Departamentales de Higiene, las Memorias del Ministerio de Instrucción Pública, las Memorias del Ministerio de Industria y Trabajo, las Memorias del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión social etc.

Del Archivo Histórico de Medellín se consultaron dos fondos importantes; el del Concejo y el de la Alcaldía de Medellín, en las actas se pudo encontrar información relacionada con la construcción del hospital La María y algunos asuntos correspondientes al manejo de la tuberculosis en la ciudad.

De igual manera, se realizó una exploración de las tesis de medicina correspondientes al periodo ya mencionado, las cuales se encuentran en la Hemeroteca

Nacional y Sala Patrimonial de la Universidad de Antioquia. Una parte de dichas tesis se consultaron en su versión digitalizada debido a la contingencia presentada entre 2020 y 2021 y sirvieron como referente del discurso médico que se estableció alrededor de la tuberculosis en la época estudiada. Al igual que los informes de higiene, dichas tesis fueron digitalizadas por la docente Victoria Estrada. Otra parte de estos documentos se abordaron de manera física, en la Facultad de Medicina una vez se pudo acceder de nuevo al sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia.

Asimismo, La Hemeroteca Digital Histórica de la Biblioteca Virtual del Banco de la República reúne publicaciones de prensa colombianas y extranjeras y han sido digitalizadas en su mayoría por la biblioteca Luis Ángel Arango de Bogotá, este archivo aportó a este trabajo de investigación artículos relacionados con la tuberculosis para contextualización al periodo estudiado.

A partir de la selección de acontecimientos claves de la lucha antituberculosa identificados en la revisión de las fuentes antes mencionadas se rastrearon artículos publicados en la prensa sobre la tuberculosis, su tratamiento y las instituciones que atendían la enfermedad. La prensa brindó una valiosa perspectiva, no sólo desde la óptica médica, sino también desde otros actores sociales, contribuyendo al debate acerca de la tuberculosis y sus implicaciones sociales y culturales. Se revisó el periódico “El Colombiano”, para dar cuenta de las percepciones sociales y culturales que tuvo la enfermedad en la época, cómo fue entendida e interpretada por la sociedad

En cuanto al análisis y síntesis de la información se establecieron categorías y subcategorías de análisis. Si bien, algunas de estas se basaron en una indagación preliminar de los archivos, otras surgieron de manera emergente, es decir, que a medida que se abordó la documentación, se registraron temas o situaciones recurrentes para establecer descriptores nuevos. Se hicieron fichas digitales donde se consignaron elementos importantes de los documentos. Para ello se utilizaron dos tipos de fichas; fichas textuales y fichas de resumen, el formato de cada ficha se relaciona en el anexo I de esta investigación. En estas fichas se recopiló la información de los archivos y documentos consultados, además, de las etiquetas de las categorías, subcategorías y descriptores, incluyendo aquellos de temporalidad, lo cual facilitó el acceso al contenido a la hora de la escritura final del texto.

Cabe resaltar que los archivos seleccionados para investigación y análisis que se consultaron en esta investigación, son documentos públicos que por su antigüedad son de acceso libre para todo público. Por ello no se requiere de ningún permiso o autorización por parte de las entidades. Además, la docente Victoria Estrada Orrego cedió a la estudiante para su libre uso en esta investigación los documentos digitalizados por ella (informes y tesis) y formaliza dicha autorización en el anexo II del presente trabajo.

4.2 Consideraciones éticas

“La historia vivida por la sociedad humana y el esfuerzo científico para describirla, para pensarla e interpretarla, son los dos polos entre los que se compendian el concepto mismo de historia, ambiguo y mudable, y la relación entre pasado y presente”

Jacques Le Goff

Según la Resolución Número 8430 de 1993, la cual, establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y de acuerdo con el Artículo 11 de la misma, podríamos estipular con ligereza que el presente proyecto de investigación de corte historiográfico se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que según esta resolución estos tipos de proyectos:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (36).

Sin embargo, si analizamos detenidamente el presente proyecto y todas sus implicaciones podemos afirmar que este estudio sí presenta un tipo de riesgo y se clasifica dentro de un riesgo mínimo, aunque al ser un trabajo de corte histórico en donde su principal objeto de estudio son fuentes escritas no requiere la elaboración de un

consentimiento informado. Si bien, la definición de riesgo mínimo según la Resolución anterior va dirigido a cuestiones concretamente médicas, a continuación, expongo los argumentos que sustentan este tipo de clasificación.

Para iniciar, es preciso reflexionar éticamente sobre la investigación histórica y la responsabilidad que recae no solo en ella, sino también en el investigador. Desde la mirada biomédica de la investigación en salud, se sitúa el riesgo en el participante y la exposición que pudiera tener a algún tipo de daño, en su salud física y emocional, no obstante, en un proyecto histórico el actor principal es el sujeto investigador ya que está de cara a diferentes tipos de riesgos.

Para avanzar en esta reflexión vale la pena retomar a Jacques Le Goff, historiador y escritor francés pues algunos de sus trabajos giraron en torno a la objetividad en la historia, la mentalidad histórica y la historia como ciencia. Es él, quién nos ayudará a dejar claros varios puntos en cuanto a la labor del historiador.

En primer lugar, nos encontramos con la disyuntiva de la verdad en la historia, ello se convierte en un conflicto ético, ya que, si bien con la investigación histórica se pretende llegar a la comprensión de la realidad de un pasado a través de testimonios y huellas del ayer, inevitablemente, este hecho está mediado por un actor que continuamente está analizando e interpretando los acontecimientos. Le Goff lo describe de la siguiente manera: “El historiador no tiene derecho a perseguir una demostración a despecho de los testimonios, a defender una causa, sea cual fuere. Debe establecer y hacer manifiesta la verdad o lo que cree que es la verdad. Pero le es imposible ser objetivo, hacer abstracción de sus concepciones del hombre, especialmente cuando se trata de medir la importancia de los hechos y sus relaciones causales” (37). Es así como puede existir un tipo de riesgo en los trabajos de reconstrucción histórica, puesto que la manera en que el historiador interpreta el pasado condicionará los resultados de la investigación y por ende el conocimiento que se difunde. Ello nos lleva a pensar a profundidad sobre la manera de hacer historia de la salud e historia de las enfermedades en la Facultad Nacional de Salud Pública, sobre todo, cuando la tarea del salubrista conlleva una responsabilidad social en cuanto al conocimiento que genera, y más aún, cuando de ello se prenderán los tomadores de decisiones para establecer políticas públicas dirigidas a la salud de la población.

En segundo lugar, podemos advertir cómo influyen los posibles conflictos de intereses que tiene quien realiza la investigación. Pero no sólo es quien indaga, los documentos también están cargados de intenciones sujetas a un contexto, a una época y a una autoridad que en su momento imperaba, Le Goff nos ilustra sobre esto: "... debemos añadir que los documentos fuentes no son materiales brutos, objetivos e inocentes, sino que en su estructura está implícito el poder e influencia de una parte de la sociedad sobre la memoria, y está parcialmente determinado por su época y su entorno que retrata su "verdad" (37).

Así, el problema de la verdad, la objetividad y las fuentes constituye un conflicto ético que puede ocasionar un riesgo y causar un daño, de un lado al investigador, que podría ser cuestionado, muy a propósito de la frase: "desde el alba de la historia el historiador es juzgado con el metro de la verdad", y del otro a la sociedad que merece conocer la historia y los acontecimientos que fueron determinantes en el pasado y lo son ahora. Entonces ¿Qué hacer cuando por naturaleza los historiadores no podemos abstraernos por completo de la investigación y cuando no podemos determinar en su totalidad las circunstancias de las fuentes y su veracidad?

Para nuestra fortuna Jaques Le Goff plantea las posibles maneras de abordar estas disyuntivas históricas desde la perspectiva de diferentes pensadores. Por ejemplo, Wolfgang J. Mommsen, plantea que las obras y los juicios históricos son "intersubjetivamente comprensibles" e "intersubjetivamente verificables", esto se constituye por el juicio de los otros, sobre todo el juicio de otros historiadores. Por ello, aporta tres modos de verificación a la hora de profundizar en la investigación histórica, los cuales parten de: a. ¿Se utilizaron fuentes pertinentes y se tomó en cuenta el último estadio de la investigación? b. ¿Hasta qué punto esos juicios históricos se acercan a una integración óptima de todos los datos históricos posibles? c. Los modelos explícitos y subyacentes de explicación ¿son rigurosos, coherentes y no contradictorios? (37). Sin duda, estos modos de verificación que Mommsen señala servirán a este proyecto para establecer los lineamientos pertinentes a la hora de proceder con la investigación histórica, que son, en resumen: la justificación en la pertinencia de las fuentes utilizadas, la utilización adecuada de los métodos de investigación histórica, la integración de

fuentes primarias y secundarias, y, por último, la redacción de un discurso coherente y que fluya sin contradicciones en el proceso de escritura.

Por su parte, Paul Ricoeur esclarece la cuestión de la objetividad en la historia, “siempre esperamos de la historia cierta objetividad, la objetividad que le corresponde”. Ricoeur, expresa que debe escucharse al historiador cuando reflexiona sobre su oficio, pues esta es la medida de la objetividad que conviene a la historia (37). Según lo anterior, en las reflexiones propias que el historiador hace al relacionarse constantemente con las fuentes, se establece la objetividad necesaria para hacer una reconstrucción del pasado que dé cuenta de una realidad en un contexto y en una época. Por último, Schieder y Faber nos hacen reflexionar desde otra mirada sobre la objetividad y la verdad en la historia, aduciendo dos planteamientos necesarios para esta reflexión. El primero es que, si bien la memoria es un lugar de poder, que autoriza manipulaciones conscientes e inconscientes, y puede obedecer a intereses intelectuales o colectivos, la historia como todas las ciencias, tiene como norma la verdad. La segunda es que los abusos de la historia son asunto del historiador solo cuando él mismo se convierte en un partidario, un político o un lacayo del poder político (37). Estas dos últimas premisas son necesarias porque marcan el camino que como historiadora debo tomar en la realización de mi investigación, siendo consciente de la transparencia y la claridad que sugiere la reconstrucción de una verdad o por lo menos de la reconstrucción de verdades parciales que me lleven al entendimiento de una realidad. De igual manera, es claro que los historiadores no podemos ser nunca el instrumento que utilizan algunos para beneficiar determinado grupo o sector.

Es importante también incluir en esta reflexión el beneficio que pueda obtener la sociedad, ya que el conocimiento que genere este estudio busca aportar a la sociedad herramientas y recursos nuevos para comprender cómo a través de la historia se ha luchado contra una enfermedad contagiosa como la tuberculosis y construir una mirada crítica frente a las estrategias de salud pública actuales.

En este trabajo, además, se velará por respetar los principios éticos básicos del Informe de Belmont; El respeto a las personas cuando se garantice que la información de este estudio es verídica y ha pasado por un riguroso análisis que ha intentado ser lo más objetivo posible. El principio de beneficencia lo observaremos al hacer una reflexión

sobre los posibles riesgos y la manera cómo se disminuyen los posibles daños, y aunque es un principio fundamental de la ética médica, no hacer daño, puede aplicarse en cualquier campo de estudio de alguna forma que intente comprender la vida y la sociedad. Este principio va enfocado a la información y el conocimiento que se produzcan con este proyecto. Así mismo, el principio de justicia tiene que ver con hacerse responsable de los resultados que genere la investigación y el beneficio que se desprenda de ella, así pues, el autor afrontará la responsabilidad en caso de generarse algún daño y la sociedad tendrá los beneficios de información y conocimientos que resulten del estudio (38).

Al igual que el informe de Belmont, este estudio también incluye la revisión de las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, si bien esta investigación no hace análisis directo con seres humanos, sí busca comprender una enfermedad y por ende es necesario entender el contexto que rige las investigaciones en salud. Estas pautas son elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Además, esta guía consta de 25 ítems los cuales procuran que los principios éticos establecidos se apliquen en la revisión ética de los protocolos de investigaciones considerándose universales, teniendo en cuenta que deben leerse e interpretarse de manera holística. De esos 25 ítems, esta investigación tomará específicamente 5 de estas 25 pautas; Pauta 1: Valor social y científico, y respeto por los derechos. Pauta 8: Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación. Pauta 23: Requisitos para establecer comités de ética de la investigación y para la revisión de protocolos. Pauta 24: Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud y Pauta 25: Conflictos de intereses (World Health Organization y Council for International Organizations of Medical Sciences 2017). Las anteriores pautas permitirán a este estudio histórico establecer el camino a recorrer en cuanto a cuestiones éticas de la investigación, más aún, cuando se busca comprender una enfermedad como la tuberculosis en el pasado y que en la actualidad sigue siendo un problema de salud pública.

En conclusión, y teniendo en cuenta la normatividad vigente, los autores citados y la experiencia personal, considero que sí existen riesgos en un proyecto histórico, (un riesgo mínimo) ya que están en juego aspectos como la credibilidad del investigador y los posibles daños a una sociedad que necesita conocer de su pasado. Sin embargo, estos riesgos pueden identificarse y reducirse con ayuda de los métodos aplicados en el proceso investigativo, sobre todo considerando el compromiso existente por parte del investigador de la responsabilidad que conlleva estudiar el pasado.

Por el lado más técnico y respecto a la información electrónica que predomina en el presente proyecto, se hace necesario prever el riesgo y el posterior daño que pueda existir en documentos y archivos digitales que se están utilizando para el análisis de fuentes, ya que están expuestos a pérdida debido a daños de dispositivos electrónicos o actualizaciones en la nube. Por lo anterior se contará con el respaldo de dichos documentos en un disco duro extraíble, con la intención de garantizar la conservación tanto de las fuentes primarias que están digitalizadas, como los avances del proyecto en cada una de sus fases.

Debo expresar que el análisis ético de un proyecto de investigación como el presente, sobreviene una dificultad en la Facultad Nacional de Salud Pública, ya que desde ella no se han precisado ni estipulado los parámetros y elementos necesarios para desarrollar una reflexión de este tipo. Como lo evidenció al inicio del texto, la Resolución 8430 de 1993 no es un referente del que se pueda partir para argumentar las cuestiones éticas de una problemática de salud en la historia y tampoco los riesgos que caracterizan esta investigación. Lo anterior no tiene que verse estrictamente de una manera negativa, por el contrario, podemos sentar un precedente para repensar los estudios de historia de la salud e historia de las enfermedades en nuestra Facultad, sobre todo cuando esas investigaciones no son comunes en los proyectos de la maestría y el doctorado en salud pública. Vemos pues, que las consideraciones éticas no pueden quedarse en el ámbito de una normatividad nacional, sino que debe trascender a una ética pensada desde la perspectiva filosófica y a una bioética llevada al campo de la investigación en salud pública, en dónde se fortalezca la interdisciplinariedad que la caracteriza.

Para terminar, es importante que en un trabajo se establezca cómo proteger la propiedad intelectual de todo material utilizado y que reconozca a los autores que han trabajado en ello. Juan Pablo Canaval Palacios en su libro *Manual de propiedad intelectual* define propiedad intelectual como: “Las cosas inmateriales o incorpóreas, tales como el pensamiento, la imaginación, la fantasía, la genialidad o las ideas, son producto del ser humano, susceptibles de ser apropiadas por él. Esa capacidad productiva o intelectual del hombre que lo lleva a desarrollar ideas y pensamientos dirigidos a concebir creaciones, obras o invenciones que pueden ser apropiables es lo que en este manual se denominará bienes producto del intelecto del ser humano. En relación con esos bienes existe una reglamentación orientada a su protección, en lo que surge la denominada propiedad intelectual” (Canaval 2008). De acuerdo con lo anterior, toda idea o pensamiento que surja o cree una persona es un bien inmaterial y que por ende, esa persona tiene un derecho de dominio sobre ella, este derecho no se puede negar y todos estamos en la obligación de respetarlo (39). Consecuentemente y cómo se ha reglamentado en Colombia con la Ley 23 de 1982 los derechos de autor y la propiedad intelectual, esta investigación garantiza que no infringirá de ninguna manera la protección de los derechos del titular de la propiedad intelectual, ni de los autores ni de las fuentes consultadas con propósitos académicos.

5. Resultados

5.1 Capítulo I. Campañas antituberculosas en Colombia entre 1916 y 1946

“Las medidas que algunos gobiernos han tomado para contener la propagación de la tuberculosis no han dado los resultados deseados porque han sido insuficientes y precarias. Las leyes, en verdad, no son capaces ellas solas de modificar las costumbres, ni de enfrentar los vicios, ni de moderar los instintos; el desarrollo lógico indica lo contrario, que para que las leyes de un pueblo tengan vida deben ser la auténtica manifestación del alma nacional, el genuino exponente de su cultura y de su civilización”

Luis Felipe Ángel - 1916

Según María Teresa Gutiérrez, en Colombia, el proceso de institucionalización de la higiene tuvo lugar entre 1886 y 1953 y se caracterizó por dos rasgos generales. El primero, por el esfuerzo del Estado centralista para controlar la higiene y la salubridad en el país. El segundo, por las dificultades y tensiones que se dieron entre el Estado central y las regiones, en cuanto al manejo de las instituciones que administraban estos campos. Estos inconvenientes entorpecieron la labor de legislar, organizar y coordinar los servicios de higiene y salubridad (14). Como veremos, estas dificultades también se hicieron evidentes en las campañas antituberculosas en Colombia, sobre todo la tensión entre las medidas que se tomaban por el Estado central alrededor de la enfermedad y la materialización de estas en las demás regiones del país.

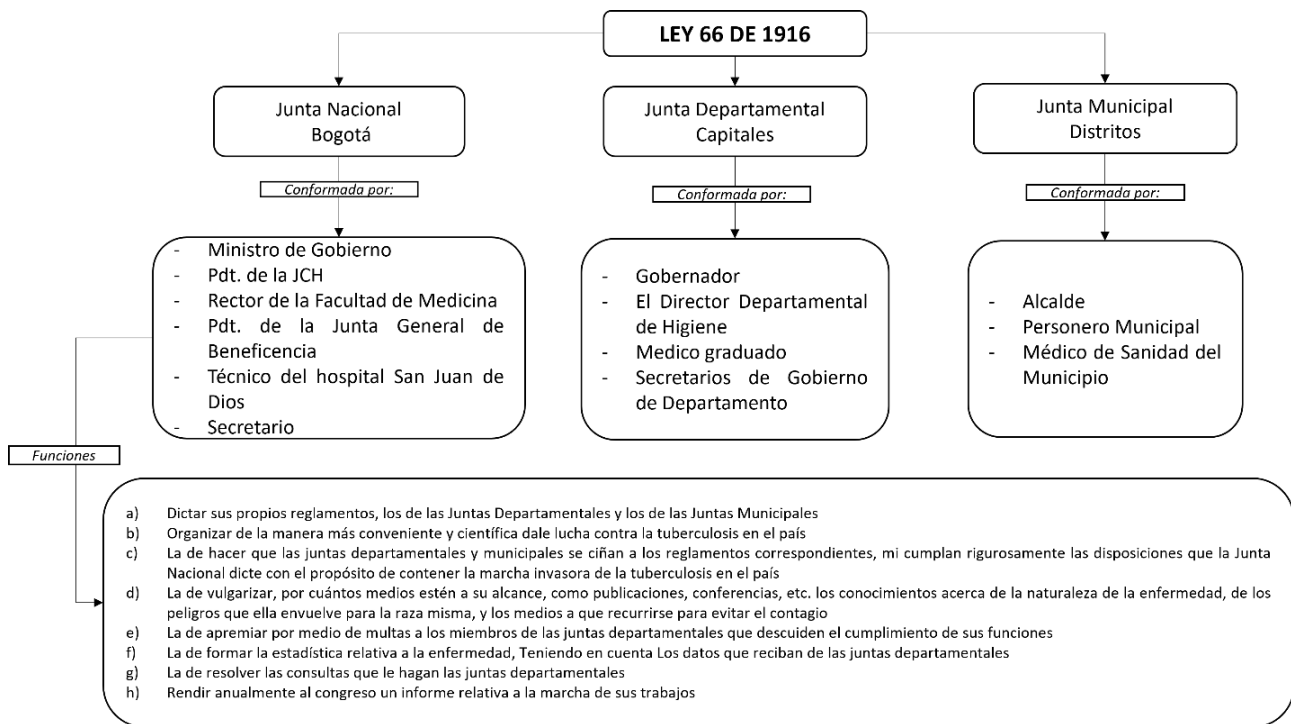
Las campañas antituberculosas en Colombia empezaron en 1916 con la Ley 66, más específicamente con el artículo número 5°, el cual establecía que en los hospitales y cárceles del país debían existir departamentos propios para aislar a las personas enfermas de tuberculosis costeados por el tesoro Nacional. Esta ley organizó la lucha antituberculosa y reformó la ley 84 de 1914 sobre higiene pública y privada (40). Para estas campañas, que recién iniciaban, era fundamental estar ligadas a una ley para facilitar que las disposiciones establecidas se cumplieran.

Antes de organizarse la campaña antituberculosa, en el país solo existían resoluciones sobre las medidas profilácticas relacionadas con algunas enfermedades infecciosas, entre ellas, la tuberculosis. Es el caso de la Resolución de 1913, en la que

en su artículo primero expresa: “Cuando aparecieren enfermedades infecciosas de marcha aguda, se observarán las siguientes medidas de profilaxis”. Para el caso de la tuberculosis se establecieron ocho medidas; 1. El médico debía enterar al enfermo y a las personas a su alrededor del peligro del contagio, la forma de transmisión de la enfermedad y la manera de evitarla, además dar a la familia las indicaciones de higiene. 2. Se prohibía escupir en el suelo y se proponía entregar a los enfermos una escupidera de caucho con sistema de cierre y solución de formol o cresol, para recibir los esputos. Además, se recomendaba utilizar escupieras de cartón impermeable para luego incinerarlas. 3. La habitación del enfermo debía ser ventilada y con espacio. 4. Debían destinarse utensilios propios de comedor y tocador para el enfermo, y después de usados debían lavarse con formol y luego con agua hirviendo. 5. Se prohibía barrer las casas en seco ya que el polvo esparcía en sus partículas la enfermedad. 6. Las ropas de cama y del enfermo debían estar destinadas y separadas solo para su uso. Antes de entregar las ropas a la lavandería debían ponerlas por una hora en una solución de formol o cresol. 7. El enfermo no podía besar ni trabajar en sitios que manejaran alimentos, ni en la fabricación de artículos como cigarrillos. 8. Si el paciente moría o cambiaba de casa debía hacerse desinfección a toda la casa (40). Estas medidas siguieron en vigencia hasta 1917, cuando se promulgaron leyes más específicas alrededor de la enfermedad.

La Ley 66 de 1916 creó Juntas de higiene, entre cuyas funciones estaba la organización de la lucha antituberculosa. Estos organismos se estructuraron de la siguiente manera:

Figura 1. Esquema de la organización de la lucha antituberculosa



Fuente: Esquema realizado a partir de la Ley de 1916 que organizó la lucha antituberculosa

Sin embargo, y como lo expresó ese mismo año el doctor Luis Felipe Ángel en su informe de la lucha antituberculosa, las leyes no podrían por sí solas “modificar las costumbres, ni frenar los vicios, ni moderar los instintos”, para que las leyes fueran realmente eficaces necesitaban estar acompañadas de recursos destinados a desarrollar las campañas antituberculosas en todo el país; sin dinero ni personal dispuesto para tal fin, estas leyes eran solo una iniciativa que no llevaban a una solución (41). Los médicos de la época eran conscientes de la necesidad de unir esfuerzos desde los ámbitos estatales y sociales para llevar a cabo las campañas en contra de la tuberculosis en Colombia. Ángel, lo enunciaba así:

Qué los gobiernos activen y multipliquen los medios de enseñanza popular, que el niño aprenda a conocer cómo se contrae la tuberculosis, que la higiene le enseñe a conservar la salud contra los embates del medio despiadado, que la moral robustezca su voluntad, lo haga dueño de todo su ser para sanear sus

costumbres y dominar los vicios que aniquilan, y que la energía individual secunde el esfuerzo de los gobiernos (41).

Según Ángel, para luchar contra la enfermedad era necesario perseguir al bacilo que la provocaba, buscarlo extinguirlo o en su defecto aislarlo. Esto suponía: cuidados profilácticos para el enfermo; cuidar del contagio de las personas a su alrededor; desinfectar de los objetos del enfermo, y un ambiente sano con aire puro y rayos del sol. Además, ya se estipulaba que la lucha no sería sostenible desde la iniciativa privada y que el Estado era quien debía asumirla, teniendo como puntos de partida la escuela y la casa, siempre de la mano de los médicos.

En 1917, se estableció el Acuerdo número 33 en donde se promulgaron las medidas a tomar frente a la tuberculosis. En los 21 artículos de este acuerdo se estableció la profilaxis de la enfermedad; el Artículo 1, estaba conformado por 11 puntos que dictaminan aspectos como: la habitación del enfermo, la limpieza de la casa del tuberculoso, el manejo de los esputos, usar pañuelo al toser o estornudar, el contacto con otras personas o niños, la separación de los utensilios, la desinfección de la ropa, las profesiones en las que no se puede desempeñar etc. Además, los artículos abordaban el manejo de los animales con tuberculosis, los hombres enfermos en cuarteles del ejército, la separación de los enfermos de escuelas y otros espacios como templos, fábricas y talleres. Estipulaban también que los niños enfermos no podían trabajar y la separación de madre e hijo si esta tenía la enfermedad. Estos acuerdos prohibieron costumbres como escupir en el suelo y dispusieron la creación de dispensarios y sanatorios, y dictaminaron multas para quienes no cumplieran lo determinado.

Para el año 1919 se dictaminó la Ley 112 que constaba de 12 artículos y reformó las leyes anteriores concernientes a las disposiciones frente a la tuberculosis (40). En los cambios más notorios entre esta norma y las anteriores se destaca la supresión de la Junta Nacional para la lucha contra la tuberculosis creada en el artículo 1, de la Ley 66 de 1916 y su adscripción a la Dirección Nacional de Higiene. Sin embargo, las funciones asignadas a esta entidad excedían su capacidad de acción, lo cual impidió que la lucha antituberculosa tuviera la atención que requería. Esto condujo a que las medidas

profilácticas dictaminadas en las leyes se resumieran a una labor de propaganda en folletos, anuncios, periódicos y conferencias (42).

Si bien, La Junta Nacional Organizadora de la lucha antituberculosa procuró darle impulso a la campaña en todo el país, mediante la divulgación de folletos y hojas sueltas para ser distribuidos en colegios, escuelas, empresas, fábricas, bancos etc. los inconvenientes que se presentaron para desarrollar sus actividades fueron múltiples. En primer lugar, había carencia de fondos. Conforme a la Ley 66 de 1916, para el programa de la lucha antituberculosa en Colombia se destinó la suma de 30.000 pesos oro, la cual se estableció como un monto considerable para iniciar las campañas. En un primer momento, este presupuesto se redujo a sólo 6.000 pesos oro (42), pero posteriormente, aludiendo a un déficit económico, el gobierno nacional nunca giró este auxilio.

En segundo lugar, las labores de la Junta se vieron detenidas temporalmente debido a la epidemia de gripa del año 1918. Dado que se presumía que después de la gripa aumentarían los enfermos de tuberculosis, la Junta Nacional envió una circular a las Juntas Departamentales alertándolas al respecto. Asimismo, desde la Junta se insistía en medidas como el uso de las escupideras, la prohibición de escupir en el suelo, el barrido de las calles, haciendo un llamado a las Juntas Municipales para que destinaran presupuesto y atención para llevar a cabo dichas medidas (43). Ante la incapacidad del gobierno nacional de asignar recursos para la campaña desplazaba la responsabilidad fiscal en los entes departamentales y municipales, quienes con frecuencia también declaraban no contar con presupuesto para ello. En muchos casos la situación solo se enfrentaba por contingencias. Por otra parte, la Junta Nacional destacaba la importancia de las regiones ricas en agua, pues estas aguas contenían sales empleadas por los clínicos para la remineralización orgánica ⁱⁱ, que en ese momento se consideraba eficaz para combatir la tuberculosis. Desde la Junta Nacional también se insistía para que las juntas departamentales enviaran cifras de los enfermos tuberculosos para formar una estadística general (43). La ausencia de cifras reales impedía conocer las dimensiones del problema.

ⁱⁱ En la época se pensaba que las aguas minerales eran terapéuticas para el tratamiento de algunas enfermedades como la tuberculosis.

Para el inicio de los años 1920, las campañas antituberculosas en el país no habían avanzado en cuestiones prácticas debido a la falta de presupuesto, durante la primera mitad del siglo XX la campaña contra la lepra acaparó la mayoría del presupuesto de la higiene en Colombia (44). Lo que se evidencia con las modificaciones en la estructura gubernamental del desarrollo de la campaña. En 1920, con el Decreto número 299 los ramos de Higiene y Lazaretos se adscribieron al Ministerio de Agricultura y Comercio. Luego, en 1922, la Ley 6ª de ese mismo año, reunió el personal de este ministerio en solo cuatro secciones, unificando la primera, segunda y tercera en una, poniendo como segunda la de información y propaganda, como tercera la de Lazaretos y como cuarta la Higiene, estas últimas tres habían funcionado como figuras dependientes del Ministerio, distinto a las cuatro secciones centrales que lo constituían. Al año siguiente, La ley 5ª autorizó al poder ejecutivo para reorganizar los servicios administrativos, con el fin de economizar, ya que con esto se podría reducir sueldos, suprimir empleos, distribuir las funciones entre los que quedaran existentes entre otras cosas. Así pues, con el Decreto número 407, de 17 de marzo de 1923 se reorganizó el Ministerio de Agricultura constituyendo cuatro secciones que estaban enfocadas en negocios generales, agricultura, comercio y bienes del país. Además de estas secciones, el Ministerio quedó a cargo de: la Dirección Nacional de Higiene, con las Direcciones Departamentales, las oficinas de Sanidad de los puertos marítimos y fluviales y el parque de vacunación; la Dirección General de Lazaretos y el Departamento de Uncinariasis con sus dependencias (45).

Pese a la reorganización, desde el Ministerio de Agricultura se señalaba la falta de recursos para iniciar campañas departamentales contra la tuberculosis. En Atlántico, se propuso un pequeño impuesto a los eventos de entretenimiento para la constitución de un sanatorio para tuberculosos. Incluso el Director Nacional de Higiene, Pablo García Medina, hacía un llamado para iniciar y sostener la campaña antituberculosa:

La base de esta lucha, y por dónde debe principiarse la campaña, es el dispensario, que puede establecerse sin grandes gastos. Bien organizado prestará inapreciables servicios no solamente a los enfermos que a él acuden sino a toda la sociedad. Al dispensario irán aquellos individuos en quienes principia la enfermedad, ya allí se les aplicarán tratamientos que siempre los aliviarán y que

en ciertos casos pueden curarlos; se les instruirá en las precauciones que deben tener para que no comuniquen su enfermedad a las personas con quién vivan; se les instruirá a éstas sobre las medidas preservativas que deben tomar. Se llega así a organizar la profilaxis antituberculosa en la familia, con lo cual se salvarán del contagio muchas personas, principalmente niños. De esta manera el dispensario no es solamente un gran recurso para el enfermo sino también un precioso elemento de defensa social (45).

El Departamento del servicio público de Higiene y Sanidad estuvo adscrito al Ministerio de Agricultura y Comercio hasta enero de 1924, fecha en la que pasó a depender del Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas. Este servicio conservó la organización que le dieron las Leyes 84 de 1914 y 32 de 1918, luego se estableció la Ley 99 de 1922 que adicionó otras leyes vigentes sobre higiene pública, según Juan Corpas de esta manera se llenaron vacíos notables que habían alrededor de las leyes sanitarias y de higiene (46). Estos vacíos estaban relacionados con aspectos como: la declaración obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas a las autoridades sanitarias, la disposición por parte de las autoridades sobre inmuebles que amenazaran la salubridad pública, la responsabilidad que tenían las instituciones de salud que recibieran auxilio del Estado de someter los reglamentos de su administración a la aprobación del Director Nacional de Higiene y la voz de estos en las asambleas departamentales en asuntos relacionados con la higiene.

Más tarde, en 1925 la Ley 15 reguló la higiene y la asistencia pública. Esta estableció, en comparación con la Ley 99, los lineamientos para la implementación de pabellones tuberculosos en los hospitales. De esta manera la ley dictó que debía existir, en al menos uno de los hospitales que funcionaban en las capitales de los departamentos, un pabellón destinado únicamente a la hospitalización de tuberculosos incurables. También propuso que los hospitales con personería jurídica y no pertenecientes al Estado, que desearan crear este pabellón, podían hacerlo y la nación contribuiría con la mitad de los costos. En las ciudades principales del país debía haber un sanatorio para tuberculosos, la ubicación de estos sanatorios la establecería la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia pública. Finalmente, dispuso la creación de dispensarios en las poblaciones que lo requirieran. Según la ley, en estas instituciones

no se tratarían clínicamente a los enfermos, pues su objeto estaría encaminado a la divulgación de la enseñanza de las medidas profilácticas de la enfermedad tanto a enfermos como a sus familiares (47).

En términos legislativos, la organización de la higiene en Colombia había logrado una estructura adecuada, que beneficiaría directamente a la lucha antituberculosa, pues planteaba una dirección clara a seguir para solucionar esta problemática. Sin embargo, el análisis de algunas disposiciones de la Ley 15 y la realidad, reflejan una evidente contrariedad. Por ejemplo, en cuanto a que debían existir pabellones exclusivos para tuberculosos en los hospitales de cada ciudad capital, encontramos que para el año 1925 ningún hospital del país cumplía a cabalidad con este requerimiento. Asimismo, el país no contaba con sanatorios en las capitales, sólo existía el hospital-sanatorio La María en Medellín creado en 1923 y el Santa Clara en Bogotá que empezó funciones en el año 1942, instituciones volveremos más adelante. Además, respecto a los dispensarios, solo funcionaron 16 años después de iniciadas las campañas y no existió una cantidad que realmente supiera la demanda de tuberculosos en el país.

Así pues, la legislación alrededor de las campañas en el país no garantizó que estas se desarrollaran eficientemente, debido a que no se les asignaba un presupuesto adecuado que materializara la lucha antituberculosa. Esta situación, se replicó en diferentes departamentos de Colombia, así como lo evidencian los informes nacionales del año 1931: “No existe en el Cauca lucha antituberculosa de ninguna especie, fuera de una copiosa y bella legislación departamental, no cumplida por falta de recursos”. Asimismo, la Ley 15 de 1925 no pudo cumplirse porque no quedó incluida en las partidas del presupuesto y por ende no se podía atender la organización de los dispensarios, los asilos, ni consultorios de las campañas sanitarias entre ellas la de la campaña antituberculosa.

Para favorecer las campañas en Colombia, el Decreto número 905 de 1930 creó una escuela de enfermeras visitadoras. Estas tenían como función vigilar a los enfermos de tuberculosis, velar por el cumplimiento de las medidas profilácticas dictaminadas por las autoridades sanitarias e instruir a los enfermos y a sus familias sobre las precauciones para evitar el contagio(47). La fundación de esta escuela fue apoyada por la Fundación Rockefeller, y para 1936 se creó una segunda Escuela en la ciudad de Medellín (48).

Más adelante, en 1949 se creó la Asociación Nacional de Enfermeras Colombianas (ANEC), esta asociación funcionaba desde 1932 como Asociación de Enfermeras Visitadoras, con la aprobación de la Dirección Nacional de Higiene (49).

Con la Resolución número 51 de 1931 se dictaminó la organización para la aplicación de la vacuna antituberculosa y se destinó un laboratorio exclusivo para su preparación independiente de cualquier otro laboratorio, tal y como lo recomendaba el profesor Calmette (47). Como sucedió con otros planes alrededor de las campañas, y como lo veremos ampliamente más adelante, la vacunación se postergó más de diez años después de emitida la resolución, iniciando en Medellín en 1943.

Es necesario detenerse un poco para describir las funciones y los servicios que pertenecían al Departamento Nacional de Higiene, ya que exponen de qué manera estaba inserta en esta estructura la Campaña Antituberculosa y los cambios que tuvieron lugar con el paso de los años. Al iniciar la década, en 1931 el Departamento Nacional de Higiene tenía como eje principal la Dirección Técnica y Administración que contaba con una secretaria. Paralelamente a este, funcionaban el Instituto Nacional de Higiene y la Sección de Uncinariasis. De este eje principal se desprendían: la sanidad general, la contabilidad, la lucha contra la tuberculosis, la asistencia pública y la protección infantil, la campaña contra la lepra y sección de demografía y estadística sanitaria. La sección de la lucha contra la tuberculosis tenía a su cargo instituciones como hospitales, sanatorios y los dispensarios (50).

Este año, el director nacional de higiene, Enrique Enciso estableció claramente la manera en que la sección de la lucha contra la tuberculosis debía funcionar. Para dar más fuerza a la campaña y dinamizar su conexión con el Departamento de Sanidad se creó, una sección que debía consagrarse a: 1. Fomentar la lucha antituberculosa por todos los medios en el país, haciendo énfasis en extender el conocimiento respecto a los sistemas para la profilaxia y curación de la enfermedad. 2. Servir como centro de enseñanza y especialización del personal de médicos, ayudantes y enfermeras que lo forman, con el propósito de entrenar a las personas que están a cargo de los servicios que la Nación con entidades oficiales o particulares, ofrezca alrededor de la campaña en otros lugares del país. 3. Estimular las actividades sociales, de carácter oficial o particular dirigidas a defender al país de la tuberculosis. 4. Atender a las personas que asistieran

al dispensario con tratamiento médico y buscar la cooperación de las instituciones que funcionaban en la capital. Por demás, Enciso, señalaba la necesidad que tenía la campaña de afrontar tanto los factores indirectos como directos relacionados con la enfermedad. En los factores indirectos mencionaba las aglomeraciones sociales, la vida familiar, la vida escolar, la vida militar, la urbanización, la industrialización y las profesiones. En los indirectos se encontraban aspectos relacionados con la vida social moderna de las grandes agrupaciones de la vida urbana, el alojamiento, la alimentación, la miseria y el pauperismo. Según Enciso, afrontar estos factores requería recursos y actividades que los gobiernos, por ricos que fueran estaban imposibilitados a cubrir de manera independiente, así, que debía gestionarse ayuda con entidades particulares y fortalecer las campañas. Las autoridades debían dar el impulso y reglamentar los métodos, las directivas darían las orientaciones claras y unificarían las actividades a realizar en todo el país, las leyes garantizarían las medidas, se capacitaría personal y se buscaría la manera de cubrir gastos entre las instituciones públicas y privadas. El director de higiene, proponía también organizar comités centrales y departamentales en los que figuraran autoridades de higiene, políticas y eclesiásticas para que se promoviera la lucha antituberculosa y buscaran la manera de generar recursos desde entidades públicas y privadas para hacerle frente a la enfermedad (51). Desafortunadamente, la creación y organización de secciones alrededor de la lucha solo ampliaba los informes pero que al final no daban cuenta de cambios significativos en las campañas, mucho se hablaba de lo debía hacerse, pero sin recursos dispuestos, pocos eran los logros concretos.

La Dirección Nacional de Higiene proponía al dispensario como eje central de la lucha antituberculosa y sugería que torno a él se organizaran el hospital-sanatorio, el sanatorio y el preventorio.

El hospital Sanatorio consistía en un hospital aislado o con un pabellón únicamente para enfermos de tuberculosis que contara con servicios de un hospital general. Las personas que debían dirigirse ahí eran los enfermos con lesiones avanzadas, con poca o ninguna esperanza de curación. Contaría con servicio de neumo – tórax y de cirugía. El enfermo dado de alta por mejoría o curación debía referirse al dispensario que lo envió. Para reducir costos también se recomendaba anexar un

consultorio externo que hiciera las veces de dispensario. La importancia de este hospital radicaba en que era insustituible, en la medida en que aislaba al enfermo evitando el contagio de otras personas. Pese a la importancia que se le daba al hospital sanatorio, tanto desde la Dirección Nacional de Higiene como desde el campo médico y social, en Colombia entre 1916 y 1946 sólo funcionaron dos hospitales con estas características. El hospital La María en Medellín y el Hospital Santa Clara en Bogotá fundados en 1923 y 1942 respectivamente. Como era de esperarse y como se verá con más detalles en este estudio, estas dos instituciones, si bien cumplían una función preponderante dentro de la campaña, resultarían insuficientes para albergar a los enfermos de tuberculosis con las condiciones propuestas por Enciso.

El sanatorio propiamente dicho era un centro donde asistirían las personas que tenían posibilidad de curarse, allí recibían como tratamiento de la tuberculosis un régimen de vida especial para su curación, del que hacía parte el reposo, el buen aire, la buena alimentación y alojamiento apropiado. Puesto que todos estos elementos constituían gran empleo de recursos, no todas las personas con tuberculosis podían acceder a este. Debía estar construido, localizado y organizado de acuerdo con las condiciones dadas en los estudios de la época. Se debía hacer una selección adecuada de las personas que podían salvarse, ya que su estancia podría prolongarse durante meses y años y debía garantizarse que el paciente se curara. Este sanatorio se admitirían pacientes “acomodados” que recibirían los servicios y ayudaban a sostener a otros enfermos pobres. En los informes aparece como “servicio de pensionados”. Teóricamente, la campaña se estructuraba de una manera clara, las autoridades de higiene tenían conocimiento amplio sobre cómo combatir la enfermedad. Sin embargo, instituciones como los sanatorios descritos previamente se quedaron en la idealización de la campaña, ya que en el periodo estudio no existieron centros como este. Como se mencionó con anterioridad existieron dos hospitales sanatorios, La María y Santa Clara.

Con relación al preventorio, como su nombre lo indica, eran espacios de prevención que tendrían como objeto atender a niños débiles y enfermos o que tenían algún peligro de contagio. Se ubicarían en campos, parques y jardines, y los pacientes recibirían ejercicios físicos dirigidos al aire libre para fortalecer su organismo débil. En este preventorio se debería impartir instrucción y educación a los niños al igual que en

los asilos campestres para aislar a los hijos de tuberculosos (51). Lo cual garantizaría mejores posibilidades de salud en la adultez.

En cuanto al dispensario, se concibió como el eje principal en la lucha, reclutaba, estudiaba y clasificaba al enfermo, lo dirigía a las otras instituciones para continuación de su tratamiento. Se distinguía por ser un centro de diagnóstico, de prevención y control. Además, se pensaba que podía adaptarse como una escuela en donde se capacitara al personal para la campaña. En el tercer capítulo de esta investigación se hablará ampliamente sobre este centro.

De esta red de instituciones se pueden destacar varios aspectos: Del hospital sanatorio, la manera cómo se aislaban los enfermos evitando otros contagios. Del sanatorio, la forma en que los servicios particulares servían para costear el tratamiento a enfermos que no tenían cómo pagar. Del preventorio, la intención de educación, que además del cuidado, se les ofreciera a los niños. Del dispensario, su función preventiva y de control. Por último, el asilo evitaría que los recién nacidos adquirieran la enfermedad. En la campaña, estas instituciones hubiesen tenido papel fundamental, ya que estaban enfocados en prevenir la enfermedad, no obstante, en Colombia sólo fueron proyecciones que no se llevaron a cabo y que resultaron solo en planes de papel.

Para 1933, la lucha antituberculosa estaba adscrita al Departamento Nacional de Higiene, y ya estaban en funcionamiento dispensarios que operaban de la mano de las enfermeras visitadoras, quienes buscaban y atraían a los enfermos al dispensario para facilitarles su diagnóstico y tratamiento. Las administraciones departamentales eran llamadas a apoyar esta campaña, pero, según los informes nacionales solo los departamentos del Valle y del Atlántico habían respondido a este llamado. Desde el Departamento Nacional de Higiene exhortaban al mejoramiento de la distribución de cargas fiscales, ya que así se podrían controlar el mejoramiento sanitario de cada lugar. Así, la Nación, los departamentos y los municipios perfeccionarían el funcionamiento de las campañas (52).

En 1934, el Departamento de Higiene se reorganizó en cuanto al personal administrativo y técnico por medio del Decreto número 189. Esto contribuyó a redistribuir las funciones administrativas de la dependencia y a mejorar la situación fiscal. El director del departamento organizó las secciones poniendo al frente un especialista, con la

intención de formalizar las estadísticas y desarrollar el Laboratorio Nacional de Higiene con los elementos necesarios para que las diferentes campañas sanitarias funcionaran, entre ellas, se encontraba la campaña antituberculosa (53). No obstante, el objetivo de consolidar estadísticas firmes alrededor de la tuberculosis no se desarrolló en estos años de la campaña. Si bien, el discurso de la estadística se utilizó para reforzar la necesidad de la lucha, no se direccionó a entender realmente la dimensión de la problemática de la enfermedad. Así lo afirman Estrada, Márquez y Gallo, “la estadística de la tuberculosis sirvió más como argumento político médico en favor de la lucha antituberculosa que como conocimiento cuantitativo del problema”. Además, no existían cifras claras sobre los enfermos de tuberculosis, ni había métodos para recopilar esta información (32).

Con el Decreto 189 se suprimió el cargo de Administrador General de Higiene, las secciones estaban a cargo de un jefe y contaba con personal subalterno para atender a sus funciones. Las dependencias se organizaron de la siguiente manera: Dirección. Subdirección. Sección 1.^a – Secretaría. Sección 2.^a – Epidemiología. 3.^a Protección Infantil y Asistencia Pública. Sección 4.^a – Lucha contra la Tuberculosis. Sección 5.^a – Lepra. Sección 6.^a – Saneamiento Rural. Sección 7.^a – Laboratorio Nacional de Higiene. Sección 8.^a – Contabilidad – Pagaduría. Sección 9.^a Estadística. Sección 10.^a – Ingeniería Sanitaria (54).

De las actividades importantes que se destacaron en los informes de 1934 para la sección de la lucha contra la tuberculosis, fue el curso de Tisiología dictado por el jefe de sección y que fue patrocinado por la Facultad Nacional de Medicina. Lo anterior nos indica que la academia en Colombia estaba realizando aportes significativos a las campañas nacionales antituberculosas con capacitaciones a profesionales que estaban vinculadas a ellas.

En el año 1936, se estableció una nueva reorganización del Departamento Nacional de Higiene, que modificó la estructura propuesta en 1931. En primer lugar, la Dirección Técnica y Administración dejó de ser el eje principal y fue reemplazada por la Dirección Nacional de Higiene, de donde se desprendieron tres estamentos importantes: Educación de higiene, secretaría general y las diferentes secciones en las que se incluían, entre otras, la lucha Antileprosa, antivenérea y antituberculosa. En esta última se ubicó la dirección técnica de la campaña antituberculosa y las instituciones que

pertenecieron a ella, como lo eran dispensarios y preventorios. Además, se designó una sección para las direcciones departamentales de higiene. En términos prácticos, se buscaba que la estructura de la higiene permitiera adelantar una campaña educativa en el país y hacer que las disposiciones alrededor de la higiene se cumplieran en el territorio nacional de una manera unificada. No obstante, estas reorganizaciones no condujeron a una transformación determinante en el desarrollo de las campañas antituberculosas en Colombia.

Para este año, de las disposiciones alrededor de la campaña antituberculosa sólo se había realizado la que dictaminaba el Decreto Número 235 del año 1932 “por el cual se crea [en Bogotá] el primer dispensario en Colombia para el estudio y tratamiento de la tuberculosis” haciéndose efectivo este decreto según el Director de Departamento de Higiene Benigno Velasco Cabrera se inició verdaderamente la campaña antituberculosa en el país (55).

Igualmente, el plan de organización de la lucha consagraba siete puntos importantes: 1. Creación de los dispensarios antituberculosos en las ciudades capitales y en los principales centros. 2. Salas de hospitalizaciones independientes para hombres, mujeres y niños con tuberculosis pulmonar abierta, reconocidos previamente por el dispensario como contagiosos, con incapacidad para subsistir económicamente y que se vean obligados a convivir con personas sanas. 3. Divulgación de información que eduque sobre la enfermedad, celebración de la semana de la tuberculosis, organización de Ligas Antituberculosas. 4. Sanatorios hospitales, para tratamientos quirúrgicos y modernos, estos solo recibirán enfermos con alta posibilidad de mejoría y sanación. 5. Colonias de vacaciones para niños disminuidos físicamente. 6. Búsqueda de la posibilidad de crear la obra Grancher en Colombia con modificaciones hechas por Colomban y León Bernardⁱⁱⁱ y 7. Sanatorios marinos para tuberculosis quirúrgica. Además de la incorporación de 12 equipos de rayos X, con el fin de dotar 12 dispensarios y dar inicio al desarrollo de las

ⁱⁱⁱ La obra Grancher fue fundada en 1903 por el profesor José Grancher en París, esta, se dio por el resultado de sus investigaciones sobre el contagio de la tuberculosis, a partir de su interés por la frecuencia de la tuberculosis en los niños y la gravedad de algunas de sus formas. Estas investigaciones arrojaron que el niño contraía la tuberculosis en su medio familiar ya sea por su padre, madre, hermanos o criados. Por lo cual Grancher, pensó en una alternativa para preservar la infancia de esta enfermedad que consistía en llevar a los niños de familias tuberculosas de entre tres y diez años a familias en el campo en donde pasaran su vida escolar hasta los trece años (56).

campañas(57). De estos siete puntos, se lograron concretar la divulgación de información alrededor de la enfermedad, la recepción de los equipos (marzo de 1937) y se intentó organizar de manera uniforme los dispensarios de Bogotá, Cali, Barranquilla y Medellín. Algunos puntos de este plan de organización no se llevaron a cabo hasta entrada la década de 1940 y otros como salas de hospitalizaciones independientes y colonias para niños enfermos nunca se implementaron en las campañas antituberculosas en Colombia.

Ese mismo año, el Departamento Nacional de Higiene encargó a Carlos Arboleda Díaz de viajar a los Estados Unidos para conocer al detalle la manera en que ese país llevaba a cabo la lucha antituberculosa y contra las enfermedades venéreas. Al regreso, Arboleda Díaz emprendió la instalación de algunos dispensarios, como el de Palmira, se equiparon los de Popayán, Pasto, Pereira, Ibagué y Neiva. La experiencia de países como Estados Unidos incidió de alguna manera en las políticas locales.

En las ciudades en que se instauraron dispensarios antituberculosos se logró que las autoridades dictaran normativas que obligaba a niños, maestros y empleados de hoteles a presentar un certificado expedido por los dispensarios antituberculosos y antivenéreos, con la finalidad de tener control de las personas portadoras de alguna enfermedad, además, se solicitaba decretos similares en las demás profesiones. El examen y el certificado fueron actividades propias de la era preantibiótica. Como proyección de la campaña para ese año se esperaba el montaje de equipos para tratar la enfermedad en las ciudades de Cúcuta, Bucaramanga, Cartagena, Santa Marta, Tunja y Agua de Dios. Pese a los esfuerzos, la falta de presupuesto restringió esas proyecciones.

En este punto, las campañas antituberculosas en el país se encontraban, según Elisa Osorio Umaña, divididas en dos frentes de acción, por un lado, el frente médico y por el otro el frente social. Osorio, quien era la delegada de las enfermeras visitadoras en la primera conferencia de tuberculosis en Colombia (1937) aseguraba que las enfermeras visitadoras eran un soporte importante para las campañas y que apuntaban al fortalecimiento del factor social. Además, que el éxito de las campañas no se limitaba a las profilaxis directas del contagio, sino a las medidas de profilaxis social, como lo era la lucha contra los vicios, la protección del obrero, el mejoramiento de las condiciones higiénicas de los modos de vida, la instrucción sobre la enfermedad y su tratamiento

desde el hogar, las escuelas, la prensa y la radio. A través de su delegada, las enfermeras visitadoras propusieron: intensificar la colaboración de la mujer en la enfermería social ubicándola como la base de las campañas profilácticas; mejorar las condiciones higiénicas en que vivían las personas, promoviendo prácticas de higiene a través de medios de comunicación como la radio y la prensa; incrementar los refugios maternos y hospitales infantiles; fundar casas campestres para niños propensos a la tuberculosis y crear, tal y como ya se hacía en otros países de un organismo central contra la tuberculosis denominado “Liga antituberculosa” (58).

Esta Conferencia Nacional Antituberculosa se realizó en la ciudad de Medellín, y en ella se trataron temas como el seguro social contra la tuberculosis, la preparación de la vacuna por B.C.G, la profilaxis y la consideración de la tuberculosis dentro de las enfermedades profesionales (59). La incursión de las enfermeras visitadoras en este tipo de espacios sugiere que desde la academia se escuchaba la voz de varios sectores que componían las campañas, sobre todo porque las enfermeras estaban directamente involucradas con los enfermos y sus condiciones, por lo cual comprendían la tuberculosis y cómo iba adquiriendo características propias de una enfermedad social.

En 1938, el gobierno del presidente Eduardo Santos creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión social, el cual tendría labores hasta 1947. Este gobierno fusionó el Ministerio de Industria y Trabajo junto con el Ministerio de Agricultura en un ministerio nuevo que tendría el nombre de la Economía Nacional y crearía otro con el nombre de Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. (60). Según el Ministro Alberto Jaramillo Sánchez, la unión de los aspectos de trabajo, higiene y previsión social constituía un paso para tecnificar la administración en cuanto a los asuntos sociales, pensando en un futuro Ministerio de Higiene (14). Esta reorganización supuso la eliminación del Departamento Nacional de Higiene.

Pese a esta nueva organización y a los alentadores reportes oficiales de la época, no todos los académicos pensaban que las campañas en el país avanzaban correctamente. David Castro Senior, médico jefe del dispensario antituberculoso de Barranquilla, afirmaba que el punto angular de las campañas antituberculosas eran los factores económicos, sociales y epidemiológicos. Si bien, con el avance de la

tuberculización ^{iv} de la población se estabilizaría la enfermedad y esta empezaría a descender, era necesario que el tiempo de estabilización se acortara. Esto se podía hacer enfocando esfuerzos no solo en medidas dirigidas al medio, sino también en medidas direccionadas a la organización económica y social de las poblaciones, pues en pueblos en condiciones precarias de higiene y salud este tiempo era más extenso. Castro planteaba que la lucha antituberculosa en el país se encontraba “en pañales” pues aún faltaba mucho para una tuberculización (62).

Esto va anudado también a que, pese a la legislación existente, las disposiciones establecidas en ellas no se cumplían. Si bien la Ley 66 de 1916 estipulaba la creación de pabellones o salas de hospitalizaciones para enfermos de tuberculosis, esta disposición fue evitada por las instituciones de asistencia, por ello el decreto número 2326 de diciembre 22 de 1938 determinó las obligaciones legales que tenían los hospitales, que recibían un auxilio nacional de sostenimiento, de colaborar con la campaña antituberculosa nacional. Además, los hospitales departamentales que recibían auxilio del Estado debían asegurar un mínimo de camas disponibles y que para ese momento debían duplicar el número de camas existentes para la atención de tuberculosis (63).

En 1938 el país estaba organizado administrativamente en trece departamentos (Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Santander, Tolima), cuatro intendencias (Amazonas, Chocó, Meta y San Andrés y Providencia), seis comisarías (Arauca, Caquetá, Guajira, Putumayo, Vaupés y Vichada) y tenía una población de 8.701.816 (64). Contaba con 736 camas disponibles para pacientes con tuberculosis, es decir, 0.8 camas por cada 10.000 habitantes.

Si analizamos la información por departamentos, el panorama no resultaba ser mejor, ya que la mayoría de los departamentos no contaban ni con 1 cama por cada 10.000 habitantes. Por ciudades, en el mejor de los casos había 9.8 camas por cada 10.000 habitantes. Por tal razón, el número de camas disponibles, no representaba un avance significativo de atención a tuberculosos, teniendo en cuenta que ya habían

^{iv} Se entiende por tuberculización la formación de tuberculosos en los órganos y la infección causada por bacteria del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (61).

pasado más de 20 años desde iniciadas las campañas y en un país dónde sólo en ese año, murieron por esta enfermedad 4.087 personas (65).

Tabla 1. Camas disponibles por ley para atender a pacientes con tuberculosis en Colombia en el año 1938

Hospital / Ciudad	N° de camas	Población del departamento		Población de la capital del departamento		Proporción de camas disponibles por cada 10.000 habitantes	
						En el departamento	En la capital
Hospital de San Juan de Dios, de Bogotá	150	Cundinamarca	1.174.607	Bogotá	338.312	1.2	4.4
Hospital de San Vicente de Paúl, de Medellín	150 *	Antioquia	1.188.587	Medellín	168.266	1.2	8.9
Hospital de Caridad, de Barranquilla	70	Atlántico	268.409	Barranquilla	152.348	2.6	4.5
Hospital de Santa Clara, de Cartagena	30	Bolívar	765.194	Cartagena	84.937	0.3	3.5
Hospital de Caridad, de Tunja	20	Boyacá	737.368	Tunja	20.236	0.2	9.8
Hospital Municipal, de Manizales	50	Caldas	769.968	Manizales	86.027	0.6	5.8
Hospital de San José, de Popayán	20	Cauca	356.040	Popayán	30.038	0.5	6.6
Hospital de San Miguel, de Neiva	20	Huila	216.676	Neiva	34.294	0.9	5.8
Hospital de San Juan de Dios, de Santa Marta	20	Magdalena	342.322	Santa Marta	33.245	0.5	6.0
Hospital de San Pedro, de Pasto	25	Nariño	465.868	Pasto	49.644	0.5	5.0
Hospital de San Juan de Dios, de Bucaramanga	40	Santander	615.710	Bucaramanga	51.283	0.6	7.7
Hospital de San Rafael, de Ibagué	25	Tolima	547.769	Ibagué	61.447	0.4	4.0
Hospital de San Juan de Dios, de Cali	70	Valle del Cauca	613.230	Cali	101.083	1.1	6.9
Hospital de San Juan de Dios, de Cúcuta	25	N. de Santander	346.181	Cúcuta	57.248	0.7	4.3
Hospital de San Francisco de Asís, de Quibdó	15	Chocó**	111.216	Quibdó	30.122	1.3	4.9
Hospital Monfort, de Villavicencio	6	Meta**	51.674	Villavicencio	24.315	1.1	2.4

*Por existir en Medellín un hospital sanatorio con capacidad mayor de 100 camas, se fijó para el San Vicente un cupo de 50 camas el resto corresponde a las camas de “La María”.

**Intendencia.

Fuente: Datos tomados de: Contraloría General de la República. Censo general de población 5 de julio de 1938. Bogotá: Imprenta Nacional; 1938

Para finales de la década del 1930, el jefe Nacional de la Campaña Antituberculosa, Carlos Arboleda Díaz, criticaba la idea de establecer preventorios en el país. Propuesta que existía desde hacía una década atrás, cuando desde la Dirección de Higiene se proponían como centros claves para la lucha antituberculosa. Según el médico, el establecimiento de estas instituciones, que albergarían a niños pre-tuberculosos, es decir, niños que salían de su hogar porque algún miembro de su familia se había contagiado de la enfermedad, tenían gran acogida en campañas electorales, pero que eran un lujo, inviable, incluso para países más prestantes que Colombia. En ellas, el niño debía permanecer durante cuatro meses y al volver a su casa seguía teniendo posibilidades de contagiarse, sin contar, que podía ocurrir que algún niño dentro del preventorio ya estuviese contagiado. En su opinión, los esfuerzos debían centrarse en el dispensario y en aumentar las camas para los enfermos.

Para el año 1939, el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social funcionaba con los siguientes departamentos a su cargo: Departamento de Negocios Generales, administrativo, nacional de trabajo, de cooperativas y previsión social, de Servicios coordinados de higiene, de lucha antileprosa, de protección infantil y materna, de asistencia social y de ingeniería sanitaria (60). Si bien, es importante traer a colación la organización que para 1939 tenía el ministerio a cargo la higiene en el país, nuestro mayor interés es el departamento de Servicios Coordinados de Higiene, pues en él se establecía la orientación técnica y la unificación de normas de la lucha antituberculosa y de las campañas contra la enfermedad que se llevaban a cabo en Colombia. El jefe de esta sección dictaba las normas técnicas reglamentarias de las disposiciones legales vigentes, orientaba la atención de los enfermos en las instituciones disponibles (dispensarios, hospitales sanatorios etc. y fomentaba la propaganda y la educación. Además, con la colaboración del Departamento asistencia social vigilaba el cumplimiento de las leyes que impuestas a los dos hospitales de la campaña y de acuerdo con la sección de sanidad se dictaban las normas de higiene de las habitaciones y la alimentación de los pacientes.


Según los informes oficiales, la intensificación de los servicios de la campaña había iniciado desde 1936. Para ese año existían solo tres dispensarios antituberculosos en el país y para diciembre de 1938, el número se incrementó a 16, con un número de

asistidos que pasó de 17.378 en el año 1937 a 70.5751 en el año 1938 (60). Para el año 1939, la campaña fortaleció las actividades de la sección “Propaganda y educación”, dirigida por Roberto Concha, antiguo becario de la Fundación Rockefeller. Entre sus funciones estaba la preparación de la revista “Salud y Sanidad”, órgano de divulgación y de distribución gratuita. De esta revista se distribuyeron 50.000 ejemplares por la Imprenta Nacional. En estas publicaciones se informaba sobre la enfermedad, el contagio y la profilaxis. Muy específicamente se señalaba que debía hacer o no el enfermo de tuberculosis. Además, de las labores desempeñadas por la campaña, la organización y marcha de la lucha antituberculosa, se publicaban las leyes vigentes alrededor de esta, las indicaciones sobre la manera de desinfectar el hogar y los objetos utilizados por enfermos, las recomendaciones sobre la ubicación de los sanatorios hospitales, los hábitos para prevenir la enfermedad entre otros. (66). En esta revista, con frecuencia se servían de recursos gráficos como estrategia de comunicación.

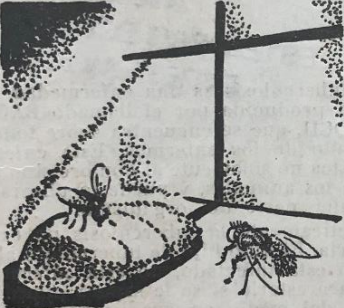
Figura 2. Modelo de propaganda “Lo que no deben hacer los tuberculosos”

2 SALUD Y SANIDAD


LO QUE NO DEBEN HACER LOS TUBERCULOSOS




1º Arrojar al suelo los esputos; hacerlo es un crimen; vale tanto como hundir un puñal en la espalda del vecino o del prójimo en general.




Las moscas llevan en las patas los gérmenes del contagio y los depositan en el pan, la carne, las frutas, la leche, etc.




Además, el esputo al secarse se hace polvo, que irá a ser absorbido por la respiración y contagiará el pulmón sano.



2º Respirar, hablar, toser, estornudar, frente a las personas sanas. Por más cuidado que se tenga en tales casos, si no se coloca un pañuelo en la boca, hay gotitas imperceptibles de saliva contagiosa que irán directamente a la boca de la persona con quien se habla y la infectarán.



3º Los que al toser o estornudar se cubren la boca con la mano, no deben estrechar la de las demás personas sin haber tomado la precaución de lavarse antes.




Los que ignorantemente han criticado nuestro aviso “No dé usted la mano”, des-


Figura 3. Modelo de propaganda “Lo que no deben hacer los tuberculosos”

SALUD Y SANIDAD **3**

conocen que no pretendemos obtenerlo del sano, pero sí del tuberculoso, quien al leer el aviso se abstiene de dar la mano, movido quizá por el temor a que se le descubra o por la sorpresa que necesariamente experimenta al leer algo que le concierne.




4º No acariciarán ni besarán jamás a los niños. Un beso en tales circunstancias, puede costar una vida o sembrar la desgracia en toda una familia.



5º Los tuberculosos que leen el periódico y tosen o estornudan directamente sobre el

papel, no solamente son imprudentes sino criminales. Lo mismo puede decirse de los que hacen otro tanto sobre los libros.




Los periódicos leídos van luego a ser utilizados en los almacenes de viveres para envolver el pan, la panela, el azúcar, etc., y serán vectores de la enfermedad. Los libros leídos por tuberculosos deberían ser destruidos.

NO COMPRE COMESTIBLES EN LAS CALLES ESTAN SUCIOS Y CONTAMINADOS
SEGURAMENTE LO ENFERMAN

BIBLIOTECA
DE LA
ESCUELA DE MEDICINA Y
CIENCIAS NATURALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Figura 4. Modelo de propaganda “Lo que no deben hacer los tuberculosos”


4 SALUD Y SANIDAD



6º La odiosa costumbre de probar y soplar los alimentos antes de darlos a los niños, debe ser completamente abolida. Las viejas niñeras que sufren casi siempre de lo que suele llamarse catarros, y hacen lo dicho, destruyen cariñosamente el porvenir de las familias, y son más peligrosas que los salteadores de caminos.

7º No deben preocuparse de “guardar la línea”. Este sistema lleva a desastres irreparables. Pierdan la línea y guarden su salud y su vida.

8º Los tísicos no deben tener dormitorio en común con personas sanas. Mientras duerme el enfermo, los bacilos que arrojan sus pulmones trabajan activamente en la tarea de horadar los pulmones sanos.




9º Deben abstenerse de trasnochar, embriagarse, o entregarse a excesos que puedan disminuir el caudal de fuerzas defensivas con que los ha dotado la naturaleza para luchar contra la tisis.


10º No deben aceptar las drogas misteriosas que les ofrecen los charlatanes desalmados que no buscan más que enriquecerse a costa del pobre enfermo; el tuber-

culoso cree recibir el remedio que lo curará definitivamente, y, en suma, pierde por lo menos un tiempo precioso para su curación. Ningún medicamento puede considerarse como infalible contra la tuberculosis.

No crean en drogas de composición secreta, ni en inyecciones maravillosas para cuya venta se usan anuncios exagerados a efecto de implantarlos en el público crédulo.



Las drogas anunciadas como seguras “cúralotodo” contra las enfermedades del pecho, son invención de los charlatanes que nunca han visto de cerca la miseria de nuestro pueblo. Antes de comprar un jarabe, consulte al Dispensario.



¡Sean desconfiados! Pidan y acaten los consejos del Dispensario Antituberculoso. Allá se les dirá lo que deben hacer.

TODO GRATUITAMENTE

La propaganda no solo se desarrollaba para la campaña antituberculosa, sino también para las demás campañas sanitarias del país. Esta manera de utilizar comunicación masiva buscaba informar a muchas personas sobre la enfermedad, para que estas, desde sus posibilidades, intentaran contrarrestarla. Aunque en esta investigación no es posible establecer el impacto que tuvieron estas publicaciones en la lucha antituberculosa en el país, es indudable que esta estrategia llevó la lucha contra la enfermedad a espacios como la casa y la escuela.

Para 1941, la campaña se propuso fundar un hospital-sanatorio en Bogotá para servir a la investigación científica y como centro directivo de la campaña. Este aumentaría la capacidad del hospital la María al igual que los pabellones pensados para llevarse a cabo en Santa Marta e Ibagué. Al año siguiente, el director de la campaña José Joaquín Caicedo Castilla informó la instalación del hospital- sanatorio Santa Clara en Bogotá, con capacidad para 200 adultos y 50 niños enfermos, la contratación de la ampliación del hospital La María en Medellín y el aumento en el número de dispensarios que para 1942 ya alcanzaba los 27 ^v. Según Caicedo, esto ponía en evidencia el progreso de la campaña y su fortalecimiento, que se había alcanzado, entre otros, gracias a la colaboración de la Liga antituberculosa colombiana (60).

En 1943, las labores de la campaña se centraban en: el inicio de los dispensarios de Manizales y Chinácota; la profilaxis de los enfermos, la elaboración de censos de enfermos; la labor educativa y social, la neutralización de las fuentes de contagio, los tratamientos ambulatorios, la vacunación y el alejamiento de los niños de las fuentes de contagio. También se realizaban estudios epidemiológicos a través de encuestas que referían colectividades indemnes especificando edad, sexo, ocupación entre otros. En cuanto a los hospitales sanatorios existían dos en ciudades principales: en Bogotá estaba el sanatorio nacional Santa Clara con 250 camas y en Medellín estaba el hospital La María con 200 camas (67).

En los demás lugares donde estaban previstos estos hospitales-sanatorios aún no se construían. En Barranquilla se buscaba ensanchar el pabellón que ya existía, el

^v Los dispensarios estaban ubicados en: Barranquilla, Tuluá, Cañasgordas, puerto Berrío, Santa Marta, Cali, Buenaventura, Manizales, Medellín, Chinácota, Palmira, Bucaramanga, Cúcuta, Girardot, Popayán, Riofrio, Támesis, Cartagena, Tunja, Bogotá, Ibagué, Neiva, Quibdó, Pasto, Ocaña, Pereira

hospital sanatorio de Tolima aún se encontraba en estudio, en el de Cartagena se estaban buscando acuerdos para el lote y los hospitales para tuberculosos en Cúcuta y Santa Marta se encontraban a la espera de que los respectivos municipios y departamentos hicieran los aportes necesarios para su sostenimiento. En Bogotá se estaba construyendo un hospital “no oficial” llamado San Carlos con capacidad de 425 camas y que se esperaba estuviera listo en el año 1946.

En las proyecciones de la campaña del año 1943 se encontraba con carácter urgente la consolidación de los hospitales sanatorios y el levantamiento de las encuestas epidemiológicas, encuestas que, generalmente se realizaban en institutos dispensariales destinados a este fin. Ahí se debía recopilar la información básica de la campaña y determinar datos como los índices de infección por tuberculosis en las diferentes regiones del país. Si bien, los dispensarios intentaban realizar esta tarea sus equipos radiológicos no les permitían hacer encuestas de gran escala. También, se tenía como proyección para ese año construir en cada capital departamental un hospital sanatorio que estuviera dotado de suficientes camas para los enfermos, presupuesto para el equipamiento y el sostenimiento del laboratorio la producción, la aplicación y el control de la vacuna antituberculosa y una ambulancia para el hospital sanatorio Santa Clara para recoger a los enfermos que llegaran de otras ciudades y así evitar el contagio en los trasportes (67). No obstante, proyecciones como el levantamiento de las encuestas o sanatorios en cada ciudad quedaron en el idealismo del deber ser de la lucha, ya que no se dieron en los años venideros

Según los doctores, Carlos Arboleda Díaz y Antonio Acosta Pinzón, en su artículo “Organización y marcha de la campaña antituberculosa en Colombia”, en 1944, las campañas en el país contaban con 25 dispensarios ^{vi} y los dos hospitales sanatorios de Bogotá y Medellín (59). De acuerdo con los autores, desde la dirección de la campaña se afirmaba que el hospital sanatorio Santa Clara era la base de la campaña antituberculosa, ya que a pesar de su poco tiempo funcionando había logrado grandes avances en cuanto al aislamiento y tratamiento de los enfermos, así como en su dotación. Sin embargo, como lo veremos más adelante, otros autores sostenían que quienes sostenían la campaña eran los dispensarios antituberculosos.

^{vi} Las variaciones en el número de dispensarios serán descritas y analizadas en el capítulo III.

En 1944 el país contaba con 1.404 camas para los enfermos, que eran insuficientes. En cuanto a los dispensarios, hay que recordar que estos no funcionaban de manera autónoma y estaban unidos a los centros de higiene y a otras campañas. Los aportes de particulares se sumaban a la causa de la campaña donde por supuesto era bien recibidos. La vacunación se proyectaba como un avance importante en este punto de la campaña (59), pero, como veremos más adelante, su inicio se retrasó.

Mediante el Decreto número 970 de 1946 se reorganizó la Dirección Nacional de Salubridad. Este organismo había sido creado un año antes con el decreto número 1375 para reemplazar la organización que se tenía en 1939 con el departamento de “Servicios coordinados de higiene”. La nueva Dirección Nacional de Salubridad se organizó en ocho dependencias; la lucha contra la tuberculosis pertenecía a una dependencia llamada “divisiones” junto a enfermedades como la lepra y otros programas como asistencia social y educación y propaganda. Se proponía que la división de tuberculosis se organizara así:

Tendrá a su cargo la dirección técnica y administrativa y la organización de todas las entidades que adelantan esta campaña en el territorio nacional, dependientes de la Dirección Nacional de Salubridad. Dictará las normas de funcionamiento, coordinará y fiscalizará a todas las instituciones que hagan labores antituberculosas en el país. Trabajarán de común acuerdo con la División de Asistencia Social en lo que se refiere a la organización de servicios de tuberculosis que estén establecidos o que se establezcan en el futuro. En colaboración con el departamento de ganadería del Ministerio de la Economía Nacional y con la Facultad de Medicina veterinaria de la Universidad Nacional, se ocupará del cumplimiento de todas las disposiciones legales que se refieren a la lucha contra la tuberculosis en los animales. Tendrá además a su cuidado los problemas de higiene que se relacionen con enfermedades del aparato respiratorio (68).

Entre esta y la organización del año 1939 encontramos diferencias en cuanto a la disposición de la lucha antituberculosa en el país. La de 1939 se encontraba adscrita a los servicios coordinados de higiene en el llamado Ministerio de Trabajo, Higiene y

Previsión Social. Para 1946 la campaña se encontraba en una de las divisiones de la Dirección Nacional de Salubridad, la cual, más adelante se convertiría en el Ministerio de Higiene. Esta última, al hacer parte una estructura que correspondía específicamente a los asuntos de higiene, en teoría y según lo que se esperaba, tendría un campo de acción más amplio en cuestión de recursos y toma de decisiones, ya que el anterior Ministerio de Trabajo tenía a su cargo un mayor volumen de obligaciones lo que podía entorpecer el desarrollo de las campañas antituberculosas en Colombia.

Más adelante, con la Ley 27 de 1946, fue creado el Ministerio de Higiene, el cual entro en vigor mediante el Decreto Número 25. Este despacho estuvo a cargo el higienista profesor Jorge Bejarano, quien tenía el cargo de Director Nacional de Salubridad. Con la creación de este Ministerio, lo cual correspondió a un gran avance para la higiene en Colombia, se da cierre al periodo de estudio en esta investigación.

5.1.1 Vacunación por B.C.G

Ocho años después de que Koch identificara el agente causal de la tuberculosis, anunció la obtención de lo que se denominó “Linf de Koch” o tuberculina. Esta era un extracto glicerinado y filtrado de cultivo de bacilos puros. Esto llevó a considerar que se tenía un remedio para la tuberculosis. No obstante, ese entusiasmo se vino abajo debido a los desastres provocados por el uso inadecuado del extracto, pues, aunque se utilizaban en las dosis correctas, fue suministrada en casos que la contraindicaban. Esto condujo a que se dejara de utilizar como medida terapéutica y se reservara para uso exclusivo de la medicina veterinaria para el diagnóstico. Para 1907, la tuberculina reapareció en medicina humana a través de tres métodos diferentes: la cutireación de V. Pirquet, la oftalmo – reacción de Calmette y la intradermo-reacción de Mendel – Mantoux. Posteriormente, se empezaron a hacer modificaciones en la obtención de tuberculinas y a fijar las dosis precisas para la tuberculina de Koch. Desde ese momento comenzó a ser utilizada como método de prevención en contra de la tuberculosis provocando igualmente discusiones alrededor de su implementación (69).

La vacuna contra la tuberculosis B.C.G. (Bacilo Biliado de Calmette y Guerín) se produce a partir de la cepa de *Mycobacterium bovis*. Esta cepa fue aislada en Francia en 1902 por Nocard, pero se requirieron dos décadas de estudios para que el médico y bacteriólogo León Charles Albert Calmette y el veterinario y biólogo Jean-Marie Camille Guerin lograran atenuar su virulencia hereditariamente. De esta manera la cepa conserva suficiente virulencia residual y antígeno pero es incapaz de producir lesiones progresivas en el hombre (70).

El B.C.G. llenaba a cabalidad todas las condiciones que permitían clasificarlo como vacuna especialmente profiláctica, ser inofensiva, ser de fácil aplicación y tener facultades para determinar alergias (71). En una campaña como la que se llevó a cabo en Colombia, la vacunación debía ser primordial ya que su implementación sería un satisfactorio complemento para la lucha antituberculosa en el país.

La vacuna B.C.G, tuvo en su momento varios sucesos que la pusieron en entredicho en el campo científico de la época, uno de estos sucesos fue “El desastre de Lubeck”. Entre el 10 de diciembre de 1929 y el 30 de abril 1930 nacieron 412 niños en esta ciudad alemana, de los cuales 251 recibieron la vacuna de Calmette. Entre el primer y tercer año, murió el 30.7% de los niños vacunados mientras que, entre los no vacunados, solo murió el 11.5%. Además, entre los vacunados el 28.7% murieron de tuberculosis mientras que ninguno de los no vacunados murió por esta causa. El mundo le atribuyó este desastre a la virulencia de la vacuna B.C.G, y fueron necesarios cinco años para establecer que la grave infección que se atribuyó a la vacuna y que aumentó la mortalidad infantil por tuberculosis se debió a una infección por gérmenes virulentos, es decir, que a los niños se les suministró el bacilo de Koch virulento que pertenecía a un tipo denominado Kiel y no el bacilo tuberculoso bovino. Gracias a estos resultados, la comunidad científica recobró la confianza en la vacuna (71). Esta vacuna sería a partir de 1950, el único programa de control masivo, siendo en muchos países la única medida antituberculosa.

En 1937, con la Ley 20, la campaña antituberculosa ordenó en su artículo 2 el establecimiento de la vacunación en todo el país. Sin embargo, poner en marcha el programa tomó casi cinco años (72). En 1939, el ministro de Trabajo, higiene y previsión social informaba que se instalaría en Bogotá, el Laboratorio nacional de higiene el

laboratorio B.C.G, para preparar la vacuna. De hecho, el pabellón respectivo estaba terminado, pero se requería la llegada de un técnico para empezar la preparación de la vacuna, la cual se repartiría de forma gratuita. Pese a los esfuerzos de la capital, los impases no permitieron un uso inmediato del espacio y este se destinó a otras actividades (5). La vacunación se inició primero en el dispensario de Medellín en septiembre de 1943 (71). En los años posteriores, la vacunación fue una preocupación constante de las directivas de la campaña antituberculosa colombiana y en los informes anuales del principio de la década del 40 se pedía la implementación de la vacunación sistematizada como una prioridad.

Para el inicio de la vacunación en la ciudad de Medellín fue necesario acudir a la Jefatura de la Campaña en Venezuela pues la vacuna aún no se preparaba localmente. De acuerdo con el Ministerio de Salud esa nación empezó a enviar dosis de la vacuna por vía aérea (73). Para finales de 1943 habían sido aplicadas en la sección epidemiológica de la ciudad 915 vacunas B.C.G (74). En 1944, el número de vacunas aplicadas fue de 4.437 (75), a inicios de 1945 la cifra ya ascendía a 5.506 y para diciembre de ese mismo año a 8.000. Según el informe del secretario de Higiene y asistencia social, Ernesto Uribe Cadavid, aunque no había trascurrido un tiempo suficiente, las consecuencias de un estudio preliminar sobre los resultados de la vacunación antituberculosa eran bastante alentadoras. La inocuidad de la vacuna por B.C.G. estaba comprobada, porque de 8.000 vacunas aplicadas, no se habían presentado incidentes de importancia (76).

La técnica de vacunación en Antioquia se realizó de la siguiente manera: se escogió la vía intradérmica, pues producía mayor alergia lo que generaba más inmunidad. No se inició con la dosis aconsejada ya que con esta era más frecuente la supuración de nódulo. Aunque en términos médicos esto no tenía relevancia, se consideró que no era prudente que en un público prevenido y sin tener conocimientos sobre la vacuna aparecieran pequeñas supuraciones que podían ser consideradas como descuidos de asepsia. Se vacunaron grupos diversos: recién nacidos en la clínica municipal de maternidad y en la sala del hospital San Vicente; niños escolares que hubiesen dado resultados negativos a las pruebas de tuberculina; grupos de adultos generalmente campesinos que llegaban por primera vez a la ciudad, pues se

consideraban casi como organismos infantiles en infección y defensa frente al bacilo tuberculoso. Después de vacunar a dichos grupos se realizaba un tatuaje con tinta china estéril en el dedo grande del pie para poder hacer estudios posteriores. Se realizaban los registros estadísticos y se ordenaban citas mensuales para realizar reacciones de tuberculina, esto con el fin de saber en qué época y con qué intensidad aparecía la alergia de inmunidad. Estas investigaciones sobre la alergia se realizaban durante seis meses, si los resultados daban negativos, se practicaba la revacunación en la misma forma que la primera vacuna y se seguía con el mismo procedimiento. Si el resultado era positivo se suspendían las aplicaciones mensuales de tuberculina, porque se consideraba que el organismo ya había adquirido el estado de defensa. Como la alergia vacunal se perdía, se seguían haciendo investigaciones semestrales y cuando aquella desaparecía se practicaba la revacunación (71). En Bogotá, la adopción oficial de la vacuna B.C.G. y la sección profiláctica comenzó en 1946 de igual forma que se llevaba a cabo en la ciudad de Medellín (77).

5.2 Capítulo II. Campañas antituberculosas en Medellín y Bogotá entre 1916 y 1946

“Entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, Bogotá y Medellín iniciaron un rápido tránsito de “pueblo grande” hacia “ciudad moderna”. No se trató solamente de un proceso de crecimiento y transformación arquitectónica: además de la modernización y ensanche de su infraestructura urbana (alcantarillados, luz eléctrica, teléfonos, medios de transporte masivo) y del crecimiento acelerado de su población – particularmente desde la década de los años veinte – algunos sectores de las élites locales de estas ciudades fueron apropiando valores, hábitos, instrumentos y formas nuevas (“modernas”) de pensar y habitar el espacio urbano”

Carlos Noguera Ramírez - 1998

5.2.1 Campaña antituberculosa en Medellín

Al finalizar el siglo XIX se dio un crecimiento poblacional en la Medellín, este aumento se debió a diversos factores como la expansión de la economía cafetera, el

crecimiento de actividades industriales y comerciales. Además, la migración de “campesinos pobres” a la ciudad después de la Guerra de los Mil Días ocurrida entre 1898 y 1901, que dejó a su paso carencias y pobreza en muchos distritos de Antioquia. En la década de 1900, Medellín empezó a vivir una reactivación económica, que trajo consigo procesos de industrialización y obras de infraestructura que fortalecieron las vías de comunicación, atrajeron mano de obra y aceleraron el crecimiento de la ciudad. Para la década de 1920 comenzaba a consolidarse como capital industrial y comercial. Estas transformaciones favorecieron el surgimiento y la proliferación de enfermedades infecciosas, sin que se pueda precisar claramente en la actualidad si la tuberculosis era una enfermedad dominante (29). En este apartado se describe la manera como se combatió y previno la expansión de la tuberculosis.

Desde 1916, médicos antioqueños habían propuesto cómo establecer la lucha antituberculosa. El doctor de Luis Felipe Ángel señaló la necesidad de unir esfuerzos entre el gobierno, los individuos y la sociedad, y destacó la importancia de conocer la enfermedad y sus causas para enfrentarla exitosamente. Insistía en que el sector privado debía contribuir a la lucha, el gobierno debía llevar a cabo las medidas y desde las escuelas impartirse educación al respecto. Por último, aconsejó la creación de dispensarios (41). Sin embargo, lo anterior constituía solo la idealización de una campaña que estaba apenas empezando y que necesitaría de tiempo para consolidarse. De hecho, poco se reporta en los informes en los primeros años de la campaña.

La Ley 112 de 1919, suprimió la Junta Nacional que organizaba la lucha antituberculosa desde Bogotá y esa lucha se adscribió a la Dirección Nacional de Higiene. No obstante, se ordenó que las juntas que organizaban la campaña en cada departamento siguieran funcionando. Las juntas estaban conformadas por uno de los secretarios de la Gobernación, el Director Departamental de Higiene y un médico graduado. Al igual que las juntas municipales, las cuales estaban conformadas por el alcalde, el personero, y el médico de Sanidad del municipio.

En su artículo seis, la Ley 112 estableció la destinación de \$ 3.000 cada año para los gastos de publicaciones de propaganda antituberculosa y antialcohólica. Sin embargo y de acuerdo con el Informe del Secretario de Gobierno de Antioquia, Jesús M.

Marulanda, hasta ese momento, nada se había adelantado en la campaña antituberculosa:

En relación con la lucha antituberculosa, asunto éste encomendado de manera muy especial a la Dirección Departamental de Higiene, no ha logrado hacerse, ni las juntas departamental y municipales han vuelto a reunirse, porque su labor sería inútil, toda vez que se tropieza con la falta de fondos necesarios para acometer, en condiciones aceptables de eficiencia, una defensa enérgica del mal (78).

En la década de 1920, las constantes en las solicitudes de los secretarios y los directores locales de Higiene al gobierno nacional eran: la solicitud de instaurar en Colombia un Ministerio de Higiene y aumentar el presupuesto para este ramo del gobierno. Se insistía en la necesidad de destinar un presupuesto significativo que no se limitara a los recaudos de multas interpuestas por ley o a obras benéficas, las cuales eran criticadas, en ocasiones, porque no aportaban una verdadera solución a la problemática de la tuberculosis y se limitaban a la creación y sostenimientos de puestos burocráticos. Además, de la organización administrativa y presupuestal, médicos como Emilio Restrepo Maya argumentaban la importancia del papel que tenían la familia, la sociedad, la administración y los médicos en el control de la enfermedad. La familia debía observar estrictamente las medidas profilácticas en la vivienda del tuberculoso, para evitar la propagación. La sociedad tenía a cuevas una gran responsabilidad para enseñar a los enfermos medidas profilácticas que evitaran nuevos contagios. La administración debía legislar sobre la lucha y organizarla mediante la creación de las instituciones como el dispensario y el sanatorio.

Por su parte, Restrepo Maya señalaba que el médico debía considerarse como una primera autoridad, guía de la sociedad, acompañante del enfermo y de su familia. Como ordenador de las prácticas de prevención, debía realizar diagnósticos efectivos y rápidos para informar al paciente y a su entorno, y así evitar nuevos contagios (79).

Entre 1921 y 1922, la campaña en la ciudad no avanzó como estaba previsto. Según las autoridades sanitarias urgían la publicación y distribución de folletos

divulgativos, la construcción de sanatorios y dispensarios. En septiembre de 1923, el Concejo Municipal de Medellín, por medio del acuerdo 125, creó el Hospital La María (80), primer hospital – sanatorio antituberculoso que se creaba en Colombia. Con esta medida, también se apuntó a acabar con el foco de infección que constituía la Casa de Mendigos de Medellín, lo que muestra el carácter filantrópico de esta obra.

En octubre de 1923, el hospital La María abrió sus servicios al público, en la finca del mismo nombre, con una disponibilidad de 30 camas. El área del terreno era de 27 cuadras (172.800m²) y había sido comprada por el Municipio de Medellín al señor Jorge Ángel M. Las autoridades de higiene escogieron un lugar en las afueras de la ciudad, ventilado y rodeado de árboles. La casa fue remodelada, con un aporte del municipio de \$ 2.000, y para su sostenimiento se asignó la partida que inicialmente estaba fijada para la casa de mendigos (81).

Ante la creación y fundación de esta institución, crecieron críticas y detracciones. Según el médico Mejía Uribe, ese hospital carecía de un especialista en enfermedades de los pulmones, y su espacio era mínimo en relación con el número de enfermos que había en el momento. Además, reprochaba la poca contribución que hacía el Municipio para un lugar que debía albergar enfermos de todo el departamento, era urgente que se destinaran más recursos para la divulgación y educación sobre higiene y prevención en las escuelas. A ojos de Mejía Uribe, en esas condiciones, La María sería más una amenaza para los enfermos y los vecinos del hospital (82).

Frente a estas críticas, Jesús María Duque, miembro protagónico de la cooperación que adelantó la construcción del hospital, respondió con vehemencia: “Si es un crimen haber fundado María, estoy dispuesto a ir a presidio, pero no me arrepiento; niego haberme equivocado”. Como lo veremos más adelante, el hospital se iría convirtiendo con el tiempo en un centro que, aun con dificultades, solventaba el infortunio de los tuberculosos de Medellín y de otros municipios de Antioquia. Según el doctor Joaquín Aristizábal, médico jefe del Hospital San Vicente de Paul, “fue el establecimiento más perfeccionado de la lucha antituberculosa en la Nación y especialmente en nuestro departamento” (83).

En 1927, el hospital San Juan de Dios de Medellín, había levantado un pabellón para tuberculosos, con el fin de apoyar la labor de La María. Sin embargo, sin que sean

muy claros los motivos, este pabellón terminó destinado para una Clínica Infantil. Las autoridades sanitarias insistían en ampliar los espacios especializados en atención de tuberculosos, pues La María no daba abasto. Se pedía la creación de un hospital moderno que pudiera aislar a los enfermos y ofrecerles un tratamiento efectivo:

De nada sirven las Juntas creadas para dirigir las campañas contra la tuberculosis; son inútiles, o poco menos, las máximas de propaganda higiénica y de amonestación en la forma ya conocida de “No escupa Ud. en el suelo” y otras por el estilo, si el Estado no se preocupa en forma verdadera de la extirpación del mal (84).

Los reclamos frecuentes de los informes oficiales no obtuvieron respuestas efectivas por parte de la administración departamental. La prueba es que para 1928, no había aún avances importantes en la campaña antituberculosa de Medellín.

La lucha antituberculosa tuvo que afrontar el problema de la tuberculosis en las prisiones. La peste blanca, que se replicaba tan ampliamente en lugares hacinados y de precaria higiene, estaba presente, como era de esperarse, en los reclusorios. Un verdadero desafío ya que en las cárceles era imposible aislar a los enfermos, y cuando eran llevados al hospital se daban a la fuga. Algunos secretarios de gobierno llegaron incluso a proponer un pabellón vigilado para aislar a los presos tuberculosos, evitar que otros presos se contagiaran y no mezclar “delincuentes” con otros pacientes. En la memoria del secretario de gobierno Alberto Ángel para el señor gobernador de Antioquia, de 1932 se evidencia esta situación:

Los individuos que deben ser reclusos en algunos de nuestros establecimientos de castigo, los cuales son rechazados y prácticamente indultados de su pena por estar atacados de una tuberculosis, o escapados del hospital de La María, por la dificultad de una vigilancia estricta, en los casos en que son recibidos, salen a cometer toda clase de atropellos contra la Hacienda, la vida y la salud de los asociados, manteniendo en algunos casos un verdadero estado de intranquilidad social. Solo la construcción de un pabellón para tuberculosos en la cárcel, o lo

que sea más práctico, un pabellón cárcel en el hospital de La María, podría solucionar esta anormalísima situación (85).

En los dos años posteriores, la situación no cambió en absoluto, pues no había un mayor presupuesto para la lucha. El hospital de La María, ubicado en Medellín, se encontraba al borde del colapso, debido a que atendía enfermos de tuberculosis de todo el departamento. Vecinos y prensa denunciaban que los enfermos circulaban con libertad por las calles de la ciudad. En 1935, la lucha antituberculosa estaba limitada por el escaso presupuesto, se hallaba estancada, pues aumentaba cada vez más el número de pacientes y llegaban más personas enfermas de otros lugares del departamento.

Sobre “la falta de dinero” a la que se le atribuía el poco presupuesto destinado para las campañas sanitarias incluida la de la tuberculosis, Julio Ortiz Velásquez expuso en ese año:

El Estado puede y debe endeudarse para poner bases sólidas e indestructibles a la ciudadanía, y ninguna luego es en tan alto grado como la defensa de la salud. Superior si se quiere a la educación. Porque de nada sirven gentes ilustradas si han de mantenerse enfermas y decrépitas y han de conocer más a fondo su miseria (86).

A mediados de la década de 1930, en Medellín, la discusión giraba en torno al inicio de la campaña en el departamento, pero sobre todo se buscaba una mayor contribución del Estado, ya que este sólo había aportado un aparato de rayos X para la ciudad. Si se quería que la campaña fuera satisfactoria, debería estar respaldada en primer lugar por la nación y luego por el departamento. Se evidenció entonces una tensión entre los gobiernos nacional y departamental, pues, según algunos autores, el Estado se asumía “centralista” cuando se trataba de los deberes contributivos de los ciudadanos, pero se comportaba como “federalista” frente a las obligaciones nacionales. De hecho, el gobierno central hacía algunos aportes, pero poco después los cortaba. Además, se pensaba que el Estado estaba incumpliendo con el compromiso acordado en la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, que se llevó a cabo el 22 de noviembre de 1934, en Buenos Aires, según el cual las campañas en la región debían

depender del gobierno central, con recursos suficientes y coordinadas por las instituciones locales. Para Antioquia, esta política se limitó a “auxiliar al departamento con aparatos de rayos X” (87).

Es importante mencionar que desde el año 1917, con el Acuerdo número 33, “sobre profilaxis de la tuberculosis” dictaminado por La Junta Central de Higiene, ya se había dispuesto la creación de dispensarios destinados para la atención de enfermos de tuberculosis y que, en leyes posteriores, como por ejemplo en la Ley 15 de 1925, estaba estipulado la fundación de dicha institución. Sin embargo, para el año 1935 la ciudad de Medellín aún no contaba con dicho dispensario, incluso, como lo ampliaremos más adelante, el solo proyecto de esta institución sanitaria generó rechazo en los habitantes de la ciudad, que lo veían como foco de contagio.

En agosto de 1936, se creó el primer dispensario de Medellín. Funcionaba con fondos aportados por los gobiernos nacional y departamental, y estaba dirigido por el doctor Elkin Rodríguez. La necesidad de la fundación de estos centros y lo tardío de su puesta en funcionamiento ponen en evidencia la precariedad de la campaña antituberculosa. Aunque, la creación de este dispensario significó un avance importante, su sostenimiento y dotación requerían recursos, además, la atención dispensarial debía replicarse en otros municipios.

En 1938, la Asamblea departamental de Antioquia se regía por la ordenanza número 36, que había creado en 1936 la Secretaría de higiene y asistencia social. El departamento articulaba en esta Secretaría todo lo relacionado con higiene, asistencia y previsión social. Al frente de dicha secretaría estaba el secretario seccional, quien también había sido designado como director departamental de higiene. El secretario, E. Villa Haeusler indicaba los inconvenientes presupuestales, pues señalaba que la suma asignada por \$ 490.000 era insuficiente para la higiene en Antioquia, teniendo en cuenta además que el presupuesto disponible para la administración del departamento era de \$ 8.500.000. Por ello solicitaba al gobernador que la Asamblea Departamental ampliara el presupuesto y velara por una cuantía más significativa, sobre todo para el decenio siguiente (88). El secretario expresaba su descontento sobre el presupuesto, ya que estos recursos destinados a la campaña resultaban mínimos en relación con todas las funciones y obligaciones que tenía a cuestas.

En el mismo año, hubo discusiones sobre la presencia de tuberculosos en el edificio del Concejo de Medellín. En el Acta N° 57 del Concejo (12 de agosto de 1938) es legible la discrepancia entre el secretario de gobierno, el secretario de higiene, el superintendente y el personero municipales, con respecto a tres enfermos que se instalaron en una de las puertas del Palacio Municipal. El secretario de gobierno expresó que el asunto no era competencia de la policía, sino de asistencia social y el alcalde nada podía hacer. El presidente del Concejo opinaba que lo referente a la tuberculosis debía ser atendido por el gobierno nacional y que el caso de los tres tísicos en las puertas del palacio atañía directamente al alcalde. Por su parte, la prensa difundía el escándalo de los tísicos en espacios públicos urbanos y aprovechaba para alarmar con que Medellín estaba “Invadida por la enfermedad” (89).

Si bien, las tensiones dentro de la campaña antituberculosa se evidenciaron principalmente entre el gobierno nacional y el departamental, también existían tensiones dentro de las campañas locales. Además, algunos periódicos las intensificaban cuando exponían casos de enfermos sin tratamiento o atención, lo que ponía en tela de juicio la labor de la lucha antituberculosa, en la ciudad de Medellín. Tal es el caso del periódico “El Diario” que se refería al hospital La María como “moridero”, por lo cual el Concejo pedía investigar los hechos y de ser el caso que se rectificara lo dicho:

Dígase a los señores Personero y Director Municipal de Higiene que el Concejo espera de ellos una diligente, inmediata y eficaz investigación sobre los cargos que en edición de ayer hizo uno de los verpertinos de la ciudad a los médicos municipales, que actúan en La María y al mismo hospital “MORIDERO” y no sanatorio; y que como consecuencia de esa investigación procedan a rectificar públicamente esos cargos o a ponerlos en conocimiento de las autoridades para que estas castiguen a los responsables de acuerdo con las leyes de la república (90).

Las publicaciones no sólo utilizaron palabras que incomodaron a las autoridades, sino que también denunciaron delitos cometidos en este sanatorio. El periódico “El Diario”, levantó acusaciones sobre La María, señalando que allí se estaba practicando la eutanasia a enfermos de tuberculosis. En uno de los artículos de “El Diario” se afirmaba

que un “médico inminente y de vastos conocimientos en higiene” era quien había expuesto estos delitos ante la prensa. Desde el Concejo se exigía investigar estos sucesos y la rectificación por parte del medio. Se solicitó que, si la investigación no demostraba estos hechos, se iniciara una demanda por calumnia contra el periódico. Asimismo, se pedía que el médico que había realizado tal declaración se presentara ante las autoridades para responder por sus afirmaciones. Finalmente, el Concejo de Medellín concluyó lo siguiente:

Nómbrese una comisión que informe a la prensa lo que ocurre en relación con la campaña antituberculosa y haga las rectificaciones a que haya lugar para evitar que siga desviándose el criterio público (90).

Unos días después, el 31 de agosto de 1938, desde la Federación Médica Colombiana, una comisión del Colegio Médico de Antioquia envió al Concejo de Medellín, un oficio para desmentir los rumores sobre eutanasias en La María:

En cumplimiento con la comisión que tuvo a bien confiarnos en relación con el problema moral que se ha suscitado alrededor del Hospital de tuberculosos “La María”, tenemos el gusto de informar a Ud. Que, de nuestra visita a los distintos Pabellones, del estudio de los libros e historias clínicas, de los datos obtenidos directamente del personal y de los enfermos, muchos de los cuales están asilados allí hace varios años, hemos llegado a la conclusión de que en ese Hospital no se practica ni se ha practicado nunca la eutanasia (91).

En 1938, los debates en el Concejo se enfocaron en discutir una propuesta de acuerdo entre la nación, el departamento y el municipio que reorganizara la dirección técnica y científica del hospital sanatorio La María, el cual dejaría de ser municipal y quedaría bajo tutela de la nación y el departamento. Ante esta propuesta, el director de Higiene de ese momento, Delgado Uribe, manifestó que La María debía seguir trabajando como lo había hecho, por lo menos hasta cuando Antioquia desplegara una “verdadera lucha antituberculosa” en cada territorio del departamento y afirmó que consideraba un peligro que el hospital pasara a ser parte de la lucha nacional. A esta

inconformidad, el presidente del Concejo manifestó al Director de Higiene su asombro ante su intervención, ya que Delgado había sido participe de la propuesta de acuerdo. Sin embargo, el Director de Higiene mantuvo su posición de desacuerdo, argumentando que este pacto debía proceder solamente cuando se tuvieran en el departamento un mínimo de ocho dispensarios. Para cerrar el enfrentamiento, el presidente del Concejo afirmó que el único peligro que observaba era la disputa entre médicos al interior de la campaña y que el proyecto debía aprobarse de manera ágil. Ante esto, el Director de Higiene, Delgado Uribe, presentó su renuncia ante el Concejo (91). Pese a los debates que se dieron en cuanto a la departamentalización del hospital, este acuerdo solo se llevaría a cabo un par de años más tarde.

Por otro lado, la organización sanitaria en el país estaba compuesta en 1938 año por diferentes organismos de atención, que no funcionaban en todo el territorio ni bajo las mismas directrices. Abordemos por ejemplo las unidades sanitarias. Estas, fueron propuestas por el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en la década de 1930, y, surgieron “en un intento por seguir las recomendaciones de la Conferencia Europea de Higiene Rural, celebrada en Ginebra de 1931, en la cual se discutió de manera extensa la forma en que se debía llegar a las masas campesinas con servicios de higiene eficaces” (92). Dichos organismos debían ser sostenidos en forma cooperativa por contribuciones de orden nacional, municipal y en algunos casos departamental. No obstante, dependían directamente del ministerio y se sostenían con fondos del presupuesto nacional. Las labores de estas Unidades Sanitarias eran permanentes, siempre y cuando los municipios justificaran una capacidad económica y una importancia social e industrial. Entre sus funciones se encontraban: saneamiento del suelo e inspección domiciliaria, control de aguas, alimentos, servicio de protección materno infantil, medicina y dentistería escolares. También debían desarrollar campañas contra enfermedades tropicales, epidémicas, endémicas, venéreas, lepra, tuberculosis; campañas de educación y propaganda higiénica, campañas contra la toxicomanía y control de drogas heroicas, control del ejercicio de las profesiones, servicio de estadística nosológica y epidemiológica (93). Hasta el año 1939, y debido a problemas fiscales, Antioquia fue el único departamento en Colombia que no tuvo una unidad sanitaria (92).

Para 1939, aún no se había hecho efectiva la Ley 66 de 1916, que estipulaba la creación de pabellones o salas de hospitalización para enfermos de tuberculosis. De ahí que el decreto 2326 de 1938 estableció la obligatoriedad de pabellones para tuberculosos en los hospitales que recibieran el auxilio nacional. Ese mismo año, se buscó que el hospital sanatorio La María ampliara su atención y que su sostenimiento se hiciera de manera cooperativa. Lo anterior también constituía una nacionalización de este hospital, es decir, que el hospital quedaría al servicio de la campaña antituberculosa del Departamento. Así, por medio de un contrato entre el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la gobernación de Antioquia y el Municipio de Medellín se establecieron algunas cláusulas para el funcionamiento del hospital sanatorio para la lucha antituberculosa en el departamento de Antioquia. El municipio cedió unos terrenos anexos al hospital para el ensanche de este y completar un cupo de 250 enfermos, así como los terrenos necesarios para la purificación de aguas negras y los servicios de luz, agua, teléfono conservando por su cuenta las vías de acceso (94). Además, el contrato, firmado en Bogotá el 3 de Julio de 1940, estipuló que el gobierno nacional destinaría la suma de 100.000 para el ensanche, mejoramiento y dotación del hospital sanatorio, de los cuales \$ 25.000 serían entregados en 1941 y los \$ 75.000 restantes en 1942. Los gastos de funcionamiento serían repartidos entre las administraciones nacional, departamental y municipal. La departamental sería la encargada del gobierno del hospital, según las normas de la sección de lucha antituberculosa del Ministerio de trabajo, higiene y previsión social (95). En 1942, La María ya estaba bajo supervisión del Departamento de Antioquia y se le estaban realizando adecuaciones. En ese año se compró un terreno para construir un nuevo edificio contiguo al hospital existente y así aliviar la congestión de los servicios.

En cuanto al dispensario de la ciudad, para ese momento se encontraba deteriorado, debido principalmente a las condiciones del edificio en que estaba ubicado. El anfiteatro era antiguo e incómodo y no permitía la separación entre enfermos y sanos. La dotación era insuficiente, ya que el equipo de rayos X contaba con tres aparatos de los cuales dos no estaban en funcionamiento y el restante se encontraba averiado para tomar radiografías, por lo cual solo se hacían radioscopias. Además, era necesario establecer una sección epidemiológica y de estadística con un epidemiólogo que:

levantara el censo tuberculínico en niños para tenerlo como base para la vacunación que estaba en planes próximos; estableciera el índice de morbilidad de la población, con especialidad el de los contagios familiares y extrafamiliares, hiciera control de las enfermeras visitadoras, de igual manera el epidemiólogo a cargo de esta sección, debería también preparar las bases para la vacunación antituberculosa B. C. G. (96).

En este año, la campaña antituberculosa funcionaba de la siguiente manera; se fichaba el enfermo y se le realizaba el diagnóstico, luego se estudiaban sus posibilidades sociales y terapéuticas, si era del municipio o de sus alrededores se buscaba que fuera internado en La María, todo esto con la aprobación del Director de Higiene Municipal. Si el enfermo no era de Medellín, se debía enviar a su municipio para ser atendido en la sala para tuberculosos que, de acuerdo con la ley, debía tener el hospital del municipio. En casos leves de la enfermedad, el dispensario central atendía al enfermo, siempre y cuando en su municipio no funcionara un dispensario. Si el enfermo necesitaba tratamiento quirúrgico, era hospitalizado en “La María” independientemente de su procedencia (83). Aunque existía una clara ruta de atención, factores como la condición social de los enfermos, falta de medios de transporte para el traslado de pacientes, demoras en la destinación de los recursos para la campaña hacían que no se cumpliera a cabalidad. Para esta época, las problemáticas de las campañas seguían siendo similares a aquellas de las décadas de 1920 y de 1930: falta de presupuesto, ausencia de estadísticas, necesidad de dotación y ampliación del dispensario central y los periféricos, incapacidad para solucionar la problemática de los tuberculosos presos, etc. De hecho, estos elementos serán una constante hasta finalizar el periodo de estudio de este trabajo.

Si bien este apartado se centra en el diseño y funcionamiento de la campaña antituberculosa en la ciudad de Medellín, es necesario entender qué pasaba en el departamento, pues ello incidía en la capital antioqueña. Para el año 1945, ya estaba en funcionamiento una Unidad Móvil de la lucha antituberculosa. Esta unidad, que estaba equipada con un equipo para exámenes radiológicos y bacteriológicos, realizaba exámenes de diagnóstico en municipios como Envigado, Caldas y Andes. El hecho de que la unidad móvil realizara diagnósticos constituía una ayuda para el dispensario de Medellín que cada vez estaba más congestionado. La María seguía ampliándose con la

creación de nuevos pabellones para asilar enfermos remitidos por el dispensario de la ciudad y la unidad móvil, esto constituía un gran avance, pero también configuraba la necesidad de ampliar espacios como la cocina y baños y aumentar el personal médico, enfermeros etc. (97).

En el año 1946, en los informes oficiales, el Director del Instituto Departamental de Higiene y Asistencia Social, Ernesto Uribe Cadavid, escribió, quizá llevado por el entusiasmo, que la campaña en el departamento y en la ciudad había sido digna de aplauso, debido al trabajo cumplido con calidad y con las condiciones técnicas y científicas, en cuanto a la labor hospitalaria, epidemiológica y dispensarial. Además, que la sección epidemiológica de la lucha realizaba un trabajo de protección materno – infantil que, en su opinión era el mejor y único que existía en el país, ya que desde 1943 se venía practicando allí la vacunación con el B.C.G., con una eficacia del 40% en los casos en que se aplicaba oportunamente. Sin embargo, para este año, el número de tuberculosos en el departamento de Antioquia se calculaba en 10.000 y solo estaban aislados unos 358, sin que se pudiera precisar el número de tuberculosos que correspondían a la ciudad de Medellín. La María funcionaba en su máxima capacidad y siempre tenía solicitudes de enfermos para ser hospitalizados, pero no contaba con disponibilidad para acogerlos a todos. Esto representaba un riesgo para la sociedad, ya que, al no obtener tratamiento y aislamiento, los tuberculosos seguían propagando la enfermedad. Incluso, para sostener a La María, en este año se iniciaron conversaciones con algunos empresarios que habían prometido construir un pabellón exclusivo para pensionistas. Se consideraba que esta sería una manera de crearle una renta adicional al hospital para su sostenimiento ^{vii}, no obstante, el hospital carecía de fondos suficientes para mejorar la atención oportuna y eficaz de los enfermos de tuberculosis (98). El dispensario, se encontraba a la espera de equipos que pudieran activar el servicio de radioscopias y radiografías y era necesario implementar otro dispensario que pudiera soportar el número de personas atendidas (99).

Hasta 1946, la campaña departamental contra la tuberculosis contaba con el hospital La María, un dispensario central y una sección epidemiológica ubicados también

^{vii} En La María también se recibían donaciones, por ejemplo, un pabellón completo para 40 pacientes que había sido donado por el señor Juan Pablo González (39).

en Medellín, dispensarios en los municipios de Támesis y Puerto Berrio y una Unidad Ambulante (100). Esta campaña funcionó de manera centralizada desde la capital del departamento, pues, el único hospital con las condiciones para acoger y tratar a los tuberculosos era La María, lo que atraía enfermos de todo el departamento.

5.2.2 Campaña antituberculosa en Bogotá

Comenzando el siglo XX, Bogotá tenía una estructura y una organización urbana que la mayoría de las ciudades hispanoamericanas habían dejado atrás desde hacía décadas. Seguía siendo una ciudad “compacta” con marcados rasgos coloniales: la manzana como estructura básica de organización urbana, la distribución de las vías, las plazas amplias y vacías, las calles jerarquizadas con su cercanía a las plazas y edificios de no más de dos pisos. Esta limitación en el espacio dio origen a la subdivisión de viviendas que tenía como propósito albergar a nuevos habitantes que llegaban a la ciudad, y condujo a la aparición de los inquilinatos. La población se fue incrementando debido a las distintas corrientes migratorias. Para el año de 1920, solo uno de cada tres habitantes en la ciudad era originario de Bogotá. Si bien, la población en la ciudad de Bogotá crecía de manera considerable, las transformaciones urbanas no iban al ritmo de las necesidades de sus pobladores y los dirigentes políticos no le hacían frente al problema. Los profesionales de la salud asumieron la misión de presionar al poder público para que se tuvieran en cuenta reformas a razón del incremento de muertes causadas por las pésimas condiciones de higiene de la ciudad. Mientras otras ciudades del continente se adaptaban a las pautas del Barón de Haussmann, en Bogotá los higienistas empezaron a buscar la implementación de reformas que permitieran a la población respirar mejor (101).

De manera “simbólica”, como lo expresa Zambrano, en 1910 se inició el cambio en la movilidad urbana en la ciudad con la inauguración de avenidas que no eran otra cosa que las alamedas antiguas y algunos tramos de caminos interurbanos. Bogotá, no contaba con los recursos para implementar una renovación profunda en la urbanización, sin embargo, se creó una imagen diferente y se quiso expresar el comienzo de un nuevo siglo. Pese a ello, no fue sino hasta el año 1925 que se contó con una avenida completa,

desde la plaza de San Victorino hasta la Sabana. Al mismo tiempo, el tranvía constituyó un símbolo de desarrollo que produjo un gran impacto al generar una dinámica urbana hacia el norte. La ciudad se expandió urbanísticamente 3.6 veces entre los años 1905 y 1927, esta disminución en la densidad dio paso a un nuevo tipo de ciudad y dejó atrás esa ciudad compacta, lo que significó también cierta mejora en las condiciones higiénicas en la población (102).

Alrededor de este contexto se desarrolló la campaña antituberculosa en la ciudad de Bogotá. Como se ha mencionado en apartados anteriores, la campaña estuvo fundamentada desde lo legal con diferentes normas que garantizaban su funcionamiento y desarrollo. Sin embargo, la falta de recursos económicos fue una constante en estas campañas nacionales y la lucha contra la enfermedad en la ciudad de Bogotá no sería la excepción.

Pese a la normativa que estaba dispuesta para ello, y tal y como ocurrió en la ciudad de Medellín, entre 1916 y la segunda década del siglo XX, la lucha antituberculosa en Bogotá no había empezado su despliegue. Además, la ciudad había pasado por la epidemia de gripa de 1918, en la que se enfermaron cerca de 40.000 habitantes y murieron más de 1.100 personas en menos de dos semanas, lo que copó todos los recursos hospitalarios de la ciudad (103).

En 1918, los médicos de la capital escribieron sobre los principios en los que se debía sostener la campaña que recién iniciaba, aduciendo que sería la única manera de contrarrestar los efectos de “la peste blanca”. Según Germán Abadía, los dos factores principales que facilitaban la proliferación de la enfermedad en Bogotá era la deficiencia de alimentación y el desaseo, por lo que había que enfocarse en subsanar estos dos elementos. Abadía proponía seis aspectos a priorizar: la construcción de un sanatorio, el establecimiento de la Gota de Leche, la vivienda obrera, la enseñanza obligatoria de higiene, la vigilancia de los establos, el aseo de las calles y plazas públicas (104). Pese a la claridad que tenía el cuerpo médico respecto a las estrategias y planes para enfrentar la enfermedad, la lucha antituberculosa no había empezado su marcha, y fue de manera tardía, como lo veremos más adelante, que se materializarían instituciones tan relevantes, como el dispensario (1932) y el sanatorio (1942). La situación sanitaria en Bogotá, junto a las demoras en el desarrollo de la campaña antituberculosa, complicaron

aún más las condiciones de vida de los habitantes de la capital. La prensa de la época evidenció recurrentemente la situación, la tuberculosis era considerada como una “epidemia” que restaba la calidad de vida de los bogotanos y a la que se sumaban problemáticas como el abandono infantil, la contaminación del agua, las plazas insalubres, la falta de hospitales dotados adecuadamente y la carencia de acueductos. Todo esto reflejó la necesidad de que las autoridades sanitarias y estatales buscaran soluciones eficaces direccionadas a mejorar los asuntos de higiene de la capital. Así lo expresó un artículo publicado en el periódico “El Tiempo” el día 28 de marzo de 1918 (105):

Figura 5. Artículo “La salubridad y la higiene en Bogotá”



Fuente: La salubridad y la higiene en Bogotá. El Tiempo. 1918 marzo 28. [Internet] [Consultado 2022 12 05] Disponible en: <https://news.google.com/newspapers?nid=N2osnxbUuuUC&dat=19180328&printsec=frontpage&hl=en>

En 1920, se buscó reglamentar la construcción de viviendas en la ciudad. El Director de Higiene y Salubridad Municipal expidió la Resolución N° 9, en donde se prohibía la construcción de habitaciones que no cumplieran con requisitos mínimos de higiene como alcantarillas, desagües y agua suficiente. Esta misma resolución también buscó que se establecieran, las gotas de leche ^{viii}. Estas medidas pretendían mejorar las condiciones de vida de los enfermos y prevenir enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, sin embargo, con las campañas educativas y con las mejoras en la alimentación de los niños, no se logró superar la problemática de la tuberculosis en la ciudad, ya que seguían prevaleciendo las deplorables condiciones de vivienda, los deficientes servicios sanitarios y la falta de dispensarios y sanatorios que albergara y trataron a los enfermos en Bogotá (107).

Las campañas antituberculosas en Colombia estaban centralizadas. Desde la capital se dictaminaban las leyes, al igual que todas las disposiciones alrededor de la tuberculosis para replicarse en las demás ciudades y departamentos. También, existían instituciones que no estaban al servicio exclusivo de la campaña antituberculosa, sino que prestaban su servicio a las diferentes campañas sanitarias. Un ejemplo de ello fueron los laboratorios que existían en Bogotá. En 1919 con la Ley 46 de 1919, se dispuso la creación de un laboratorio bacteriológico químico, “El Laboratorio Oficial de Higiene” el cual estaría al servicio de la Dirección Nacional de Higiene. Este laboratorio fue inaugurado el 19 de Junio de 1926, y se llamó “Palacio Nacional de Higiene”, disponía de los servicios de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, Departamento de Estadística Médica, Sección de Química del laboratorio y dispensaba vacunas antitíficas, antivariolosa y contra la tos ferina (108). Este laboratorio estaba a cargo del estudio de las enfermedades, el análisis de las aguas que se destinaban para el consumo humano, en Bogotá y en las principales ciudades del país. También se encontraba en Bogotá, el laboratorio Samper – Martínez, de carácter privado y fundado por los doctores Bernardo Samper y Jorge Martínez en 1916. Este, pasaría a manos del Estado por recomendación de la Fundación Rockefeller en 1925 y se designó dentro Instituto

^{viii} La primera “Gota de Leche” de Colombia se creó en Medellín en 1917, por iniciativa del arzobispo y la Asociación de Madres Católicas, bajo la dirección de las hermanas de la caridad y con el apoyo de prestigiosos médicos. En 1919 se creó la de Bogotá y luego fue replicada en Cali, Cartagena, Popayán y Sonsón (106).

Nacional de Higiene con funciones de un laboratorio bacteriológico (14). En estas instituciones se realizaban diferentes análisis, entre ellos el análisis de esputos para diagnosticar la tuberculosis.

Al terminar la década de 1920, las instituciones que, desde la normativa, debían emprender la lucha antituberculosa en Bogotá, el dispensario y el tan anhelado hospital sanatorio, aun no se habían concretado en la ciudad. Es por ello por lo que los enfermos de tuberculosis de la ciudad de Bogotá acudían al hospital San Juan de Dios. Según Calixto Torres, miembro de la Sociedad de Cirugía, este se caracterizaba por una inadecuada construcción que impedía aislar a los enfermos, y no tenía ni la capacidad ni la infraestructura para albergar a los pacientes. De hecho, era visto más un centro de contagio que de alivio (107). Después de promulgada la Ley 66 de 1916, se habilitaron pabellones específicos en hospitales de la ciudad para aislar enfermos tuberculosos, así pues, se crearon los pabellones de San Juan de los Barrios, dependencia del Hospital San Juan de Dios y La Serpentina, ubicado en la calle primera de Bogotá, donde más tarde se construiría el Hospital Santa Clara (109).

Para 1937, solo existía el Pabellón San Juan de los Barrios en el hospital La Misericordia, que estaba destinado para los enfermos de tuberculosis del hospital San Juan de Dios. No obstante, la atención y condición en este centro era lamentable, tan penosa era la situación de este pabellón para enfermos tuberculosos que, según el médico y escritor Hernando Forero Caballero, fue apodado “La casa de los muertos” (110). Las condiciones de atención y la infraestructura eran tan problemáticas, que tras la visita al lugar realizada por la esposa del presidente Eduardo Santos, Lorencita Villegas, en 1938, ella misma impulsó la creación del hospital sanatorio Santa Clara. Iniciativa que se concretó en 1942 (111).

Al iniciar la década de 1930, en el país se produjo el fin de la hegemonía conservadora, la cual gobernó desde 1886. La presidencia de Miguel Abadía Méndez (1926 – 1930), develó grietas importantes dentro del partido conservador, debidas a sucesos como la Masacre de las Bananeras, ocurrida en 1928, y a la crisis económica mundial de 1929. Frente a estos hechos, y a la división interna del conservatismo, el partido liberal liderado por Alfonso López Pumarejo, propuso un único candidato para las elecciones de 1930, Enrique Olaya Herrera, quien ocuparía la presidencia de Colombia

entre 1930 y 1934 (112). El final de la República conservadora (1886 – 1930) y la llegada al poder de los liberales, significó una transformación en la función estatal y en la forma de asumir los asuntos sociales (113). Estas transformaciones a lo largo de 1930, con acciones como la creación del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública (Ley 1 de 1931).

El dispensario antituberculoso ^{ix} empezó a funcionar en la ciudad de Bogotá en 1932, en medio de la transición del gobierno liberal. Prestaba servicios de manera gratuita y atendía “todas las poblaciones unidas a la capital por ferrocarril o carreteras” (52). Además, conectado a este centro, en 1934 ya funcionaba un consultorio ambulante para los barrios apartados de la ciudad que hacía propaganda para dirigir a los pacientes al dispensario central (54).

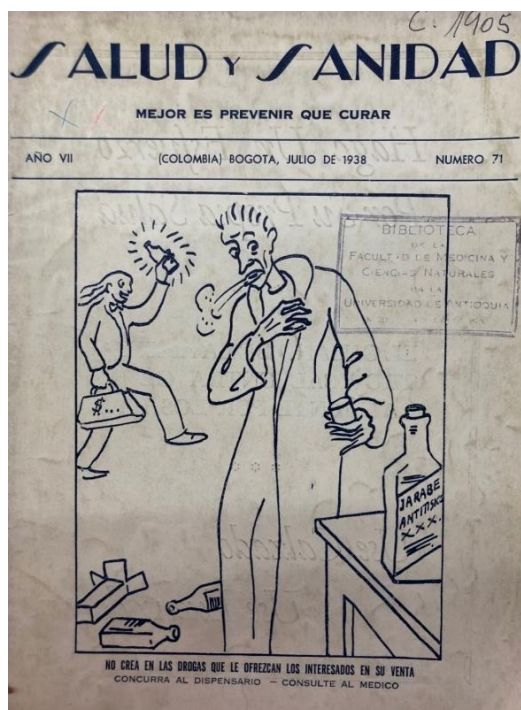
Pese a los cambios gubernamentales y al intento priorizar los asuntos sociales en 1934, 18 años después de la aparición de las primeras normativas de la campaña en Bogotá, esta era definida como “incipiente”, el dispensario apenas había empezado a funcionar y, como sucedió en otras campañas sanitarias, tenía problemas financieros. El médico Ramón Hernández Rengifo, sostenía que la llegada de personas de otros lugares del país, en busca de servicios médicos incrementaba el número de tuberculosos en la ciudad y por ende, complicaba la atención (114). Los datos estadísticos de diferentes regiones del país, fragmentados, sin posibilidad de relacionarlos entre ellos, ni de hacer un seguimiento en el tiempo, de todas maneras, alertaban a las autoridades médicas sobre la extensión de la tuberculosis en el territorio.

Al final de la década de 1930, se destacó la propaganda acerca de la prevención de la tuberculosis. Como se mencionó en el capítulo uno de esta investigación, las campañas sanitarias tenían una sección de publicaciones que promovía buenos hábitos de higiene, dirigida a la población en donde educara a los colombianos en este ámbito, y se les diera material para comprender la manera en que podían adquirir enfermedades y cómo prevenirlas. Existían en la época dos revistas con este propósito: Revista de Higiene y Salud y Sanidad (115). Estas eran distribuidas entre la población para interiorizar en ella el cuidado que debía tenerse respecto a la enfermedad, estaban cargadas de información relevante alrededor de la tuberculosis, pero también tenían un

^{ix} Sobre este dispensario se hablará más ampliamente en el capítulo tres.

componente gráfico importante. Un ejemplo de ello es la siguiente portada de la Revista Salud y Sanidad, en ella se reflejan imágenes que hacen alusión al consumo de “jarabes”, “tónicos” y drogas que eran ofrecidos recurrentemente con la promesa de curar la enfermedad pero que no tenían ningún sustento científico. Esto, significaría mayores riesgos para el enfermo y la sociedad, ya que al confiar en este tipo de “medicinas” sin que se hubiese confirmado oficialmente su eficacia aumentaba las posibilidades de propagar la enfermedad. Las imágenes sugerían que el verdadero tratamiento se encontraba en el dispensario y no en jarabes de venta libre que no servían y que sólo enriquecían a quien lo distribuía:

Figura 6: Modelo de propaganda “Promoción de visita a los dispensarios”



Fuente: Rubio P. Víctor. Tratamiento y preventivo de la tuberculosis infantil. Salud y Sanidad. 1938; 7 (71): 7-11

Estas revistas también brindaban información sobre la prevención de la tuberculosis en los niños, aspectos como la importancia de la vacuna y la separación de fuentes de contagio en sus primeros años fueron recurrentes en el cuidado de la infancia.

Además, la necesidad de la observación periódica de los infantes para que, en caso de resultar portador de la enfermedad se le aplicara el tratamiento adecuado (116). Prevenir la tuberculosis en los niños correspondía una parte fundamental de la profilaxis en la campaña antituberculosa, ya que evitar que un niño contrajera la enfermedad, significaba que aumentaran las probabilidades una vida sana en la adultez. Si bien, los textos académicos y las recomendaciones de los médicos sugerían instituciones para niños tuberculosos o propensos a la enfermedad, estos centros no se materializaron antes de la década de 1940.

En el año 1937 en la presidencia de Alfonso López Pumarejo, se instauró la Ley 20, que permitió el surgimiento de la Liga Antituberculosa Colombiana (LAC) y la creación de la estampilla antituberculosa. Esta Ley otorgó facultades al gobierno para crear asociaciones para luchar contra la tuberculosis, en 1938 el presidente Eduardo Santos firmó el Decreto 2358 con el cual creó el Comité Femenino Antituberculoso, anexo a la Cruz Roja Nacional, institución que fue fundada por señoras dedicadas a la profilaxis de la tuberculosis en Colombia. Desde el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social, La Liga desempeñó labores conjuntas con la lucha antituberculosa relacionadas principalmente con la promoción de la vacuna antituberculosa, la enseñanza obligatoria de la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, incluyendo la tuberculosis en las escuelas y el examen anual de los órganos respiratorios de maestros y alumnos (70).

Desde su inició, la Liga estuvo vinculada a la Cruz Roja, compartían políticas, organización, financiamiento y la filantropía con una organización semejante al modelo de asistencia social, conformada por una Asamblea Nacional, la Junta Central, los Comités Departamentales y los Comités Municipales, y compuesta por niveles, de manera nacional, central y local. En un inicio, la LAC se creó específicamente en la ciudad de Bogotá, y luego se expandió en el territorio nacional, por medio de la creación de comités instaurados en las capitales de los departamentos. La Liga fue apoyada por el Estado colombiano por medio de sus diferentes instituciones, por instituciones sin ánimo de lucro, del sector productivo y comercial, se recibían donaciones particulares, además de organizaciones nacionales e internacionales que se ocupaban en mejorar la salud en Colombia. El establecimiento de la Liga, vino a dar respuesta, a un llamado de larga data, pues desde 1909, el Concejo Municipal de Bogotá había pedido la creación

de ligas que contrarrestaran la propagación de la tuberculosis en el país, especialmente en la clase obrera (70).

En cuanto a la estampilla antituberculosa, se creó por medio de la ya mencionada Ley 20 del año 1937. La campaña antituberculosa estableció el timbre voluntario antituberculoso, que se materializó con el Decreto de 1938. El Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social entregó a la Cruz Roja 500.000 estampillas de 0.05\$ cada una, las cuales estaban destinadas en su totalidad a la campaña antituberculosa considerando la prevención directa de la enfermedad y su tratamiento. Estas estampillas no tenían fines postales y eran solo de carácter benéfico con dos objetivos especiales; uno educativo y otro económico, estas estampillas no tenían ningún valor de franquicia, pero sí de propaganda y se hacía una vez por año para mantener una novedad eficaz que garantizara de nuevo su compra. En el aspecto educativo, la estampilla buscaba promover en los colombianos la idea de que la felicidad y tener buena salud iban de la mano y que había que cuidar la salud y por ende la vida (70). Desde la prensa de la época esta iniciativa fue promovida invitando a las personas a crear conciencia en pro de la lucha contra la enfermedad.

Hacemos un llamamiento a todas las clases sociales para que hagan de Estampilla Antituberculosa un símbolo de simpatía, una manera de allegar fondos para los que padecen de mal y una defensa de nuestras propias vidas y de los seres a quien amamos (117).

Las estampillas se sacaron cada año entre 1938 y 1979, con el lema de “Salud y Alegría”. Esta manera de recaudar fondos para las campañas no se dio únicamente en la lucha antituberculosa, también se realizaron para la Cruz Roja, la campaña contra la poliomielitis, la malaria, el cáncer y el V.I.H. (70). Se puede deducir que las estampillas tuvieron buena acogida en de la población, pero no puede establecerse el impacto económico que tuvieron para la campaña:

Figura 7: Estampillas de la Liga Antituberculosa Colombiana



Fuente: Sánchez Álvarez J. Liga Antituberculosa Colombiana. Sede Bogotá 1938 – 1966 [Trabajo de grado Maestría en Historia] Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2011

Según los informes oficiales, en el año 1943, la Nación auxiliaba a la Liga Antituberculosa Colombiana con \$15.600, la cual sostenía en Bogotá servicios antituberculosos como: el pabellón de niños antituberculosos del hospital de la

Misericordia, la escuela Modelo para niños tuberculosos ^x, cinco centros de distribución de leche; asimismo, sostenía un contrato para enviar 20 niñas hijas de tuberculosos a la granja “San Pedro”, en Usme, y prestaba servicio médico en los centros de distribución de leche para niños en tratamiento en el dispensario antituberculoso de “La Serpentina” (57). La escuela Modelo para niños tuberculosos inició labores a mediados de 1940. Esta fue una iniciativa que tuvo la participación del Municipio de Bogotá, el departamento de Cundinamarca y la LAC. El municipio de Bogotá tenía proyectado establecer una escuela para niños pretuberculosos con necesidad de un régimen especial de vida, así que prometió aportar para este fin, la casa, el restaurante escolar y las maestras del departamento de Educación, por su parte La Liga aportaría la supervisión de los alimentos y el tratamiento médico para los niños. En la dirección de esta escuela se encontraban las monjas misioneras, que eran maestras nombradas por el departamento. La escuela Modelo tenía cupo para 250 niños, quienes recibían educación regular, una adecuada alimentación, contaban con médico, enfermera y dentista quienes monitoreaban los niños, sus cambios y las mejoras que iban presentando. Esta escuela funcionó hasta 1952, año en que los niños fueron trasladados a la escuela Santa Clara (70). Además de la granja “San Pedro”, existió la granja de recuperación y rehabilitación San Moritz, un hogar para niños hijos de padres tuberculosos egresados del Pabellón Infantil del hospital Santa Clara, fue creada en 1941 en Nemocón a dos horas de la ciudad de Bogotá con cupo para 25 niños, servicio de educación primaria y servicios médicos. Estas granjas eran conocidas también como preventorios en sectores rurales creados para fortalecer la salud de los niños. San Moritz funcionó hasta 1962 por carecer de medios de sostenimiento (70).

Las actividades de propaganda de la campaña antituberculosa de Bogotá no generaban una percepción de avances significativos. De hecho, algunos artículos de prensa de 1938 se hacían fuertes críticas a la lucha antituberculosa en la capital. En uno de ellos el director de la Cruz Roja, Jorge Bejarano, calificó la campaña como “descuidada”, y señaló que requería mayor atención por parte del Estado. Bejarano

^x Se buscó información respecto al funcionamiento de instituciones como la Escuela Modelo en la ciudad de Medellín, pero no se encontraron mayores datos.

señalaba que por las cuestiones de asistencia y sanidad existía una gran indiferencia (118):

Sin el temor de herir susceptibilidades y sin el ánimo de hacer cargo alguno, puedo afirmar que no ha habido en la ciudad de Bogotá un renglón de su vida asistencial y sanitaria más descuidado ni por el cual se ha demostrado más enorme indiferencia que el referente a la lucha contra la tuberculosis, enfermedad que desgraciadamente se ha extendido tanto en los últimos años por causa de múltiples factores que no es del caso enumerar ahora (118).

Asimismo, expresó que la Cruz Roja se dio a la tarea de “intensificar” la campaña, ya que el Departamento Nacional de Higiene no podía hacerlo de manera eficaz. La incidencia de la Cruz Roja en la campaña antituberculosa en Bogotá comenzó en mayo de 1937, cuando se firmó un contrato en el cual se estableció que la lucha antituberculosa quedaría en manos de dicha institución.

Dándose cuenta la Cruz Roja de que el Departamento Nacional de Higiene no podía con toda la eficacia del caso, dedicarse a intensificar la campaña antituberculosa que venía realizando desde años atrás desde el dispensario que funcionaba entre las dependencias de aquel organismo, ofreció a la Dirección de Higiene su ayuda, y al efecto, el Comité Nacional de la Cruz Roja, después de largas deliberaciones, tuvo a bien autorizarme para celebrar, en el mes de Mayo del año pasado un contrato a virtud del cual la organización de la lucha antituberculosa en la ciudad de Bogotá quedaba a cargo de la Cruz Roja Nacional (118).

El 16 de julio de 1942, se inauguró en la ciudad de Bogotá el hospital Santa Clara, durante la administración del presidente Eduardo Santos. En esa época el hospital se había construido con la intención de ser un sanatorio dirigido a la atención y cuidado de enfermos de tuberculosis, este centro contó inicialmente con 100 camas para hombres, 100 para mujeres y 50 para niños (119). Las 50 camas disponibles para los niños tuberculosos estuvieron vinculadas a la colaboración de la Liga Antituberculosa

Colombiana, y se ubicaron en un pabellón infantil inaugurado el 5 de agosto del mismo año (111).

Para el siguiente año de 1943, según los informes nacionales oficiales, el hospital Santa Clara se hospitalizaron 517 enfermos, de los cuales fallecieron el 40.70%, estos mismos informes indican que el alto número de muertos se debió a la gravedad con que llegaban los pacientes quienes fallecían a las pocas horas de ser hospitalizados. Asimismo, los reportes indican que el hospital no sólo atendía enfermos de la ciudad, sino que el 25% correspondían al departamento de Cundinamarca y el resto de otras regiones del país. Entre los trabajos realizados en este hospital se encuentran los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio, pruebas tuberculínicas, neumotórax, reinsuflaciones, inyecciones, fórmulas de medicamentos e intervenciones quirúrgicas (120). El número de muertes dadas en el hospital Santa Clara de Bogotá sugieren que la campaña en esa ciudad no estaba teniendo el resultado que se esperaba, al igual que en el caso de Medellín, el Santa Clara recibía personas de toda la ciudad, el departamento y el país, lo que colapsaba la institución. Si bien, las iniciativas por controlar la enfermedad eran de larga data y el dispensario funcionaba desde 1932, la tuberculosis seguía siendo un problema de salud importante en la capital. La falta de recursos limitaba toda buena voluntad que se le imprimiera a esta campaña. Para el año 1946, no se había ampliado el número de camas del hospital Santa Clara y su capacidad seguía siendo de 250 camas para hombres, mujeres y niños tuberculosos.

Para el año 1944, los informes hablan de 1387 visitas domiciliarias por parte del hospital Santa Clara, 61 conferencias de parte del personal científico sobre la enfermedad, su profilaxis y tratamiento. En 1945, los médicos Carlos Arboleda y Antonio Acosta, afirmaron que pese a que sólo llevaba dos años en funcionamiento, el hospital sanatorio Santa Clara constituyó la base fundamental de la campaña en la ciudad, ya que además de la atención los médicos realizaban semanalmente estas conferencias por la radiodifusora nacional sobre la tuberculosis, las cuales eran escuchadas por las personas y en donde aprendían a interesarse e instruirse sobre los asuntos higiénicos sanitarios, incluyendo la profilaxis sobre la tuberculosis (59). Asimismo, los informes dan cuenta de que, en el año 1944, en la capital del país, la Liga Antituberculosa Colombiana, separó a 340 niños de sus hogares por tener familiares infectados por la enfermedad.

Para ese año, las actividades de la Liga incluían servicios como la Escuela Modelo, centros de salud que proporcionaban leche y otros alimentos y atención médica a los niños tuberculosos atendidos por el dispensario de “La Serpentina”, el pabellón infantil del hospital Santa Clara y el pabellón del hospital de La Misericordia. Como proyección tendría la construcción de un dispensario en la población de Suesca (121).

Si bien, muchos de los informes oficiales elogiaban las actividades realizadas, casi al punto de alardear sobre los alcances y logros de la campaña antituberculosa en Bogotá y en el país, también había informes que se distanciaban de esa mirada triunfalista y dejaban al descubierto la situación de la ciudad. En una carta dirigida al alcalde de Bogotá y a los miembros de Concejo Municipal, el 17 de octubre de 1945, realizada por el doctor Jorge Bejarano para ese entonces Director Nacional de Salubridad, manifiesta que la ciudad no había avanzado lo suficiente en aspectos de higiene y salubridad, ya que no existían estadísticas firmes sobre lo relacionado a higiene, no había control en alimentos como la carne y la leche, no había un sistema de alcantarillado adecuado y las plazas de mercado resultaban ser foco de infección de fiebre tifoidea. Además, los lugares públicos como buses, tranvías, cafés, hoteles y casas de asistencias no mostraban diferencia alguna con años anteriores en cuanto al aseo y la salubridad. En este informe, Bejarano también realizaba una crítica a las instituciones de asistencia pública en la ciudad, instituciones en las que también se encontraban aquellas dedicadas a la lucha antituberculosa:

¿Y qué decir de la asistencia pública, donde ninguna institución está coordinada, donde cada una marcha a su manera y donde el problema del niño abandonado y el de la mendicidad en las calles solo se atiende esporádicamente, y el de la mortalidad infantil sigue siempre igual en los últimos diez años, con una tenacidad desconcertante? (122).

Como Director de Higiene, Bejarano hacía un llamado respecto al presupuesto asignado a este ramo en el país, sobre todo teniendo en cuenta que el aumento del presupuesto anual no era proporcional al crecimiento de las rentas del municipio. Esto entorpecía la campaña en Bogotá, que, si bien había tenido adelantos como lo era el

dispensario y el sanatorio, hasta 1946 seguía sin poder cubrir la demanda de pacientes de tuberculosis en la ciudad.

5.3 Capítulo III. Historia y funcionamiento de los dispensarios antituberculosos en Medellín y Bogotá entre 1916 y 1946

“Yo considero los Dispensarios Antituberculosos, como uno de los medios más valiosos que nosotros podemos emplear contra tuberculosis y creo que los Dispensarios, si, como es de esperar se extienden en espesa red por los países, están llamados a ejercer una actividad extraordinariamente valiosa y una sacrosanta función”

Robert Koch - 1909

5.3.1 Historia y funcionamiento de los dispensarios

Los dispensarios antituberculosos empezaron a funcionar en Europa a finales del siglo XIX, estos, catalogados como dispositivos propios de la era preantibiótica. El primero fue fundado por Sir Robert Philips en Edimburgo en el año 1888, luego en Alemania en 1898 por Puetter, en Francia estos dispensarios llegaron en 1899 de la mano de Calmette y así se fueron extendiendo por Europa. Iniciando el siglo XX, el mismo Koch los consideraba como la herramienta más eficaz para hacerle frente a la tuberculosis y todos los esfuerzos debían dirigirse a su funcionamiento y extensión por todos los países. Sir Robert Philips entendió que al médico le era imposible combatir solo la enfermedad, porque no tenía control sobre el hábitat del enfermo, ni la voluntad de este para acudir al hospital y mucho menos podía garantizar los cuidados. Por ello concluyó que toda esta labor médico – social y educativa debía ser apoyada por una enfermera (123). Se comienza a establecer el modo de operación de los dispensarios.

De acuerdo con el modelo de la época, el personal del dispensario estaba compuesto por tres personas: un médico, una enfermera y un funcionario de apoyo administrativo. El médico era el más importante y según Puetter debía ser higienista. Entre sus funciones estaba familiarizar a los enfermos con su condición, transmitirles medidas profilácticas y hacerles la exploración clínica, además de un examen radiológico para completar el diagnóstico. La enfermera, que debía ser delicada con las personas,

llevaba los registros, la correspondencia, y era el puente con los seguros médicos, la beneficencia y las autoridades. Además, tenía a su cargo las visitas domiciliarias a las familias de los tuberculosos. De acuerdo con el modelo la atención de la enfermera no debía exceder la de un distrito de 15.000 habitantes. Las visitas asistenciales se realizaban con el fin de cuidar a todos los integrantes de la familia y hacer pedagogía sobre las reglas de conducta alrededor de los enfermos. La enfermera visitadora también velaba por las ayudas concedidas a las familias y vigilaba su adecuada destinación. Además del médico y la enfermera, debía contarse con un jefe del dispensario, una persona afín a las labores administrativas, aunque después cambiaría este perfil (123).

Los dispensarios se caracterizaban por dos estrategias principales; la función médica y la función social, que debían ejecutarse de manera integral y simultánea. La primera se concentraba en el descubrimiento de las personas enfermas, su clasificación y distribución para su atención, se les debía hacer control y ofrecerles el tratamiento. Además de tomar medidas preventivas y profilácticas, servía para la formación de personal y de centros de investigación. La segunda función estuvo enmarcada en la atención del enfermo, además de la atención a su familia y el medio donde convivían.

De una manera general, los países latinoamericanos adoptaron medidas que se habían implementado previamente en Europa y Estados Unidos. Estas articulaban estrategias para evitar los contagios desde el ámbito de la prevención, tales como el aislamiento y la implementación de tecnologías en el dispensario, o desde el ámbito de la higiene y la profilaxis que constituían exámenes y visitas, de carácter diagnóstico como el laboratorio, la prueba de rayos X y la observación clínica. También tenía algunas funciones terapéuticas, en las que se encontraban medidas biológicas y quirúrgicas como el neumotórax artificial (32). Si bien los dispensarios en Latinoamérica siguieron un modelo estandarizado, cada país implementó como mejor pudo estos centros, de acuerdo con sus posibilidades, sociales, económicas y culturales.

En Venezuela, por ejemplo, el primer dispensario fue inaugurado en 1906, impulsado por la Liga Venezolana contra la Tuberculosis y abrió un año después de haberse fundado el primer dispensario de Berlín. Según su director, el Dr. Pedro Herrera Tovar, este centro no tenía como objetivo curar la tuberculosis sino detener sus efectos en su mayoría devastadores, es decir, era un instrumento de profilaxia, educación y

saneamiento (124). En Lima, Perú, el primer dispensario antituberculoso empezó a funcionar en 1916 (125). En Argentina, la campaña antituberculosa empezó en 1901 con la fundación de la Liga Argentina Antituberculosa y los dispensarios empezaron a funcionar en 1920. Estos centros establecían el diagnóstico y el tratamiento ambulatorio, y además realizaban vigilancia a los contactos de los enfermos (126). En Chile, el proceso fue diferente, pues en 1934 se estableció un plan para crear “Centros de Especialización” o “Centros de Adaptación”, instituciones similares a los dispensarios, sin embargo, estos centros no fueron concretados en esa década (20).

Miremos ahora el caso colombiano para entender las singularidades nacionales.

5.3.2 Aparición y funcionamiento de los dispensarios en Colombia

La Ley 66 de 1916, fue la primera normativa Colombiana especializada en la tuberculosis. Por ella se destinó la suma de 30.000 pesos oro para auxiliar dispensarios antituberculosos. Según la norma, los dispensarios debían estar ubicados en los centros de población que los requirieran, asimismo, asimismo, las autoridades locales debían facilitar su fundación y sostenimiento (40). Sin embargo, como lo vimos en el capítulo I, nunca fueron desbloqueados los recursos financieros para hacer cumplir esta norma.

Al revisar los informes nacionales de los secretarios de higiene y de gobierno no se encontraron registros sobre la existencia de dispensarios entre 1916 y 1925. En los informes oficiales se hacían llamados constantes para prevenir las enfermedades sociales, entre las que se contaba la tuberculosis. Según el Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas, los dispensarios y sanatorios antituberculosos debían fundarse como lo había estipulado la ley, ya que servían de base a la lucha contra la enfermedad (127). El siguiente año se reafirmaría mediante otra ley la construcción de dichos centros.

La Ley 15 de 1925 dictaminaba que en las poblaciones en donde fuera posible, a juicio del poder ejecutivo, debían existir dispensarios antituberculosos, los cuales debían estar a cargo de un médico y de un ayudante. En ellos se daría tratamiento científico a los enfermos y se coordinaría una labor de divulgación sobre prevención de la tuberculosis y las formas de evitar el contagio de personas del entorno del enfermo (47). En ese año no había aún dispensario antituberculoso en ninguna ciudad de Colombia.

Existían dispensarios de salubridad que atendían a personas con enfermedades contagiosas, entre ellas la tuberculosis y las enfermedades venéreas, las cuales junto con el alcoholismo constituían la triada de los flagelos sociales, según los médicos de comienzos del siglo XX (128).

Hasta finales de la década de 1920 el país no contaba con dispensarios antituberculosos, esto pese, a que los académicos en sus tesis y artículos de revista insistían constantemente en la importancia de la creación de dichos centros para la lucha antituberculosa en Colombia. La lucha debía estar enfocada puntualmente a la educación social mediante propaganda y a la inversión de un presupuesto más amplio para esta lucha, con esto se podría llevar a cabo la creación de los dispensarios y otras instituciones absolutamente necesarias para luchar contra la enfermedad:

Otra realidad complemento de lo anterior, sería la creación de dispensarios, o sean consultorios de medicina general y algunas especialidades; proveer a éstos de laboratorios para análisis de esputos y radiológicos, elementos indispensables en todas las instalaciones de esta índole: solo diremos que con ellos los historiales clínicos serían completos, y de gran valor para la confección de datos indispensables para llegar al conocimiento y solución del problema (129).

Es decir, más de diez años después de la expedición de la Ley 66 de 1916 que organizaba las campañas antituberculosas, los dispensarios no estaban funcionando. Esta ley, fue reformada por la Ley 112 de 1919 designándole a la Dirección Nacional de Higiene las facultades para organizar científicamente la lucha antituberculosa. Sin embargo, ni la Junta de 1916, ni la Dirección de 1919, lograron encaminar de manera efectiva dichas campañas. Según José María Uricoechea, médico de la época, el Doctor Pablo Medina García, quien conocía ampliamente la situación de la enfermedad en el país, estaba al frente de la Dirección Nacional de Higiene, pero debido al poco presupuesto asignado por el gobierno no le fue posible iniciar una lucha significativa. Los \$30.000 asignados para iniciar la campaña nunca se giraron y los \$20.000 adicionales para hospitales no cubría ni siquiera la propaganda anual de la lucha antituberculosa. Los dispensarios con equipo y personal adecuado eran la salida más eficaz al problema

de la Tuberculosis, pero sin el dinero necesario, estos no podrían ejecutarse de ninguna manera (129).

Además, en su estudio para el doctorado de medicina cirugía en el año 1928, Uricoechea enfatizaba en la necesidad de construir una estadística con los datos recopilados en estos centros. Esta labor debía ser ejecutada por el personal auxiliar del dispensario, su eficacia radicaría en que se hiciera de manera precisa para acercarse a la realidad de la enfermedad. En otros países, por ejemplo, esta herramienta había sido la base para conocer la influencia del hacinamiento en la mortalidad por tuberculosis y comprender las condiciones en las que vivían los enfermos (129). Desafortunadamente, además de la carencia de dispensarios, Colombia iniciaba la década 1930 sin una estadística firme sobre los contagios y las muertes por tuberculosis.

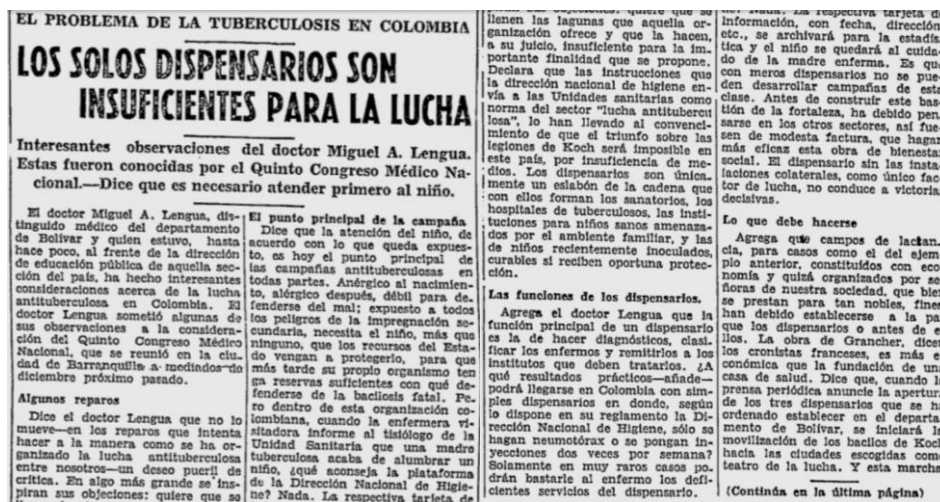
En 1931 se creó el primer dispensario para tuberculosos en Colombia en la ciudad de Barranquilla. Este dispensario fue creado por la Asamblea departamental en el Hospital de Caridad bajo la dirección del doctor Antonio J. Angulo y el doctor Navarro como ayudante, contaba con un laboratorio de bacteriología y radiología a cargo del doctor Elías Solano. No obstante, este dispensario no contaba con los recursos necesarios para implementar las medidas propias de un centro de este tipo. Los tuberculosos que asistían se trataban con medicamentos o preparaciones como jarabes, vinos o tónicos, por la imposibilidad de suministrar las medicinas adecuadas. Además, los enfermos llegaban en un estado avanzado de la enfermedad y eran hospitalizados en un departamento especial que carecía de condiciones higiénicas para tratarlos. Incluso, considerado un peligro, la Dirección de Higiene permitió su continuidad debido a que las personas allí alojadas no tenían lugar para vivir, dejarlas en las calles significaría un problema mayor, pues propagarían la enfermedad (130). Enrique Enciso, Director Técnico Nacional de Higiene, escribió en el informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene de 1932 que para resolver la problemática del dispensario se podría adecuar, con bajo presupuesto, un edificio en Piojó en el departamento de Atlántico, pero para esto también había escasez, pues no se contaba con fondos para este propósito, la situación fiscal del departamento era problemática y además impuesto de la tuberculosis se había destinado para otros fines.

En marzo de 1932, se creó el dispensario de Bogotá que contaba con todos los elementos del personal y material, al igual que laboratorios de rayos x para exámenes de esputos. Según el Ministro de Gobierno de 1933, Agustín Morales Olaya, este dispensario prestaba un servicio eficiente, y ayudaba a especializar personal médico y enfermeras en todo lo relacionada con la enfermedad (52). Este dispensario central funcionó en el Palacio de Higiene, centro que inicialmente tenía el nombre de Laboratorio Oficial de Higiene al servicio de la Dirección Nacional de Higiene y que fue construido entre 1920 y 1926 (14). Para 1934 también había entrado a funcionar el dispensario antituberculoso en la ciudad de Cali y había gestiones adelantadas para iniciar la construcción de dispensarios en Buga, Pereira e Ibagué (54).

En agosto de 1936, se creó un dispensario antituberculoso en la ciudad de Medellín. Para 1938 la cifra de dispensarios en el país ascendió a 16, para el año siguiente a 24, para 1942 existían dispensarios en Bogotá, Girardot, Medellín, Puerto Berrio, Támesis, Cañasgordas, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Río Frío, Ocaña, Cúcuta, Bucaramanga, Tunja, Ibagué, Neiva, Pereira, Cali, Buenaventura, Buga, Palmira, Tuluá, Popayán, Pasto y Quibdó y para el año de 1943 Colombia contaba con 27 dispensarios antituberculosos (131).

A pesar del incremento de los centros dispensariales antituberculosos en el país, no parecía que la lucha avanzara como se esperaba, ya que como se manifestó en algunos artículos de prensa, estas instituciones no lograban realizar la labor de “diagnostico, clasificación y remisión” de enfermos, como se esperaba que lo hicieran para contener y manejar los estragos de la enfermedad. Además, no existían hospitales – sanatorios ligados a los dispensarios que dieran continuidad a la labor.

Figura 8. Artículo “Los solos dispensarios son insuficientes para la lucha”



Fuente: Los solos dispensarios son insuficientes para la lucha. El Tiempo. 1937 enero 25. [Internet] [Consultado 2022 11 25] Disponible en: <https://news.google.com/newspapers?nid=1706&dat=19370125&id=BlwbAAAAIBAJ&sjid=YFAEAAAAIBAJ&pg=2843,2126695&hl=en>

Otra de las dificultades que presentaban los dispensarios en Colombia era que a pesar de que su labor fuera más organizativa, de prevención y de educación, debieron también asumir otras actividades. Si bien, nacional e internacionalmente había un estándar para la instalación de los dispensarios, es bien sabido que cada región adecuaba estas direcciones de acuerdo con sus disposiciones y a sus recursos disponibles. En el caso de nuestro país, el dispensario recibía a enfermos de gravedad, los cuales en teoría debían ser direccionados a hospitales y sanatorios, pero al estar estas instituciones colmadas de enfermos y sin lugar el dispensario se hacía cargo. Los secretarios encargados de dar los informes nacionales en los primeros años de la década del 1940 sugerían de manera insistente las reformas que debían realizarse en los dispensarios, estas reformas tenían que ver con el traslado de centros a regiones en donde se evidenciara el desarrollo industrial y la dotación de equipos que permitieran una mayor precisión en el diagnóstico.

En cuanto al funcionamiento de los dispensarios en los últimos años del periodo estudiado encontramos algunos aspectos importantes, uno de ellos es que la asistencia

a estos centros por parte de la población fue aumentando paulatinamente y pasó de 189.854 asistencias en 1940 a 219.536 en 1945. Los exámenes realizados en los dispensarios se realizaban de manera constante, con un promedio anual de 36.777 desde 1940. Los exámenes radiológicos divididos entre radioscopias y radiografías fueron en estos seis años 1.261.826. De los 52.872 exámenes de esputos realizados, 36.932 dieron negativos y 15.940 dieron como resultado positivo, es decir, en seis años el 30.14% fueron positivos. Asimismo, tenemos que las defunciones en estos seis años por tuberculosis alcanzaron las 6.931, lo que significa el 43.48% del total de contagiados(122).

Por ser el dispensario un centro específicamente dedicado al diagnóstico, los procedimientos que en él se llevaban a cabo estaban direccionados a identificar las personas enfermas de tuberculosis. Los procedimientos utilizados para este diagnóstico eran las radioscopias y radiografías, con las cuales se estudiaba el cuerpo con la ayuda de aparatos de rayos X. El examen de esputos, en el cual se examinaban las secreciones del enfermo. Por último, tenemos las tuberculino-reacciones^{xi} que contribuían a dictaminar si la persona tenía la enfermedad. En cuanto al tratamiento que se les realizaba a las personas confirmadas de tener tuberculosis estaban: las inyecciones de medicamentos, el neumotórax ^{xii}, las reinsuflaciones ^{xiii} y las visitas realizadas por las enfermeras visitadoras. Con respecto a la propaganda que desde allí se impartían, se encuentran las conferencias educativas acerca de la enfermedad y su prevención.

^{xi} “La acción del bacilo tuberculoso provoca en los enfermos cierto número de reacciones biológicas que se han tratado de utilizar en la práctica. La más usadas de estas reacciones tratan de poner en evidencia la sensibilidad que para las toxinas tuberculosas tienen el organismo infectado. El más antiguo de estos procedimientos es la inyección subcutánea de tuberculina de Koch. Los tuberculosos presentan una reacción local en el sitio de la inyección o en la lesión que se presume tuberculosa; pero, sobre todo, la reacción se manifiesta por una elevación de la temperatura, que debe ser por lo menos de un grado centígrados para que sea considerada como positiva”(104).

^{xii} “Los métodos de colapsoterapia eran varios, siendo los más importantes: el neumotórax artificial, el neumoperitoneo, la toracoplastia, el plombaje extrapleural y la frenicectomía. Estas técnicas quirúrgicas se volvieron muy populares en la primera mitad del siglo XX, y se asociaban con frecuencia a complicaciones graves como empiemas, paquipleuritis, fístulas broncopleurales, calcificaciones pleuropulmonares y formas graves de insuficiencia respiratoria.¹² Es a partir de los años 50 cuando estos métodos van desapareciendo del arsenal terapéutico de la tuberculosis, con la introducción de las drogas antituberculosas. En la actualidad aún podemos ver algunos pacientes con secuelas de estos tratamientos invasivos” (132).

^{xiii} “La colapsoterapia puede dividirse en dos géneros, la llevada a efecto por medios quirúrgicos y la alcanzada por la insuflación de aire en el espacio pleural. La primera exige un medio quirúrgico apropiado, la segunda es simple y procura un tratamiento ambulatorio”(133).

El dispensario pretendía tener un alcance mayor en cuanto a la atención integral de los enfermos, no solo reduciendo su trabajo a una cuestión clínica sino también buscando un bienestar social, esto debido a que se comprendió que los avances de los tratamientos realizados por los dispensarios necesitaban acompañarse de condiciones higiénicas y óptimas para la curación del enfermo, incluyendo una buena alimentación, un ambiente higiénico y salubre y oportunidades de trabajo para salir adelante. De acuerdo con los informes que se presentaron en 1946, lo anterior era entendido en la campaña como el acompañamiento al enfermo y estaba relacionado con las visitas domiciliarias que hacían las enfermeras a casos nuevos, casos en observación, casos sospechosos y a familias de muertos por la enfermedad (134). Sin embargo, las pretensiones de una atención integral al enfermo de tuberculosis no se concretaban, pues, aunque las enfermeras realizaban las visitas y daban indicaciones al tuberculoso y a su familia sobre su enfermedad y su evolución, no contaban con instrumentos adicionales para actuar al respecto. Primero, las condiciones de vida de la mayoría de los enfermos de tuberculosis no mejoraban, lo que significaba menos probabilidades de cura debido a factores que incidían en la enfermedad como la alimentación y un ambiente sano. En segundo lugar, el bajo presupuesto destinado a la campaña antituberculosa impedía una mayor inversión que condujera a cambios que propiciaran una atención adecuada y un progreso determinante en las condiciones de salud de la población.

Para los años que siguieron, los dispensarios y su funcionamiento en Colombia girarían alrededor de tres aspectos importantes: el primero es el énfasis que se debía dar en su definición como centro de diagnóstico, lo que significaba que los casos graves de enfermos con tuberculosis debían estar a cargo del hospital y del sanatorio de tuberculosos; el segundo, tenía que ver con que los pacientes debían responsabilizarse de su proceso curativo siguiendo correctamente las indicaciones y directrices dadas desde el dispensario y por último entender que este centro tenía una labor social y que debía haber una sección que abarcara esta dimensión (135).

Las autoridades que estaban al frente de la campaña antituberculosa buscaban alternativas para optimizar la lucha antituberculosa en el país, de ahí la creación de nuevas secciones y estrategias que justificaran sus acciones, no obstante, hasta el

periodo estudiado podemos decir que, si bien se propusieron iniciativas que tenían como propósito contener la enfermedad, estas se quedaban en proyectos sin concretar.

5.3.3 Dispensario en Medellín

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, Medellín presentó varios cambios importantes. La ciudad fue pasando a ser una urbe que acogía mano de obra de muchos otros pueblos y del campo (136). A comienzos de los años 1930, la ciudad aumentó su población y pasó de tener calles empedradas y estrechas a tener calles congestionadas con automóviles y tranvías. Los ferrocarriles trasportaban a las personas ricas al Magdalena y regresaban cargados de campesinos que migraban a la ciudad en busca de trabajo y mejores oportunidades. Demográficamente la ciudad de Medellín creció significativamente en la primera mitad del siglo XX y lo hizo de forma más acelerada respecto a las demás regiones del país. Según el Anuario Estadístico de Antioquia publicado en 1938, en 1918 la ciudad de Medellín tenía una población de 79.146 habitantes y para el año 1938 la cifra ascendía a 168.266 habitantes, es decir, en 20 años la población se había duplicado, debido principalmente al flujo migratorio a la ciudad. En 1932, el espacio urbano también se había duplicado, apareciendo nuevos barrios como Manrique, Aranjuez y Berlín, en su mayoría obreros, y barrios como Prado que fue conformado por los sectores burgueses emergentes en la época, lo cual reflejó la tradicional desigualdad (137). La llegada de un mayor número de personas a la ciudad de Medellín, la ampliación del espacio urbano, el crecimiento de la industria y el trabajo, aunque representaban la idea de progreso, concepto decimonónico tan importante en la historia del país, también traía consigo retos significativos para los entes gubernamentales y departamentales en diferentes ámbitos, entre ellos la salud pública y el control de las enfermedades, que como la tuberculosis proliferaban en espacios de hacinamiento y en precarias condiciones de vida.

Las leyes establecidas para la campaña antituberculosa eran de carácter nacional, y de acuerdo con sus textos, todos los departamentos y ciudades del país debían obedecer las directrices. Desde la década de 1920, en los dispensarios de salubridad se hacía propaganda para la lucha antitísica, se educaba sobre la peligrosidad de la

enfermedad y la forma de evitar el contagio. También se intentaba persuadir al enfermo para que adoptara medidas para su protección y la de quienes lo rodeaban. Finalmente, de manera gratuita, se les otorgaba a los enfermos tratamiento específico, como desinfección de ropas y habitaciones, tal y como se verá más adelante (79).

Al comenzar la década de 1920, no existían en el departamento de Antioquia ni en el país dispensarios dispuestos para atender a los tuberculosos, existía el dispensario de salubridad que estaba conformado por un médico – director, un ayudante, un boticario y un sirviente. Además, a través de este establecimiento se invitaba a los médicos locales por medio de circulares a informar sobre los enfermos a los que les sería imposible someterse a las prescripciones antes descritas, ello para identificar el medio “malsano” al que estaba expuesta la población (79).

El Decreto No. 174 de 1920, emitido por la Gobernación de Antioquia, reglamentó el servicio del dispensario de salubridad. Este era un servicio de asistencia pública dependiente de la gobernación departamental por conducto de la Secretaría de Gobierno, de esta forma el dispensario prestaba servicios como: exámenes y tratamiento para pacientes con enfermedades venéreas sin recursos para costear estos gastos. Examen y tratamiento para las “mujeres públicas” que figuraran en la “Oficina de Investigación Criminal” y trabajos de laboratorio para la investigación de agentes infecciosos de enfermedades contagiosas como sífilis, lepra, fiebre tifoidea, disentería y tuberculosis (138).

Frente al funcionamiento y sostenimiento de los dispensarios de salubridad, para el año 1922, las fuentes indican que el clima político se tornó controversial: el secretario de Gobierno consideraba improcedente que el departamento sostuviera en su totalidad el dispensario de salubridad, toda vez que el municipio de Medellín era el directamente beneficiado de este establecimiento y por tanto debía aportar en su sostenimiento:

Con entera franqueza debo manifestar que no encuentro justo que el departamento atienda por su sola cuenta este servicio. No hay lugar a duda que el municipio de Medellín qué es el más directamente interesado en la materia debe contribuir a su sostenimiento ya que en otra época fue de su cargo. Así podrían dedicarse mayores recursos a la higiene departamental consultando a la vez la justicia distributiva, pues no me parece acertado que en momentos en que

para municipios verdaderamente pobres no se puede destinar suma ninguna clase que permita prestarles auxilios aún en casos graves se destinen aquí fondos del Tesoro del Departamento para sostener una hora que de manera palpable corresponde en primer término a una necesidad de carácter local (139).

Ocho años más tarde, en 1930, el Municipio de Medellín respondería que el departamento era quien debía buscarle una solución a la problemática de los tuberculosos en la ciudad construyendo un establecimiento especial o estableciendo un arreglo con el municipio para:

“Adquirir el hospital de La María, construir un pabellón especial u otorgar una subvención mayor para atender a los pacientes en un local adecuado. Otra posible solución era que el departamento instalara por su cuenta un dispensario antituberculoso de dotación moderna para atender a los tuberculosos, no solo de la ciudad sino también del departamento” (140).

Lo anterior da a entender que la campaña antituberculosa en el Departamento de Antioquia estaba mediada por limitantes económicos y políticos. Además, pone en evidencia que las responsabilidades respecto a la atención de la enfermedad se redireccionaban a los entes administrativos antes que asumirse de una manera centralizada.

Para los siguientes años, los informes de los secretarios de Gobierno nos muestran que en materia de articulación y funcionamiento de dispensarios antituberculosos no hubo mayor avance. Pese a la insistencia de los secretarios en crear dispensarios especiales para tísicos, en los dispensarios de salubridad se atendían personas con todo tipo de enfermedades contagiosas. Por ejemplo, el secretario de Gobierno de Antioquia en el informe de 1926 puntualizó en que la creación del dispensario especializado contribuiría a la disminución de la mortalidad mensual y anual, como se había observado en países civilizados. Reducir la mortalidad era relevante pues, en el departamento, entre 1925 y 1926, habían fallecido 372 personas por tuberculosis (141).

En 1930, la tuberculosis se había propagado por toda la ciudad y el departamento, los sectores más pobres eran los más afectados debido a circunstancias diversas como el hacinamiento, la miseria, las precarias condiciones de vida. Según el director departamental de higiene y asistencia pública, Alberto Gómez Arango, en 1930 los tuberculosos conocidos por las autoridades pasaban de mil, pero la cifra aumentaba considerablemente, si se tenían en cuenta los enfermos ocultos y sin diagnóstico. Muchos de ellos no accedían a un tratamiento debido a cuestiones económicas o a la lejanía que existía desde sus viviendas a los centros de atención. Los enfermos que acudían al tratamiento lo hacían desde diferentes poblaciones al hospital municipal de La María, creado por la iniciativa del doctor Jesús María Duque en 1923, y, en la mayoría de los casos en una fase adelantada de la enfermedad lo que dificultaba mucho más poder salir de ella. A esta situación se le sumaba la aglomeración y el sobrecupo que existía en el establecimiento, por lo que al no encontrar lugar en el hospital los tuberculosos empezaban a vagar por las calles de Medellín, lo que representaba un peligro para la ciudad. Para dar solución a esto los secretarios de gobierno en sus informes reiteraban la necesidad de la crear dispensarios dotados con laboratorio y rayos x, atendidos por un médico, un ayudante y enfermeras visitadoras. Estas acciones aliviaran los problemas de salubridad en la ciudad de Medellín, respecto a la tuberculosis (140). Sin embargo, este reclamo persistía todavía entrado el año 1935, pues para este año aún no se habían creado los dispensarios para atender a los enfermos de tuberculosis. Según el secretario de la época difícilmente podría llamarse una verdadera campaña antituberculosa sin los dispensarios dotados de laboratorios para exámenes bacteriológicos y de rayos X, aparatos para neumotórax y el personal calificado (86).

Además de la crítica de los secretarios de gobierno a la campaña antituberculosa, hubo tensiones con la población respecto a la ubicación del dispensario antituberculoso. Un sector de la ciudadanía manifestó su incomodidad por situarlo en el centro de la ciudad, dado que eso era erigir un foco de contagio para los habitantes. El secretario de higiene hizo un llamado a los médicos para contrarrestar esta percepción ya que “la creación de dispensarios en el centro de las ciudades en vez de constituir un peligro para la comunidad es un poderoso elemento de salvaguardia”:

En mi escritorio reposa un Memorial firmado por esclarecidas damas y distinguidos caballeros, en que piden en nombre de la higiene que por todos los medios posibles ataje el paso al dispensario que en el centro de la ciudad se está fundando. En semejante labor obstruccionista, no han faltado médicos que, si he de hablar con franqueza, carecen de datos modernos para abocar la cuestión (142).

A pesar de la resistencia de algunos ciudadanos, el primer dispensario en la ciudad de Medellín empezó a funcionar en agosto de 1936 y fue fundado por Elkin Rodríguez (143). El dispensario recibía fondos de la nación y del departamento y significó un avance en la lucha antituberculosa, pues si bien los dispensarios no hacían por sí solos la campaña, sí determinaban el punto de inicio para llevarlas a cabo de manera exitosa. Además, no sólo se trataba de la instalación sino del sostenimiento y crecimiento en el tiempo.

Este sostenimiento y funcionamiento se garantizaría con una serie de puntos relacionados directamente con la campaña antituberculosa en el país, de estos puntos tomaremos dos que se relacionan directamente con los dispensarios. Primero, la conexión que debería establecerse entre el hospital La María y el dispensario antituberculoso central de Medellín, ya que este último estaba encargado de diagnosticar al enfermo y direccionarlo al hospital. La intención era que el dispensario estuviera coordinado con el funcionamiento del hospital para una mejor organización de la campaña departamental. Segundo, debía existir una armónica comunicación entre los médicos, tanto del hospital como del dispensario, para tomar decisiones respecto a las disposiciones venideras (144). Sin embargo, ni la conexión entre el sanatorio y el dispensario, ni el diálogo entre los médicos se desarrolló plenamente. Esto debido a los problemas económicos que tenían ambas instituciones. Al no haber lugar para más enfermos en el sanatorio, el dispensario asumía como mejor podía el manejo de dichos pacientes, sin existir ningún tipo de articulación entre el sanatorio y el dispensario central. Es importante señalar que tanto el sanatorio como el dispensario recibían personas de todo el departamento, lo que rebosaba la capacidad de atención de estos dos centros y dificultaba aún más la atención oportuna de los enfermos de tuberculosis.

Adicional al dispensario central de Medellín, el departamento de Antioquia tenía proyectado la creación de cuatro o cinco dispensarios antituberculosos. La campaña departamental debía indicar los lugares que tenían necesidades urgentes y proceder a instalarlos allí (145). Según los informes oficiales nacionales, se acordaron de manera “estratégica” las poblaciones de Támesis, Puerto Berrio, Cañas Gordas y Segovia para fundar dichos centros (146). Ahora, si bien las fuentes de archivo no profundizan en la razón concreta para haber elegido estas cuatro poblaciones, probablemente la decisión de establecer los centros dispensariales en estos lugares haya obedecido a cuestiones logísticas estratégicas. Basta ver el mapa administrativo de Antioquia para comprender cómo se buscó que estos cuatro dispensarios municipales se articularan, desde la periferia geográfica, “al central de Medellín y al hospital-sanitario “La María”, en un intento por afianzar la red de atención a enfermos tuberculosos. Estos dispensarios serían sostenidos en cooperación entre la Nación y el Departamento y estarían dotados con equipos de rayos X, elementos de trabajo aportados desde el tesoro nacional. Aunque se esperaba que entraran en funcionamiento en 1939, se retrasaron hasta 1941 y, para 1947 sólo seguían funcionando el de Támesis y el de Puerto Berrio, pues el de Cañas Gordas y Segovia habían suprimido sus operaciones (135).

En 1938 se entendía por dispensario un dispositivo fundamental de las campañas antituberculosas, una institución médico – social dotada del instrumental médico y quirúrgico, dirigida por médicos especializados en el diagnóstico, apoyados en enfermeras visitadoras, que organizan la labor profiláctica y educativa del enfermo y del público general, que ayudan a clasificar los casos según su complejidad. Además, todo dispensario debía destinar una oficina para las estadísticas y datos epidemiológicos que formaban la base de orientación de las campañas y sus resultados (147). El dispensario debía rendir informes periódicos de sus actividades (diagnósticos, remisiones, visitas, resultados), de forma cualitativa y cuantitativa. Sin embargo, en 1938 aun no estaba formalizada la oficina de estadísticas, del dispensario de Medellín, sin embargo, se llevaban registros generales de las atenciones y procedimientos efectuados, así como la clasificación de los enfermos por edades, estado civil, salario, sexo y procedencia.

Figura 9. "Trabajos efectuados de agosto de 1936 a diciembre de 1940"

Campaña Antituberculosa.		Joaquín Aristizábal				
de verlo—culpa es de factores ajenos a su concepción y que pronto, así lo espero, han de ser remediados.						
DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MEDELLIN						
Trabajos efectuados de agosto de 1936 a diciembre de 1940						
TRABAJOS EFECTUADOS	1936*	1937	1938	1939	1940	
RADIOSCOPIAS:						
En casos nuevos	1.540	5.337	10.225	11.908	17.579	
En casos repetidos	—	767	2.017	5.261	7.513	
Total	1.540	6.014	12.242	17.169	25.092	
Radiografías	—	232	740	446	70	
RESULTADO DEL EXAMEN RADIOLOGICO**						
Exámenes negativos	1.225	5.413	8.309	15.837	21.664	
Exámenes sospechosos	143	264	1.415	878	912	
Exámenes positivos***	172	427	501	454	2.516	
Total	1.540	6.014	10.225	17.169	25.092	
CLASIFIC. DE LOS POSITIVOS:						
Edades:						
De 0 a 15 años	9	—	71	70	99	
De 16 a 30 años	95	—	211	172	260	
De 31 a 45 años	45	—	164	167	189	
De 46 a 60 años	17	—	38	33	53	
De 61 años en adelante	6	—	17	12	14	
Total	172	—	501	454	565	
Estado civil:						
Solteros	95	—	325	270	371	
Casados	61	—	144	162	178	
Viudos	16	—	32	22	16	
Total	172	—	501	454	565	
Salario:						
Con salario	59	—	226	240	211	
Sin salario	113	—	275	214	354	
Total	172	—	501	454	565	
Sexo:						
Masculino	96	—	269	278	325	
Femenino	76	—	232	176	240	
Total	172	—	501	454	565	

Campaña Antituberculosa.		Joaquín Aristizábal				
TRABAJOS EFECTUADOS	1936*	1937	1938	1939	1940	
Procedencia:						
De Medellín	74	216	297	180	157	
De otros Mpios. del Depto.	88	190	204	274	375	
De otros departamentos	10	21	—	—	33	
Total	172	427	501	454	565	
Entidad que los envió:						
Médicos particulares	62	—	155	204	193	
Entidades oficiales	58	—	99	90	103	
Médicos oficiales	19	—	91	39	62	
Empresas particulares	—	—	—	—	6	
Enfermeras visitadoras	—	—	—	—	9	
Venidos por su cuenta	33	—	158	121	192	
Total	172	—	501	454	565	
Profesiones:						
Sin profesión	11	—	103	64	90	
Oficios domésticos	34	—	120	117	143	
Obreros	14	—	31	51	104	
Agricultores	17	—	44	47	61	
Albañiles	12	—	28	29	20	
Estudiantes	—	—	43	19	49	
Sirvientas	—	—	18	19	—	
Negociantes	12	—	13	18	28	
Mineros	5	—	13	12	16	
Empleados	9	—	13	12	13	
Mecánicos	4	—	4	9	12	
Varios	54	—	71	55	29	
Total	172	—	501	454	565	
TRATAMIENTOS:						
Inyecciones de calcio	923	5.834	10.646	6.261	11.587	
Inyecciones de oro	132	1.224	1.303	626	510	
Inyecciones varias	—	594	809	748	2.234	
Neumotórax (reinsuflaciones)	176	316	523	1.435	1.798	
Frenicotomías	—	10	7	5	2	
Sección de bridas (Jacobaeus)	—	—	—	5	2	
Toracoplastias	—	2	1	2	2	
Punciones pleurales	—	—	—	4	—	
Pleurotomías	—	—	—	2	—	
Baciloscopias	—	—	656	467	579	
Visitas domiciliarias	—	—	883	1.069	1.057	
Conferencias dictadas	—	—	—	—	4	

* Agosto a diciembre.
 ** El resultado del Examen Radiológico se refiere en todos los años al total de Radioscopias (nuevos y repetidos) y en 1938 sólo se refiere a los casos nuevos.
 *** En el año de 1940, de los 2.516 casos positivos, 1.951 son revisados y 565 nuevos.

Fuente: Aristizábal Joaquín. Campaña antituberculosa. Ponencia en la Academia de Medicina de Medellín. Boletín Clínico. 1942; 8 (85): 124-139

Un actor indispensable de la campaña antituberculosa, pero sobre todo del funcionamiento de los dispensarios era la enfermera visitadora. Debido a que al médico le era imposible dejar el dispensario, las enfermeras visitadoras, además de llevar el registro del dispensario, visitaban los hogares de los tuberculosos para verificar las condiciones de vida de los enfermos. Impartían educación sanitaria al enfermo y su

entorno sobre la manera de prevenir y sobrellevar la enfermedad. Se encargaban de direccionar la higienización y desinfección de la casa, controlar el aislamiento y, a veces, ayudaban a buscar trabajo al tuberculoso que superaba la enfermedad. Según las fuentes, además, de su conocimiento técnico, estas mujeres debían tener cualidades caritativas y solidarias que elevaran su misión social (147). En 1938, el dispensario central contaba con una enfermera visitadora jefe y 3 enfermeras visitadoras auxiliares.

En 1941, el dispensario central de Medellín y los periféricos enfrentaban fuertes dificultades financieras, porque la Nación no cubrió el total de los auxilios necesarios para su funcionamiento. Los dispensarios no podían funcionar a marcha completa, viéndose de nuevo interrumpidas las intenciones y progresos de la campaña antituberculosa. Además de la falta de recursos, cada dispensario tenía sus propias problemáticas, por ejemplo, el dispensario de Támesis debía atender a los habitantes de once municipios, pero no recibía el número de personas para el que había sido concebido. Esto se debía, entre otros aspectos, a que la población desconocía la existencia de la institución y sus fines, no comprendían los aportes del dispensario en cuestiones de salud; pero también influía la precariedad económica de los habitantes, que les impedía el traslado al dispensario (148). En los dispensarios de Cañas Gordas y Puerto Berrío la asistencia médica era irregular, debido a la falta de personal calificado. De allí el reclamo para que en el dispensario central se prepararan especialistas (96).

Otra dificultad que entorpecía el correcto funcionamiento del dispensario de Medellín era que los recursos destinados para pabellones anexos a los hospitales se direccionaban para salas generales, lo que suponía un gasto incontrolado del presupuesto para la creación de dichos pabellones. Los hospitales municipales debían manejar los casos más críticos de la enfermedad, pero por falta de camas en dichas instituciones, estos casos quedaban obligatoriamente en manos del dispensario central, el cual atendía a los pacientes de acuerdo con sus posibilidades que ya eran bastante limitadas.

La atención que se daba desde el dispensario de Medellín giraba alrededor de tres aspectos fundamentales descritos desde las fuentes así:

1. El aspecto social, dando al enfermo las instrucciones necesarias para disminuir su peligrosidad en el medio en que vive y actúa, defendiendo hasta donde sea posible sus familias y allegados de un contacto fatalmente nocivo si dichas medidas no se utilizan.
2. El aspecto individual el de cada enfermo dándole los medios que los lleven a encontrar su curación, si esta es posible.
3. El aspecto moral y que es al mismo tiempo el general de la lucha, no dejando al enfermo que se considera incurable abandonado a su propia suerte, relajando su moral, de por sí ya minada por la misma enfermedad, y entregándolo en forma definitiva al convencimiento de que el Estado lo abandona, como elemento inútil y peligroso (149).

Para que el dispensario funcionara más óptimamente, Marco A. Robledo insistía en el año 1942 en la necesidad de instalar una sección epidemiológica, anexa al dispensario central de Medellín, que debía tener bajo su control lo relacionado con la investigación del índice de la tuberculización y con la parte profiláctica y social de la campaña. La persona que fuera designada para para la dirección de esta sección debía organizar la aplicación general de la tuberculino – reacción en el departamento con el control radiológico; el servicio de las enfermeras visitadoras y la propaganda de la campaña (96). Esta sección logró su establecimiento en el año 1943 bajo la dirección del doctor Edmundo Medina M. y se sostenía en forma cooperativa entre la nación y el departamento, en esta sección y de acuerdo con el informe del secretario de higiene y asistencia social del departamento el señor Marco Robledo, además del servicio de tuberculino – reacciones se inició la vacunación antituberculosa por el B.C.G. Al no ser posible conseguir la preparación de esta vacuna con la nación, fue necesario acudir a la jefatura de la campaña en Venezuela a cargo del profesor José Ignacio Baldó, la que de acuerdo con el Ministerio de Salud de este país había realizado el envío de 125 dosis semanales por vía aérea. Además la sección epidemiológica tenía a su cargo el examen de colectividades, el servicios de enfermeras visitadoras y la propaganda (73). Desde el año 1942 se designó la sección epidemiológica en los informes de higiene anuales, en esta disposición se adjuntaban las cifras correspondientes a cada actividad y un resumen de las labores desarrolladas por esta sección. Además, desarrollaba una labor de

propaganda, profilaxis y vacunación (150). Como lo mencionamos en capítulos anteriores, secciones como esta, no representaron cambios significativos en la lucha antituberculosa, ya que tenían sobre todo un papel de carácter organizativo y burocrático y menos una acción directa que trajera resultados precisos para contrarrestar la enfermedad.

Para 1943, el dispensario central seguía recibiendo a la mayoría de tuberculosos de la ciudad y del departamento, suma que iba en aumento debido al incremento de obreros a causa de la industrialización y al crecimiento de las empresas en la ciudad, el hacinamiento de los obreros en las industrias propiciaba la propagación de la enfermedad. Ante esto, el médico jefe del dispensario central proponía que las grandes empresas contaran con su propio equipo y personal médico con el que pudieran atender a sus empleados. El examen de diagnóstico exigido por ley para iniciar labores lo hacía el dispensario, sin embargo, según el médico jefe este examen debería hacerlo la empresa y aumentar su regularidad a un año (151). Según la Ley 15 de 1925 sobre higiene social y asistencia pública, las empresas debían diligenciar, cada dos meses ante las autoridades sanitarias, un certificado de sanidad donde costara que la salud de los obreros no se perjudicaría con los sistemas de explotación usados en la minería (31).

En este mismo año, el secretario de higiene reportó las necesidades urgentes que, a sus siete años de construcción y funcionamiento, tenía el dispensario central en Medellín. Según sus palabras, el dispensario presentaba problemas de infraestructura, ya que estaba ubicado en un lugar inadecuado en cuestión de higiene. Era incómodo y mal distribuido, así que tanto los enfermos como los médicos y enfermeros se veían con poco espacio más expuestos a un contagio. Además, tampoco contaba con instrumentos rutinarios que aportaran en el diagnóstico, como por ejemplo un equipo de rayos X. En cuanto al personal, no había en todos los casos médicos y enfermeras capacitados en su totalidad para tratar a las personas que tenían tuberculosis. El secretario señalaba que en muchos casos los médicos debían asumir actividades que no les correspondían pues las enfermeras visitadoras no estaban completamente capacitadas y su desempeño era improvisado. Asimismo, había quejas sobre la centralización de las actividades en el Laboratorio departamental, el dispensario tuvo que prescindir de un pequeño laboratorio que tenía y aunque el laboratorio departamental prestaba al dispensario los mismos

servicios que el anterior, al no estar unido al dispensario faltaba agilidad en el resultado de pruebas y por ende en el diagnóstico. El jefe del dispensario antituberculoso de Medellín, para el año de 1943 Eduardo Abad Mesa, también estipulaba la necesidad de una biblioteca para dotarla de libros de consulta y beneficiar el personal científico que allí trabaja. Por último, se reclamaba una sala de reposo para que los pacientes sometidos a tratamientos pudieran recuperarse, más aún para aquellos que residían lejos de la ciudad. Según Abad, con una mejora en los aspectos antes mencionados el dispensario cumpliría a cabalidad con su función. Pese a la insistencia en la solicitud de recursos para realizar cambios en el dispensario central, el centro seguía funcionando con múltiples carencias y sin dar abasto para los enfermos de tuberculosis.

En los años venideros hasta 1946, que es el periodo estudiado en este proyecto, podemos decir no hubo cambios sustanciales en el dispensario central de Medellín. Los jefes de la campaña seguían sugiriendo mejoras en los aspectos de dotación para este y los dispensarios periféricos. Proponían incluso suprimir algún dispensario periférico con la intención de que sus insumos fueran aportados al central, alegando que estos serían mejor aprovechados pues “con excepción tal vez del de Puerto Berrio, no han dado sus pruebas de ninguna forma; el público no acude a ellos en el número y en calidad de consultantes que deben esperarse después de muchos años de ensayos, y antes bien, como ha ocurrido ya más de una vez, el ambiente es hostil a la vigilancia de ellos, en gracia de la incomprensión de nuestro medio, y de que aún no estamos educados lo suficiente para campañas higiénicas de envergadura, y en donde no hemos adquirido aún la elemental cultura de pensar que es mejor el tuberculoso conocido, controlado y aislado, que el que no reúne estas condiciones” (152). Para 1945, y debido al alto flujo de personas que asistían al dispensario central solicitando exámenes y atención, la Secretaria de higiene decidió separar la sección epidemiológica del dispensario.

Para el año 1946 en el dispensario central de Medellín, se habían examinado alrededor de 250.000 personas y acudían a él 150 al día. Estas personas provenían de diferentes lugares del departamento y se dedicaban a diversas profesiones, así que acudían al dispensario para solicitar su certificado de salud para poder trabajar, pues sin este certificado los trabajadores no podían emplearse en empresas ni oficiales ni particulares. Según Ernesto Uribe Cadavid esto se debía a las numerosas prestaciones

sociales, que obligaban a los patronos a realizar el chequeo pulmonar por medio de una legislación social (153).

Para 1947, el dispensario central de Medellín ya contaba con el funcionamiento de un equipo “Abreu”, utilizado para fluoro-fotografías ^{xiv}, lo que aumentó la eficiencia del servicio y ayudó al cuidado de personal médico, ya que los cubría de las irradiaciones. Si bien, desde años anteriores se sugería con insistencia la instalación de nuevos dispensarios, el médico jefe de la campaña en el departamento de Antioquia Rafael J. Mejía C. planteó conseguir unidades móviles o volantes, para asegurar el acceso a las personas que no pudieran desplazarse al dispensario. Mejía argumentó para este momento que esta unidad era el instrumento de lucha antituberculosa más importante después de la hospitalización ya que tenía la ventaja de prestar servicios directamente en los municipios (135).

5.3.4 Dispensario en Bogotá

En 1915, el médico colombiano Enrique Isaza señalaba que un dispensario debía contar con una sala de espera, una oficina de registros para consignar los datos de vivienda del paciente, contar con una sala de consultas con elementos clínicos indispensables para el examen de los enfermos, ropería y farmacia. También, debía tener una oficina de cuentas, salas de baños y vestíbulos, aparatos para la desinfección de ropas y un laboratorio con elementos indispensables para examen de esputos. En cuanto el mobiliario, se requería el mismo de los hospitales, con pisos y paredes lavables. Respecto al personal, debía contar: un médico jefe encargado de los exámenes, dos ayudantes del médico y empleados necesarios para los oficios del dispensario. El enfermo consultaba, y de acuerdo con el diagnóstico el dispensario debía hacerse cargo de su asistencia. Si el enfermo se encontraba en una fase curable desde el dispensario se debía hacer lo posible para ingresarlo al sanatorio, pues allí residía la importancia del diagnóstico precoz ya que era lo que garantizaba mayor oportunidad al enfermo de

^{xiv} Técnica de fotorradioscopia pulmonar en la que se realizaban pequeñas radiografías de tórax en una película fotográfica de forma masiva, para el cribado a grandes grupos de poblaciones, principalmente en el estudio de la tuberculosis (154).

curarse. Según el modelo propuesto por Isaza, en el dispensario el enfermo recibiría la información relacionada con las medidas a seguir para evitar contagiar a su familia y a las personas a su alrededor. Este debía seguir las reglas prescritas por el médico del dispensario, así como comprometerse a volver periódicamente para continuar con su control. En caso de que el enfermo no se pudiera trasladar al dispensario, sería labor del médico visitarlo en su casa (155).

Es importante en este punto establecer la diferencia que existía entre sanatorio y dispensario. El dispensario debía funcionar como una atención ambulatoria. En él se realizaba el diagnóstico, seguimiento y control, y se buscaba identificar a los pacientes cuya tuberculosis estuviera en las primeras fases de evolución. Por el contrario, el sanatorio tenía como función principal internar al enfermo. Según el estado de cada paciente se le debía dar reposo, alimentación estricta y asistencia por médicos especialistas. El fin principal del sanatorio era la curación o la mejoría de los tuberculosos, además, se esperaba que allí sólo ingresaran los enfermos que tenían alguna posibilidad de sanarse, el médico era quien tenía la responsabilidad de llegar a este diagnóstico (155). Esto suponía que, para emprender una lucha contra la tuberculosis, la administración municipal debía disponer recursos para ambos establecimientos. Sin embargo, estos dos centros entrarían en funcionamiento tardíamente, en el año 1932 el dispensario y en el año 1942 el sanatorio, lo cual supone que la campaña en la ciudad de Bogotá no contaba con infraestructura ni siquiera pasados los diez años de su establecimiento.

El ideal del dispensario y su funcionamiento se fue construyendo lentamente. El médico Javier Arango, estimaba en 1922, que para la ciudad de Bogotá se podía establecer un dispensario con bajo presupuesto y que en cambio se aseguraría la buena marcha del lugar, el dinero iría casi en su totalidad a solventar los honorarios del personal docente y algunos medicamentos (156). Asimismo, se pensaba que a los dispensarios debían acudir solamente las personas que no podían hacerse cargo de los costos de una consulta médica, ya que al no poder tratar de ninguna manera la enfermedad estos individuos constituirán un mayor peligro para la sociedad. Mucho se escribía sobre el dispensario, cómo debía ser y cómo debía estar constituido, pero en toda la década de 1920 no se logró establecer esta institución.

Si bien, desde la década de 1910 los médicos reclamaban la construcción de un dispensario tuberculoso para la capital del país, en el año 1931 aún no era una realidad. Esto, pese a que desde la campaña nacional estaba muy claro que debían crearse instituciones que iniciasen la lucha contra la enfermedad y que al rededor del dispensario debían agruparse el hospital sanatorio, el sanatorio, el preventorio y los asilos campestres para aislar a los hijos de los tuberculosos.

El informe del Departamento Nacional de Higiene de 1932 definía los dispensarios de la siguiente manera:

Esta es la institución eje principal en la lucha antituberculosa. está destinado al reclutamiento de los enfermos y al estudio y clasificación de su estado. de acuerdo con éste, será el encargado de orientar a los enfermos hacia los servicios de las otras instituciones. en los enfermos en quienes sea posible practicar el neumotórax ambulatorio llevará a cabo este tratamiento. Además, como centro donde los enfermos deberán ser estudiados minuciosamente, tanto desde el punto de vista patológico como desde el punto de vista social, puede adaptarse con una escuela de especialización para formar el personal competente quien sigue que exige la realización de la campaña (157).

Desde los informes se establecía el personal a cargo del dispensario que debía constar de un médico para atender a la población, enfermeras visitadoras y un secretario para el registro. En cuanto a equipo, debía estar dotado de un servicio radiológico para exámenes de diagnóstico, un laboratorio para análisis de los esputos, un salón de espera, salón de examen clínico, sala de neumotórax y sala de rayos X. Además, debía contar con una oficina para archivo y estadística.

Fue hasta marzo de 1932 que el dispensario antituberculoso empezó a funcionar en la ciudad de Bogotá, sus servicios se prestaban gratuitamente a las personas y buscaba abarcar todas las poblaciones unidas a la capital por ferrocarril o carreteras. Además del dispensario, en 1932 funcionaba en Bogotá el servicio de enfermeras visitadoras y se inauguró una ambulancia-automóvil con un equipo moderno y completo para atender a tuberculosos que no pudieran desplazarse (52). Este dispensario de la Cruz Roja “Fernando Troconis” se estableció en un edificio construido en terrenos de la

Serpentina y el gobierno nacional junto al municipio de Bogotá cooperaron para su funcionamiento. Este centro contribuyó a la lucha antituberculosa en la capital solucionando la problemática de los presos enfermos, ya que les asignó un pabellón, equipado con servicios de cocina y lavandería. El contrato para la alimentación y el tratamiento de los presos se hizo con el Ministerio de Gobierno (107).

En 1934, el dispensario de la ciudad de Bogotá estaba a cargo de un médico director, que a su vez era el jefe de campaña en Colombia, dentro de su personal estaban médicos, ayudantes, un cuerpo de enfermeras visitadoras y una enfermera jefe del dispensario. A este centro acudían los enfermos o sospechosos de serlo. A estas personas se les practicaban exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio, se llevaba una historia clínica de los pacientes investigando su medio familiar y clasificándolos en tres categorías; sanos, a los cuales se les daban normas de higiene. Casos dudosos a los cuales se les realizaban nuevos exámenes y enfermos a los que se les daba tratamiento ambulatorio o la orden para hospitalización en el sanatorio San Juan de los Barrios. Las enfermeras que realizaban las visitas mantenían en observación al enfermo y a los casos dudosos, informando al médico sobre su estado. En el dispensario se realizaban tratamientos ambulatorios y colapsoterápicos, pero no se realizaban tratamientos quirúrgicos. El papel preventivo y de propaganda del dispensario era básico, y se limitaba a las visitas domiciliarias de las enfermeras, dar a conocer las reglas de higiene que se daban al enfermo y a las cartillas profilácticas que repartía el dispensario. Entre las actividades realizadas por el dispensario antituberculoso central también estaban los exámenes de esputos y radiográficos y algunos tratamientos como el neumotórax e inyecciones de medicamentos (158).

Los tipos de diagnóstico que sugiere la información anterior son tres, los positivos y negativos para la enfermedad y en observación, este último se daba cuando no había una total certeza de que el paciente tuviera o no la enfermedad, por lo que debía volver al dispensario en un lapso de dos meses para el seguimiento de los síntomas. Se consideraba imprescindible que al lado del dispensario existieran hospitales, sanatorios o pabellones para tuberculosos, establecimientos que debían ser anexos o dependientes del dispensario. Si bien autores como Isaza, en 1915, planteaban que los sanatorios albergaban solo a pacientes que podían curarse, para la década de 1930, el médico

Ramón Hernández Rengifo señalaba que en estos establecimientos se debían aislar enfermos muy avanzados o con muy pocas esperanzas de superar la enfermedad, además de pacientes que necesitaban tratamiento quirúrgico (158). No obstante, el sanatorio Santa Clara de Bogotá sólo empezaría su funcionamiento en 1942, lo que sugiere que el dispensario de la capital soportó la atención de enfermos de tuberculosis durante 10 años, sin contar con el apoyo de un centro especializado a donde remitir pacientes graves para su debido tratamiento y hospitalización, lo que sería un obstáculo para el desarrollo de la campaña antituberculosa en Bogotá.

Para 1936, las actividades del dispensario antituberculoso de la ciudad de Bogotá contaban con la participación de la Cruz Roja Colombiana. Este servicio estaba dirigido por los doctores Ricardo Vargas Iriarte y Víctor M Rubio acompañados de enfermeras bajo su dirección. Entre los años 1936 y 1937, se ofrecieron servicios de exámenes clínicos, radioscopias, inyecciones, exámenes de esputos y visitas domiciliarias (118).

Si bien, tanto en los informes oficiales como en algunos artículos de prensa se insistía en las “amplias” labores realizadas por el dispensario de la ciudad de Bogotá, también es cierto que este centro estaba lejos de trabajar en óptimas condiciones y de atender a la mayoría de tuberculosos de la ciudad. En la década de 1940, el dispensario debió rechazar personas que acudían a él, ya fuera por sospecha de la enfermedad o para adquirir un certificado de salud para presentar en las fábricas y escuelas a las que aspiraban. Para el año 1947, el dispensario en Bogotá seguía teniendo problemas para cumplir su labor y el diagnóstico, la asistencia a los enfermos, la enseñanza de la higiene y la dirección efectiva de enfermos a centros como hospitales y hospitales sanatorios no se lograban llevar a cabo en una totalidad. Según el médico Carlos Herrera esto se debía principalmente a la escasez de presupuesto, que impediría en ese momento y en los años venideros la verdadera instauración de una campaña antituberculosa (159).

El dispensario en Bogotá hacía las veces de centro de diagnóstico y de pedagogía. Las actividades que se realizaban en los dispensarios antituberculosos tenían como intención formar a las personas del común para entender el problema de la tuberculosis, así como la manera en que podían combatirla, lo cual representaba un desarrollo para la lucha antituberculosa. Sin embargo, un solo dispensario era

insuficiente para atender a la población bogotana que para el año 1946 ya alcanzaba los 500.000 habitantes.

De modo general podemos decir que, en Colombia, desde la creación de los dispensarios hasta 1946 se evidenció que estos soportaron el peso de la atención de los enfermos de tuberculosis en ciudades como Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla. Ello puede ser corroborado al analizar las labores de la campaña, las cuales se resumen en los informes de higiene que incluían: exámenes clínicos y de esputos, radioscopias, radiografías, inyecciones, neumotórax, visitas y diagnósticos. Actividades se practicaban casi en su totalidad en los dispensarios.

En cuestión de proyectos la creación y dotación de nuevos dispensarios sería la constante de los informes nacionales, lo que indica que la campaña antituberculosa no marchaba como lo estipulaban las leyes, ni como lo sugerían los trabajos académicos y proponían las autoridades de higiene. Por múltiples razones, siendo la más preponderante la falta de presupuesto, el modelo que tenían estas campañas se diluyó y no logró materializarse por completo.

5.4 Capítulo IV. Significación de la tuberculosis en términos sociales y culturales

“Aunque la mitificación de la enfermedad siempre tiene lugar en un marco de esperanzas renovadas, la enfermedad en sí infunde un terror totalmente pasado de moda. Basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerle intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa”

Susan Sontag - 2003

Recordemos que para el historiador Diego Armus existen tres grandes líneas de investigación relacionadas con la salud y la enfermedad: la nueva historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia socio cultural de la enfermedad. En los capítulos precedentes, nos enfocamos principalmente en las dos primeras, sobre todo haciendo énfasis en los discursos médicos y en las instituciones al frente de las campañas antituberculosas desarrolladas en Colombia. No obstante, es preciso también acercarse a una historia social y cultural de la tuberculosis en el país, 1916 y 1946. Por ello, este

apartado tiene como propósito entender los significados de la tuberculosis en el contexto social de Colombia en la primera mitad del siglo XX.

Este capítulo busca alejarse de una historia tradicional de la medicina, que según Armus, se basó principalmente en el tratamiento de enfermos, biografías de médicos famosos y la idea plasmar los avances agigantados de la medicina definidos con la ética y filosofía moral que caracterizó la práctica médica a través de los años, y que además no dialoga de ninguna manera con la historia social y cultural (160). Bastante se habló ya de leyes, hospitales, sanatorios, dispensarios y la “peligrosidad” alrededor de la tuberculosis, de la visión médica y política respecto a la enfermedad, sin embargo, poco hemos mencionado al enfermo de tuberculosis como individuo, como parte de una sociedad en un contexto determinado. Como lo expresan Márquez y Gallo los historiadores nos enfrentamos a “una fuerte representación médico – social que pudo haber tenido usos y abusos políticos todavía por explorar” y es ahí donde debemos iniciar la búsqueda, si se quiere ampliar la historia de la tuberculosis en Colombia. Estos autores también plantean la necesidad de hacer la reconstrucción de esta historia desde el punto de vista de las vidas de los enfermos, alejándose de documentos oficiales y acudiendo a fuentes como fondos de hospitales y de solicitudes y quejas (12). Como no fue posible acceder a este tipo de documentación se recurrió a la prensa de la época (El Colombiano) para buscar noticias relacionadas con la tuberculosis, su tratamiento, las campañas, entre otros, para identificar las estrategias de divulgación, la recepción y/o participación de la ciudadanía en ellas.

Es necesario anotar que no es fácil girar la mirada a eso “otro” de lo médico, ya que lo que mayormente deja huella y se conserva en los archivos colombianos de la primera mitad del siglo XX es precisamente la visión médica de la enfermedad. En la documentación relativa a la tuberculosis se la aborda como un problema de salud pública, colectivo, entonces son pocas las trazas sobre la experiencia singular de la enfermedad, la manera de afrontarla, o las connotaciones sociales de ser tuberculoso. Para el caso argentino, Diego Armus, Adrián Carbonetti y Silvia Saítta han explorado la significación de la tuberculosis en la sociedad a través de la literatura.

En Colombia, la tuberculosis fue representada en varias obras literarias, entre ellas están “De Sobremesa” del poeta José Asunción Silva, “Teresa la Limeña” de la

escritora Soledad Acosta Samper y “Flor de Fango” del también escritor José María Vargas Vila. En “Teresa la Limeña” se observa con claridad la idea romántica de la tuberculosis como “enfermedad del alma” (161). En el siglo XIX, en Europa la tuberculosis fue asociada principalmente con la creatividad, la sensibilidad y hasta la belleza en la literatura, la poesía y el arte. Esta concepción llegó incluso a moralizar y embellecer la muerte como lo sugiere Susan Sontag en su libro *La enfermedad y sus metáforas*: “la tuberculosis disolvía el cuerpo grosero, volvía etérea la personalidad, ensanchaba la conciencia. Fantaseando acerca de la tuberculosis también era posible estetizar la muerte”(4). Si bien, esta percepción se afianzó en el romanticismo, Sontag establece que la tuberculosis catalogada como enfermedad de la “pasión” fue anterior al movimiento romántico, en donde, se describía el amor por medio de metáforas relacionadas con la tuberculosis “la imagen de un amor “enfermizo”, de una pasión que “consume” ., Lo que hicieron los románticos fue cambiar esta representación y trasladarla para que la tuberculosis se viera como un síntoma de enfermedad del amor (4). Para el siglo XX, la enfermedad todavía estaba mitificada y su muerte considerada “misteriosa” y “edificante” especialmente en Europa Occidental y Norteamérica, lo que se extendió hasta la mitad del siglo cuando empezó a implementarse un tratamiento adecuado para tratar la enfermedad (4). Armus sintetiza el trabajo de Susan Sontag de la siguiente manera:

Sontag exploró las variadas representaciones culturales de la tuberculosis en la literatura europea, en particular cuando se la pensaba como una enfermedad romántica, sufrida por almas que se querían refinadas y sofisticadas y que encontraban en la tisis y la tuberculosis una suerte de promoción espiritual (8).

En Colombia, la tuberculosis también fue relacionada con las emociones y sentimientos de las personas, se tenía la concepción de que en la mente y como resultado de las ideas allí proyectadas, podían desarrollarse enfermedades como la tisis. Por ello se recomendaba liberar pensamientos, pensar en cosas distintas a la enfermedad y no interiorizar sus dolencias, de esta manera se evitaba dar cabida en el corazón o en la mente a la peste blanca. Así lo expresaba un artículo de prensa local en 1916:

... debemos tener mucho cuidado con nuestros pensamientos y nuestra imaginación para evitarnos enfermedades, porque las ideas tristes y la melancolía conducen a la enfermedad. Algunas personas son víctimas de la muerte por pensar demasiado en los síntomas de alguna dolencia horrible y por representarse en la imaginación sus síntomas, en vez de guardarse contra el padecimiento cambiando de ideas y dirigiendo los pensamientos a otros asuntos. Hoy no pocas personas han contraído la tuberculosis y han muerto de ella, solo por haber vivido siempre en la convicción de que aquel sería su fin por haberlo sido también de otros parientes suyos (162).

Al finalizar el siglo XIX, el médico Antioqueño Jesús María Duque, seguidor de los trabajos de Koch y Pasteur, basó su tesis sobre la profilaxis de la tuberculosis en tres ideas fundamentales: la tuberculosis era una enfermedad infecciosa que se contagiaba a través de las vías respiratorias, estaba ligada a la pobreza y era muy tan frecuente en ciudades como Medellín, tanto, que se aventuró a afirmar que podía considerarse una epidemia (29). Si bien, no es finalidad de este apartado centrarse en el “progreso médico y sus avances” es necesario mencionar que estas ideas se gestaron en el campo médico y se fueron trasladando a la percepción de la sociedad frente a la tuberculosis, y parte de esa difusión de información se dio por medio de la prensa, lo que permitió que el conocimiento científico se direccionara a sectores más populares. No obstante, estas informaciones, en muchos casos, también causaron consternación, ya que como lo vimos en capítulos anteriores muchas personas rechazaron la idea de la construcción de un hospital para enfermos de tuberculosis en de la ciudad, y pedían que se construyera en las afueras, lo que pone en evidencia las intenciones de una parte de la población de sacar y apartar la enfermedad y los enfermos de la zona urbana.

Sin lugar a duda, la necesidad que existía en Colombia en la primera mitad del siglo XX de difundir información a la sociedad sobre la profilaxis de la tuberculosis hace parte de un “dispositivo higiénico” que se estaba introduciendo en la vida cotidiana de las personas. Las campañas antituberculosas de las que hablamos en capítulos anteriores correspondieron precisamente a ese afán de entender la higiene como política y, por

ende, como mecanismo de control y gestión social (163). Asimismo, la extensión del discurso de la higiene lo muestra como fenómeno cultural y no solamente oficial.

Al principio del siglo XX, la tuberculosis en el país se relacionaba más con pobreza y miseria que con belleza y creatividad. La sociedad entendía que el hacinamiento, la suciedad y la precariedad elevaba las posibilidades de contagio de enfermedades como la tuberculosis y que esta tenía que ver más con carencias que con una sensibilidad profunda. Las deficiencias alimentarias y las precarias condiciones de vida fueron resignificando la enfermedad y también a los enfermos, quienes pasaron de ser personas incomprendidas e “interesantes” a ser individuos contagiosos que debían reclutarse, recogerse y tratarse aisladamente. Sin embargo, no todos los tuberculosos podían simplemente suspender sus vidas e iniciar un tratamiento de meses o años, y no fueron pocos quienes tuvieron que, sortear las consecuencias sociales de la enfermedad, sus síntomas y su estigma.

En muchos casos los enfermos, al no poder obtener tratamiento en los hospitales o dispensarios, acudían a “remedios” diversos que ofrecían curar la enfermedad. Si en la actualidad sabemos que estas medidas eran infructuosas, en los inicios del siglo XX en la era preantibiótica y ante la inexistencia de un tratamiento único y amplio para curar la enfermedad, las notas y la publicidad de curas alternativas eran recurrentes. A través de la prensa se ofrecían diferentes opciones que prometían sanar la tuberculosis. En ocasiones, se trataba de remedios que no se habían probado en Colombia, y las notas que los destacaban eran extraídas de la prensa extranjera. Es el caso de un artículo publicado en 1916, tomado de la prensa de Puerto Rico, que aseguraba un alto porcentaje en la cura de la enfermedad utilizando una bebida a base de tallo de plátano:

El 70% de curaciones radicales en tuberculosis de segundo grado es el promedio obtenido por el doctor Montero Silva, del Brasil, por medio de una aplicación de una tintura preparada con el jugo de tronco del plátano, también ha dado excelentes resultados el simple jugo de tallo del plátano tomado de tres a cinco veces al día en copitas licoreras (164).

Estas publicaciones con remedios alternativos aparecían en apartados especiales de los periódicos, por ejemplo, en la sección de “Nuevos Inventos” se anunciaban

diferentes noticias sobre los nuevos tratamientos de la tuberculosis. Otra nota de prensa extranjera, de 1917, aseguraba el descubrimiento de un suero que curaba la enfermedad:

En el “Imparcial” de Managua, se da cuenta del siguiente descubrimiento: está causando sensación la cura de un caso de tuberculosis efectuado mediante un suero descubierto por el doctor Pedro Torres Ruiz, incansable en el estudio y perseguidor del triunfo. El joven curado se llama Raúl Castillo hijo del notario D.J.J. Castillo. Torres Ruiz, hoy le inyectó una serie cómo de sesenta inyecciones de su líquido aún sin nombre y conocido solo por él, resultado que el paciente, a pesar de estar ya en periodo de la diarrea, volvió al vigor, aumentando de peso y desapareciendo la tos de la enfermedad. Un esputo examinado bajo un microscopio de uncinarias no mostró ningún bacilo; y en el mismo lente se habían descubierto los microbios antes del tratamiento. La noticia fue para cundir y admirar; y ojalá esta se evidencie para gloria de su dueño y de Nicaragua (165).

Así mismo se publicó una noticia sobre la curación de un tuberculoso en Paysandú, Uruguay, que explicaba como un enfermo desahuciado por la enfermedad logró reponerse con la “Creolina”. Esta sustancia, se le suministró al paciente en gotas diluidas en una copa de leche, y se le fue aumentando la dosis poco a poco. Después de veinte días, el enfermo mejoró y recobró las energías que la tuberculosis le había quitado (166). Este tipo de notas, traídas de otros países, suponían una lejana esperanza para los enfermos, el anhelo de que alguna cura de la que se hablaba llegara a Colombia, alentaba a tuberculosos y sus familias en la búsqueda de una sanación completa.

De igual manera, en el periodo de estudio de este trabajo, fueron comunes en el mercado diferentes productos para tratar y curar la tuberculosis. En el periódico El Colombiano, por ejemplo, se anunciaban varios remedios: la preparación de “Wampole”, que era una solución de extracto de bacalao combinada con un jarabe de hipofosfitos con extracto de cerezo silvestre; el “Hierro Nuxado”, un tónico reconstituyente para sanar la tuberculosis y otras enfermedades: el “Teotisil” un producto que aseguraba haber sido probado eficazmente en el tratamiento de la tuberculosis. Incluso, productos que aún existen en la actualidad como la “Emulsión de Scott”, una preparación de hígado de bacalao cuya publicidad afirmaba “suaviza los bronquios y los pulmones y aumenta

poderosamente la nutrición que se requiere para combatir la tuberculosis”(167). Al no existir una cura para la tuberculosis, las personas adquirirían estos productos con la esperanza de encontrar alguno que fuera eficaz para ellos o sus familias.

Los mensajes que acompañaban los productos ofrecidos para curar o tratar la tuberculosis, no se limitaban a la mera propaganda. Algunas publicaciones responsabilizaban a las personas que padecían la enfermedad, por no cuidar su higiene o no prestar atención a las enfermedades asociadas a los pulmones. Este es el caso de la especialidad farmacéutica “Solución Pautambergue”, solución creosotada que se comercializaba para afecciones broncopulmonares:

Cualquier enfermedad puede convertirse en crónica y aún en incurable y complicarse con otras, si el enfermo da lugar a ellos con su negligencia o abandono de la higiene y ese peligro es mucho más grave cuando se trata de enfermedades del pulmón o de los bronquios, por cuanto la afección leve en sus comienzos degenera fácilmente en tuberculosis, por el contrario si se acude a tiempo empleando el remedio científico conveniente, que en el caso de que se trata es la Solución Pautambergue conocida de los médicos como el medicamento soberano de las afecciones broncopulmonares, no solamente se podrá evitar la terrible enfermedad, sino también, superarla o atajarla, cuando menos su desarrollo porque, contra la opinión de muchos gentes que, erróneamente consideran la tuberculosis cómo el tipo de las afecciones incurables con lo cual engendran la desesperanza del enfermo induciéndolo a desdeñar los medios curativos, es precisamente la tuberculosis pulmonar la más curable de las enfermedades crónicas como, con su gran autoridad profesional, lo ha proclamado el profesor Grancher y la mejor prueba la hallamos en las estadísticas de las defunciones por tuberculosis, al mostrarnos cómo la mayoría de las defunciones fueron debidas al descuido de un catarro persistente, de una gripa insidiosa o de simples bronquitis repetidas (168).

Es probable que el recurso de responsabilizar a los enfermos en las publicidades buscara, por medio de la culpa, generar un mayor consumo de estos productos en la sociedad:

Si cuando la enfermedad se implantó en el pulmón se hubiese acudido desde luego a la Solución Pautambergue, medicamento racional y científico^{xv} contra toda clase de afecciones del pulmón o de los bronquios, muchas familias no habrían tenido que lamentar el funesto es el enlace que hoy las aflige, y que en infinidad de cosas hubiesen podido remediar la Solución Pautambergue (168).

Para el tratamiento y cura de la tuberculosis las personas recurrían a tónicos, bebidas, soluciones y sueros, pero también, seguían algunas creencias difundidas por la prensa y que muy probablemente se popularizaron. Una de estas ideas era que caminar de puntas de los pies, además de mejorar el funcionamiento del organismo evitaba que la tuberculosis entrara al cuerpo. El artículo publicado no da más detalles sobre la comunicación que el Doctor Gartier envió a la Academia de Ciencias en Paris, ni de alguna respuesta de esta última:

El Dr. Gartier ha dirigido a la Academia de Ciencias en Paris una comunicación, en la que les da la noticia de que como resultado de sus estudios puede afirmar que el caminar de puntas de los pies, cierra la puerta a la tuberculosis y mejora el funcionamiento de todo el organismo (169).

En la primera mitad del siglo XX, desde el campo médico, se buscó persistentemente la cura para la tuberculosis, se ensayaron numerosos medicamentos y tratamientos. En una nota de 1921, se describe el caso de Mr. H.J. Maya quien experimentó con la aplicación de inyecciones de nitrato de plata en el cuello de los pacientes. Según este médico estas inyecciones fueron probadas en 35 casos y con algunos resultados: disminución de la tos, descenso de los vómitos, mejora y disminución paulatina de los sudores nocturnos, aumento de peso. Maya sugería a otros médicos “experimentar” este método:

Bajo la piel situada entre el ángulo de la mandíbula y la clavícula, sobre o atrás de la carótida, inyéctese cinco gotas de una solución de cocaína al dos y medio por

^{xv} Hay un argumento basado en la ciencia muy retórico, sin mucho fundamento, se utiliza en adjetivo “científico” para dar un ropaje de verdad y cientificidad.

ciento; retírese la jeringuilla dejando la aguja y después de lavar aquella, inyecte varias gotas de una solución de nitrato al dos y medio por cien. Si puede conseguirse nitrato de cocaína, es mejor mezclar las dos soluciones e inyectar diez gotas de una vez prefiriendo siempre el lado afectado (170).

Puesto que para la época la práctica médica era principalmente a través de servicios particulares, era recurrente, durante todo el periodo estudiado, encontrar anuncios en la prensa de médicos que promocionaban sus consultorios o sus consultas domiciliarias para curar o tratar diversas dolencias, entre ellas las “enfermedades sociales” como la tuberculosis.

Para finales del siglo XIX y comienzos del XX en Colombia, ya era común hablar de estas “enfermedades sociales” categoría en la que se incluían enfermedades como la sífilis, la lepra, la tuberculosis, la prostitución, el chichismo, la criminalidad, la mendicidad, la epilepsia y la locura. (171). El historiador Carlos Ernesto Noguera cataloga estas enfermedades como “un conjunto amplio y no bien delimitado de síntomas y signos que afectaban el “cuerpo social” y cuyas consecuencias más evidentes eran la degeneración fisiológica y moral” (65). Según Noguera, estas enfermedades eran diversas e imprecisas y tenían una característica importante, se ubicaron entre los límites de la ciencia y la moral, era los médicos tenían dificultades para establecer los límites exactos entre saberes científicos y prejuicios morales de cada época (163).

Los padecimientos de estas “enfermedades sociales” estaban relacionados con las condiciones de vida de las personas y el medio en que vivían, en donde, con frecuencia, persistían la pobreza y la insalubridad. Aunados también a algunas costumbres que incrementaban las posibilidades de adquirirlas o agravarlas. Un ejemplo de ello es el vínculo que se estableció entre la tuberculosis y un hábito como el alcohol. El alcoholismo, junto con la sífilis y la tuberculosis constituyeron la triada de enfermedades que se consideraban como las que más “degeneraban” la sociedad de la época. Respecto al consumo de alcohol y la tuberculosis comúnmente se pensaba que el primero traía como consecuencia la segunda:

Pero la enfermedad que más se ceba en los sujetos alcoholizados es la tuberculosis; puede decirse que ambas enfermedades son hermanas por la

frecuencia con que van juntas. Dice el doctor Landouzy: el alcohol prepara el lecho para la tuberculosis (172).

Desde el lenguaje mismo que utilizó el Estado para hacerle frente a estas enfermedades, se concebía la idea de que todas las labores por mitigar la tuberculosis se resumían a una lucha que debía emprenderse y a una batalla que debía ganarse: “de ahí que las acciones contra las venéreas y el alcohol se hayan convertido en verdaderas “luchas”, en campañas “militares” contra los enemigos del progreso y las civilizaciones” (163). Para esta época, estas batallas se expresaban en campañas que tenían como objetivo sensibilizar a la población sobre la enfermedad por medio de volantes y propaganda.

Si bien, no es seguro afirmar que este tipo de material hallado en las fuentes de prensa hacía parte de propaganda directa de la campaña antituberculosa sí es evidente que los medios de comunicación realizaban un trabajo educativo con algunos de sus artículos. Muestra de ello, son los artículos que tenían que ver con la educación y concientización de algunos hábitos para evitar enfermedades contagiosas como la tuberculosis. Un artículo publicado el día 19 de septiembre de 1923 titulado “Suprimid el beso”, explicaba la importancia de evitar los besos en los saludos y aproximaciones sociales, ya que, por medio de este y los rastros de saliva que se esparcían, se trasmitían enfermedades como tuberculosis, sífilis y catarros (173). Otras publicaciones tenían un carácter más lúdico y por la forma en que estaban escritos es claro que iban dirigidos a un público más joven, contenían información alrededor de buenos hábitos alimenticios, buenas costumbres, recomendaciones para cuidar la salud e incluso consejos para mantener un buen ánimo. El “Alfabeto para los niños que no quieren morir de tuberculosis” fue publicado en la sección “De todo un poco y algo más” el día 13 de noviembre de 1923. La prensa se involucró en fomentar las medidas de prevención:

A: Advierte que la tuberculosis no respeta raza, ni sexo, ni edad, ni clima, ni posición social.

B: Baño con agua y jabón es útil siempre, limpia, fortalece y previene muchas enfermedades.

C: Catarros frecuentes con tos, son dos sospechosos y deben curar

D: Duerme bien, aliméntate bien y respira

- E: Escupir en el suelo es sucio y peligroso
- F: Fiebre con tos, pide asistencia médica
- G: Ganglios que hacen relieve en el cuello mala señal
- H: Huye de aquellos lugares en que se respira una atmosfera pesada
- I: Ideas buenas y pensamientos puros conservan la salud
- J: Juega y respira bien en invierno y en verano
- K: Koch, médico alemán fue el que descubrió el bacilo de la tuberculosis
- L: Leche y huevo son buenos alimentos, si te alimentas bien, no serás tuberculoso
- LL: Llorar deprime, reír y cantar fortifica
- M: Manos limpias, mantel limpio, majares limpios
- N: Nicotina y alcohol son dos venenos civilizadores, pero, son venenos
- O: Oír es aprender, emplea el tiempo de la vida en escuchar
- P: Pecho bien desarrollado respira al aire libre no adquiere tuberculosis
- Q: Quien cuida su cuerpo y cuida su casa la vejez alcanza
- R: Respira bien y busca los árboles que te darán aire sano
- S: Sol, aire y alimentación: Tres tablas de salvación
- T: Tisis y tuberculosis es la misma enfermedad contagiosa
- U: Usar cubierto y servilleta y copa que otro ha usado es peligroso
- V: Vasija en que otro toma no toméis sin limpiarla escrupulosamente
- X: Los rayos X sirven para diagnosticar los tuberculosos, y si esto se hace al principio de la enfermedad es curable
- Y: Yemas, leche, aire y agua para curar el cuerpo, y si está enfermo a veces se cura
- Z: Zeta será si no cuidas tu salud primero y después la de tus compañeros (174).

Además de los artículos preventivos, a comienzos de la década de 1930, también se publicaron avisos de la Cruz Roja que invitaban a las personas a asistir con sus familias a los teatros de la ciudad de Medellín, para ver películas sobre padecimientos como el cáncer, la sífilis y, por supuesto, la tuberculosis. Estas cintas gratuitas tenían un carácter educativo, “las escenas filmadas tienen una adaptación verdaderamente interesante e instructiva. No es posible verlas sin adquirir conocimientos que nos libren de tan graves enfermedades” (175). También se dictaban conferencias cobrando entradas para recaudar fondos, las hacían médicos que sensibilizaban a la población

sobre la enfermedad: “hoy a las seis de la tarde, dictará el doctor Castrillón una interesante conferencia sobre la tuberculosis en el Paraninfo de la Universidad de Antioquia, en beneficio del cuadro de honor de la Sociedad de Mejoras Públicas”(176). Lo anterior refleja el interés de la época en la educación sanitaria, sobre todo para una dolencia que no tenía un tratamiento específico. No podemos saber que tan concurridos eran estos espacios y qué porcentajes de la población accedía a estos eventos.

Como se ha descrito en capítulos anteriores, en 1923 inició labores el hospital de La María en Medellín. Este centro fue un avance en cuanto al tratamiento de los enfermos de tuberculosis, ya que los pacientes alojados allí tenían la posibilidad de ser tratados y aumentar las posibilidades de mejora. Sin embargo, no pasó mucho tiempo para que los inconvenientes alrededor de este hospital se evidenciaran. Uno de los primeros obstáculos fue el pronto desbordamiento de su capacidad. Para el año 1928, esto ya constituía una queja frecuente en los medios de comunicación, lo que también alarmaba a los habitantes de Medellín y acrecentaba el pánico al contagio. El segundo problema evidente en la ciudad eran los tuberculosos procedentes de otros lugares que viajaban desde sus municipios para buscar una entrada al sanatorio y al no ser acogidos ni por La María, ni en casas de beneficencia como lo eran el hospital San Juan de Dios y la Casa de Mendigos, permanecían en la ciudad deambulando en sitios públicos (177).

Esto aumentaba en la sociedad el miedo al contagio, que ya la enfermedad cargaba con una fuerte estigmatización. Los enfermos de tuberculosis eran segregados cada vez más de la vida en sociedad, la educación y el trabajo. Para la época, un diagnóstico de tuberculosis era casi una sentencia de muerte. En los diarios y periódicos se fue incrementando el número de noticias de suicidas que agobiados por la peste blanca decidían terminar con sus vidas. Es el caso de una noticia del 26 de octubre de 1928, que informaba que José Jesús Mesa, proveniente de Santa Rosa y alojado en el hospital La María decidió lanzarse al Río Medellín para terminar con su enfermedad. Estos hechos alimentaban la zozobra y la angustia de los ciudadanos de contraer la tuberculosis.

Cerca de Girardota en las playas del río fue hallado el cadáver de un hombre de 25 a 27 años de edad de color moreno, cabello negro, por lo cual el alcalde

municipal de Girardota solicitó el envío de un detective de esta ciudad para hacer las averiguaciones del caso... José Jesús Mesa natural de Santa Rosa, se alojaba en el hospital de La María y desapareció de allí hace pocos días, sin duda desesperado por hallarse enfermo de tuberculosis se arrojó al río que se hallaba crecido a causa de los frecuentes aguaceros (178).

Este, no sería el único caso que se presentaría en la ciudad ni el país. En el año 1935 se reportó otro caso de suicidio, esta vez en la ciudad de Cúcuta, se trataba de un preso que cumplía una condena por delitos comunes y que agobiado por su enfermedad decidió quitarse la vida:

Comunicaciones llegadas de Cúcuta dicen que el público está hondamente conmovido con motivo de la tragedia registrada hoy en la cárcel de esa ciudad, el preso Pánfilo Rincón, que quien desde hace años purgaba la pena impuesta por delito común se ahorcó con un pequeño alambre, según se afirman las comunicaciones que sobre el particular han llegado, esta fatal determinación la tomó Rincón al encontrarse amenazado por la Tuberculosis (179).

De igual manera, en 1940, la prensa en Medellín reportó que un hombre se había lanzado al Rio Porce en estado de desesperación y desesperanza, después de haber sido diagnosticado con tuberculosis. Se trató de un minero de 32 años, llamado José Gabriel Lopera Acevedo quien asumió el dictamen como una sentencia de muerte (180). Asimismo, en el año

Para el año 1933, el problema de la tuberculosis en la ciudad de Medellín se había extendido a todos los ámbitos, incluso al relacionado con la seguridad. Las notas de prensa señalaban sobre ladrones tuberculosos que delinquían en las calles y que, aunque fueran detenidos, no eran castigados, pues al estar enfermos y no existir un reclusorio para presos tuberculosos, volvían a quedar en libertad:

En la actualidad vagan por las calles varias personas atacadas de la tuberculosis que hacen frecuentes robos en las propiedades, sin que las autoridades a quienes

corresponde conocer en primera instancia de sus fechorías puedan remitirlas a la cárcel, porque son una amenaza para los demás presos (181).

Varios de estos casos se repitieron y fueron replicados en la prensa, por lo que los ciudadanos hacían denuncias para buscar soluciones que permitieran que los enfermos tuvieran reclusorios “especiales” donde fueran detenidos sin hacer daño a la ciudad, pero aislados de presos sanos. En capítulos anteriores, se mencionó que estos enfermos fueron aislados en algunos casos en hospitales, en donde por no tener mayor supervisión se daban a la fuga o eran rechazados por los demás pacientes. Esta situación, llevaba a las autoridades a dejarlos en libertad y, por ende, volvían a las calles a reincidir sin ser sancionados de ninguna forma. Si sobre tuberculosis ya pesaba una gran estigmatización que la relacionaba con pobreza, suciedad y miseria, estos eventos, acentuaban esa mancha sobre los enfermos de tuberculosis. Así, el prejuicio moral fue teniendo cada vez más peso en la significación que tenía la enfermedad dentro de la sociedad.

La tuberculosis se convirtió en noticia relevante en la ciudad y cada “progreso”, “hallazgo” o “primicia” alrededor de ella era de interés público ^{xvi}, incluso tanto se hablaba de esto que debían en ocasiones comunicar aclaraciones debido a la especulación que el tema generaba, sobre todo con los tratamientos que se anunciaban. Tal es el caso del anuncio en la prensa del descubrimiento de un “nuevo suero”, que se sometería a estudio en el congreso antituberculoso, evento que se realizaría en Medellín, en 1938, y que, según la nota este hallazgo había sido comunicado por un importante doctor colombiano. Ante esto el Doctor Carlos Arboleda Díaz, jefe de la sección quinta de la Dirección de Higiene, desmintió dicha noticia. En una entrevista del día 3 de junio de 1938, Arboleda

^{xvi} Integrada la Junta Directiva de la Conferencia Nacional Antituberculosa. *El Colombiano*. 1938 jun 7; 4
Resumen de la conferencia del doctor Jorge Flórez Toro. *El Colombiano*. 1938 jun 7; 4
Pectoral San Blas poderoso desinfectante de las vías respiratorias destierra gripas y catarros. *El Colombiano*. 1938 jul 11; 5
Es la realidad la curación de la tuberculosis en Antioquia. *El Colombiano*. 1939 abr 22; 8
La tuberculosis fortalece el talento de los hombres. *EL Colombiano*. 1940 oct 28; 9
B. Parodi. Médico homeópata tuberculosis en primer periodo con descubrimiento propio. *El Colombiano*. 1943 abr 4; 12
Casos de tuberculosis se han presentado entre los aislados del manicomio departamental. *El Colombiano*. 1944 dic 16; 14

explicó a periodistas de “El Colombiano” que nunca declaró que se había encontrado en el país un suero como el anunciado para la tuberculosis y que todo lo dicho alrededor de esta información no tenía sustento:

Me extraña verdaderamente que la prensa haya dado cuenta de que he declarado que un científico colombiano descubrió un suero especial que será sometido a prueba durante el congreso antituberculosos que se llevará a cabo en esta ciudad, pues dicha noticia carece de fundamento (182).

Lo que se concluyó de la entrevista fue que, al parecer, se había confundido el suero y se haya relacionado con la vacuna B.C.G., la cual y según las palabras de Arboleda, cuyo uso se estaba discutiendo y el Departamento Nacional de Higiene estaba gestionando su preparación. Esta vacuna era conocida en el campo de la ciencia en todo el mundo, y según este médico Colombia estaba atrasada en su aplicación en comparación con otros países.

Entre las especulaciones, los médicos con tratamientos “infalibles” para la tuberculosis y una pequeña esperanza de una vacuna probada científicamente, la sociedad inició la década de 1940. Si bien, se leían artículos de otros países en donde se informaba bajas en la tasa de mortalidad de tuberculosis, debido al mejoramiento de la higiene y las condiciones de vida (183), en Colombia, las cifras de enfermos de tuberculosis eran desconocidas y los pacientes padecían el rechazo de la población y cargaban con un profundo estigma social y moral. Los enfermos de otros municipios que llegaban a la ciudad de Medellín en busca de atención médica continuaban siendo un problema para las autoridades, que sólo podían llamar a La María en donde se encontraban con respuestas negativas debido a la sobreocupación que padecía el hospital. Además, para ingresar a esa institución, el paciente debía presentar un examen del dispensario y uno de la policlínica municipal que demostraran un diagnóstico positivo para la enfermedad. Estos requisitos se establecieron porque en ocasiones se llevaban a La María pacientes mal diagnosticados. Sin cupo y sin los requisitos del hospital, estos enfermos quedaban en las calles, a la vista de todos y en condiciones lamentables:

En los alrededores de la estación Villa se encontraba un hombre en muy mal estado, tirado sobre el pavimento y arrojando fuertes chorros de sangre, lo que hizo temer que estuviera tuberculoso rematado, dicho sujeto parece que vino de Puerto Berrio y hasta la media noche todavía permanecía en el mismo lugar (184).

Los casos de pacientes abandonados a su suerte en las calles de la ciudad se volvieron frecuentes. La recurrencia de titulares como el siguiente “Un tuberculoso murió en plena calle, sin que fuera asistido” del 10 de febrero de 1946, fueron la constante en las publicaciones de periódicos y diarios. Los vecinos que transitaban por ciertos sectores de la ciudad eran espectadores de tan penosas situaciones y estas imágenes ratificaba en la población la idea de la tuberculosis como enfermedad de la pobreza, la mala higiene y la desgracia. Los tuberculosos, eran a la luz de la sociedad una amenaza y cuando no eran una amenaza a la salubridad pública, lo eran para la seguridad (en el caso de los ladrones tuberculosos), lo eran también, para los sectores obreros y para el avance de la sociedad, pues se consideraban como un tropiezo para el progreso del país.

Así pues, el estigma social y el moral no fueron las únicas marcas que se acentuaron en las personas que padecían tuberculosis. La tuberculosis se convirtió en un impedimento para trabajar, ya que incapacitaba a las personas tuberculosas y derivaba en un traslado a otro sector en dónde no representaran un riesgo para los demás. Como lo explicaron Gallo y Márquez, esto elevó el aislamiento de los enfermos y limitó sus posibilidades de rehabilitación laboral (31). El estigma laboral de la tuberculosis correspondió en una problemática más amplia, debido a que muchos pacientes optaron por ocultar su enfermedad para poder continuar en su trabajo, incluso, presentando certificados de salud falsos como una situación desesperada para la subsistencia propia y de su familia. Negarse a la posibilidad del sustento por medio del trabajo era imposible para muchos de ellos.

En 1940, y por iniciativa del médico Pedro Rojas, se propuso un proyecto de ley que buscaba establecer un seguro obligatorio para la tuberculosis, que estaría soportado en los aportes mensuales de los trabajadores, los empleadores y el Estado. Sin embargo, este proyecto no fue aprobado en el país y fue solo hasta 1946 que la tuberculosis

empezó a reconocerse como “enfermedad profesional” (31). El trabajador tuberculoso no tenía ninguna garantía por parte del Estado o de las fábricas y empresas que lo contrataban, la inestabilidad que esto generaba en el campo laboral acrecentaba la vulnerabilidad de los hombres que padecían la enfermedad y reducían sus oportunidades de mejorar sus condiciones de vida.

En 1946, la prensa también registraba las críticas alrededor de la problemática de la tuberculosis en el contexto laboral. Una de ellas tenía que ver con la responsabilización de la industria en la enfermedad de sus trabajadores, sobre todo con aquellos que, en muchas ocasiones, dedicaban su vida y salud a las empresas para luego quedar abandonados a la merced de la caridad:

No es justo que nuestras grandes empresas que se han enriquecido con el trabajo del asalariado abandonen sus trabajadores cuando ya están enfermos y eso lo vemos a diario: al enfermo tuberculoso que ha dado su rendimiento y ha disminuido sus capacidades de lucha al servicio de una riquísima industria se le liquida un irrisorio auxilio y se le abandona para que el Estado cargue con él (185).

Para comienzos de ese año, las leyes aun no eran claras en lo concerniente a la obligación que tenían las empresas con los enfermos tuberculosos. No obstante, sí existía en la sociedad una evidente consciencia sobre el deber ser de la industria con los trabajadores tuberculosos y la necesidad de que el sector privado invirtiera recursos para la creación de un hospital para tísicos. Se consideraba que con el pasar de los tiempos, este proyecto se constituiría en un beneficio para todo el sector productivo:

Desgraciadamente como nuestra legislación obrera es muy insuficiente y algo ilógica, la obligación de las empresas no está claramente estipulada, y el proletariado tiene que someterse a la buena o mala voluntad de los patronos. El aporte para un hospital para tuberculosis es una obligación moral de las industrias. Con ello harían no solo una buena obra social sino una inversión que al fin y al cabo redundaría en los beneficios de los propios industriales (185).

Según la prensa, la ciudad de Medellín estaba en retroceso en comparación a otras capitales, en donde el apoyo de los privados a las obras antituberculosas eran una constante y significaban un aporte fundamental al Estado, y que se complementaba con una legislación definida para exigir con determinación una contribución necesaria para contrarrestar los efectos devastadores de la tuberculosis en la sociedad y sobre todo en el individuo trabajador.

Medellín no puede seguir siendo la excepción en toda América en cuyas ciudades el apoyo particular para las obras antituberculosas constituyen una ayuda importante para el Estado. En último caso que los parlamentos legislen en una norma enérgica para lograr lo que no pudo obtenerse de la buena voluntad (185).

La estreptomycinina fue descubierta por el estadounidense Selman Waksman en 1943, este descubrimiento fue fundamental para la lucha antituberculosa. Tres años más tarde se realizaron ensayos clínicos para probar este medicamento para la tuberculosis pulmonar ya que de 32 casos tratados, 27 obtuvieron mejoría (186). En 1946, año en que se cierra el periodo de estudio de esta investigación, una nueva esperanza de la cura de la tuberculosis se abría paso en los principales diarios del país. Si bien, la vacuna B.C.G. ya se aplicaba en los dispensarios antituberculosos del país, fue el descubrimiento de los antibióticos, más específicamente, la estreptomycinina, la promesa de una cura eficaz y total a la enfermedad que aquejó a la población durante décadas. Los médicos no confirmaban totalmente la efectividad de este medicamento, de hecho, eran claros en que faltaban años de estudio para ratificarlos, no obstante, el hecho que se descubriera que esta droga “reprimía” el bacilo tuberculoso, representaba el optimismo alrededor de una cura. Así se anunció en la prensa el 26 de octubre de 1946:

Un catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington opina que la nueva droga “estreptomycinina” construye una gran incógnita y una gran esperanza de la ciencia de la medicina para el tratamiento de la tuberculosis, el Doctor Romanski explicó que los experimentos en que se ha usado esta droga para las curas en el caso de la tuberculosis han hecho surgir las esperanzas de que las curas satisfactorias de esta enfermedad se haya en vía de ser cubierta

pero que las pruebas tenidas hasta ahora no son suficientemente definitivas para los hombres de ciencia que puedan aun llegar a esa conclusión. Romanski leyó su informe en la cátedra de tuberculosis en la Universidad que se ha reunido en esta ciudad y dijo que nadie puede asegurar hoy día que la estreptomina elimina la infección, pero, añadió que la acción represiva que esa droga ejerce sobre el bacilo de la tuberculosis se ha comprobado de un modo definitivo, la estreptomina, tal como la penicilina se derivan del moho y se descubrió tan solo hace dos años. Romansky manifestó que había de aquí a tres o cuatro años no sabrá con seguridad si la droga curará la tuberculosis (187).

Durante la primera mitad del siglo XX, Colombia intentó afrontar como mejor pudo diferentes enfermedades como la sífilis, la lepra, el alcoholismo y la tuberculosis, esta última, desestabilizó diferentes sectores sociales. Las autoridades dejaron en evidencia las limitaciones que existían en el país para mitigar los efectos de la enfermedad y para desarrollar obras de asistencia social. Las familias que convivían con la tuberculosis veían cómo se les restaban las oportunidad de trabajo y las posibilidades de avanzar. Y, sobre todo, afectó al individuo tuberculoso, que padeció la enfermedad en un momento de la historia en donde no existían alternativas de curación o tratamiento y, en dónde en la mayoría de los casos lo único que se podía esperar era la muerte.

6. Discusión

Según los historiadores Jorge Márquez Valderrama y Oscar Gallo Vélez, existen varios motivos por los cuales los investigadores no han orientado sus trabajos al estudio de la tuberculosis. Estos motivos tienen que ver con la minimización de la tuberculosis como problema histórico, la dispersión de la información alrededor de ella, las dificultades para medir la prevalencia de la enfermedad en el país, el poco conocimiento alrededor de la historia de las enfermedades o la idea de que la historia de las enfermedades sólo puede ser estudiada por médicos (12). Las razones explicadas por estos autores se pudieron evidenciar claramente al momento de realizar esta investigación y reafirman los retos que tienen los historiadores en este campo. Más que dificultades es necesario entender estos aspectos como puntos de partida para alimentar y fortalecer la historiografía colombiana alrededor de la historia de la tuberculosis y las enfermedades, tomando las bases que diversos autores han consolidados en estos temas.

Pese a los desafíos que trae consigo hacer historia de las enfermedades en Colombia, muchos autores siguen apostándole a llenar los vacíos historiográficos que existen en este ámbito. Prueba de ello, son los investigadores que, como Victoria Estrada Orrego, Jorge Márquez Valderrama y Oscar Gallo Vélez han aportado con sus diferentes trabajos a la construcción del discurso histórico de la tuberculosis en Colombia desde diferentes perspectivas biomédicas, sociales, culturales y laborales. De este modo y como lo explica Claudia Agostoni en su trabajo sobre la campaña antituberculosa en México, el atractivo del estudio de la historia de la tuberculosis radica en la posibilidad que brinda de analizarse desde espacios diversos (25). Este trabajo de tesis sobre las campañas antituberculosas en el país intenta seguir abriendo el camino a nuevas investigaciones sobre la historia de la tisis desde la óptica de la historia. En este caso, se partió particularmente de cuatro interrogantes fundamentales: ¿Cómo se desarrollaron las campañas antituberculosas en Colombia entre 1916 y 1946? ¿Cómo le hizo frente a la enfermedad el Estado colombiano? y ¿Qué diferencias y semejanzas se encuentran entre Medellín y Bogotá en cuanto al desarrollo de las campañas antituberculosas en el país? ¿Qué significaciones sociales y culturales tuvo la enfermedad en el periodo estudiado? No obstante, sabemos que existen cuantiosos

interrogantes que seguirán aportando al desarrollo de la historiografía en Colombia alrededor de la historia de las enfermedades.

Si bien, autores como Susana Belmartino afirman que la proliferación de muchas temáticas sobre el estudio de la salud y las enfermedades pueden interferir en la generación de debate debido a la existencia de variadas metodologías y de diversos estilos narrativos (15), nuestra posición va más encausada al planteamiento de Diego Armus, quien sostiene que es precisamente esa diversidad que permite reflexiones mucho más amplias y la explicación de procesos complejos (15). Es así como nuestro estudio sobre la tuberculosis en Colombia busca aproximarse a los tres lineamientos de investigación planteados por Armus; la nueva historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia socio cultural, sin dejar atrás temáticas que emergieron en el proceso de desarrollo del estudio como lo fueron las políticas y las instituciones alrededor de la tuberculosis y cómo éstas influyeron en el desarrollo de la historia de la enfermedad en Colombia.

La historia de la tuberculosis en Colombia no se puede pensar si se deja de lado el estudio de las campañas que iniciaron en 1916 en el país, en un periodo donde no se utilizaban aun los antibióticos, pero no solo desde el enfoque de los avances y logros médicos, sino también desde las diferentes perspectivas sociales alrededor de la enfermedad. En países como México y según Agostoni, la historiografía que ha estudiado la lucha antituberculosa ha destacado grandes hitos de la ciencia médica, pero, no ha profundizado en los diferentes análisis de un sinfín de aspectos más allá del campo médico como lo son los razonamientos, los argumentos y las tensiones que precisamente desencadenó la lucha antituberculosa. Estas precisiones académicas a las que llegaron otros países marcan algunas pautas necesarias para reflexionar sobre la historia de la tuberculosis y de las enfermedades en general.

Variados son los autores que señalan que las campañas antituberculosas en Colombia no tuvieron un mayor impacto debido a un problema presupuestal. Aunque esto es cierto, también lo es que esta afirmación puede resultar reduccionista para estudiar el problema de la tuberculosis en la historia. Ya que otras cuestiones también interfirieron en la respuesta del Estado para contener la enfermedad. La gripe de 1918 en Bogotá y la existencia de otras enfermedades que necesitaban atención, la escasa

comunicación entre los gobiernos nacionales y locales y la carencia de personal de salud capacitado son algunos de los aspectos que deben tenerse en cuenta si se quiere analizar la tuberculosis.

Las campañas desarrolladas entre 1916 y 1946 tuvieron un despliegue de propaganda que supuso la distribución de volantes y revistas sobre higiene y sobre profilaxis de la enfermedad de la tuberculosis en diferentes lugares de las ciudades y que buscaban que las personas tuvieran conductas mínimas de prevención y cuidado. Con ello se hacía participe a los ciudadanos de la responsabilidad dentro de la lucha en contra de la enfermedad. Desde la prensa también hubo un fortaleciendo de la divulgación de esta información, ya que varios artículos propendieron la profilaxis en la población y a sugerir normas de comportamiento que higienizaran a las personas. A diferencia de Colombia, en países como Argentina, la lucha antituberculosa tuvo un robusto despliegue de propaganda. Según Armus, esta publicidad sobre las conductas higiénicas fue tan generalizada que podía encontrarse en artículos comunes como “cajitas de fósforos” hasta consolidarse en los años 20 con una firmeza tal que esa difusión de información sobre higiene empezó a tener una connotación de marketing social, como ya lo había empezado a hacer Estados Unidos.

En Argentina, las prescripciones alrededor de la higiene se introdujeron con gran eficacia dentro de la sociedad. Armus describe que dentro de este “código higiénico” se establecieron normas sobre la vida de las personas que se filtraron en las actividades más privadas como el deporte, el uso del tiempo libre, la sexualidad, la crianza de los hijos, la vestimenta, la comida, la vivienda y la vida en sociedad. En Colombia, el historiador Carlos Ernesto Noguera, ha hablado de un “dispositivo higiénico”. Si bien, no es preciso realizar una comparación estricta entre el “código higiénico” de Armus en Argentina y el “dispositivo higiénico” de Noguera en Colombia, sí podemos evidenciar particularidades en cuando a las estrategias que utilizaron los gobiernos para contrarrestar los efectos de la tuberculosis. En primer lugar, existió en estos dos modelos la necesidad de buscar un cambio en la salud de las personas por medio de la educación, una manera de hacer que cada una de sus actividades trajera consigo una mejora, lo que no concernía sólo a lo físico sino también a lo moral, ya que algunos

comportamientos eran considerados como actos que degeneraban al individuo y a la sociedad.

Según Noguera, en Colombia este dispositivo higiénico tuvo tres despliegues fundamentales: urbanizar, escolarizar y civilizar. Se buscaba mejorar el saneamiento de los diferentes espacios de la ciudad, higienizar al individuo desde las escuelas y construir barrios obreros, pues estos darían cabida a hogares sanos e higiénicos, alejados de conductas morales cuestionables y hábitos insalubres. Tanto el “código higiénico” como el “dispositivo higiénico” al que hacen alusión Armus y Noguera, están enmarcados en un discurso eugenista que planteaba la necesidad de “mejorar la raza utilizando recursos y estrategias de nutrimento, de la buena alimentación a la difusión de la cultura higiénica” (188).

La lucha antituberculosa en Latinoamérica siguió un esquema general basado en la creación de sanatorios y dispensarios para diagnosticar y tratar la enfermedad. Sin embargo, en cada país el modelo presentaba singularidades que estuvieron sujetas a las necesidades que se establecieron como prioritarias y que estaban acordes al contexto más próximo. Por ejemplo, Argentina hizo de la propaganda el sello de la lucha antituberculosa y reconoció la campaña en contra de la enfermedad como el triunfo de la cultura de la higiene (188). Chile, se enfocó en las políticas de Estado con el funcionamiento de “La Caja de Seguro Obligatorio” para atender la tuberculosis en el país. Según Marcelo López Campillay, esta institución puede analizarse desde tres perspectivas precisas; el respaldo del Estado a la ciencia, traducido en confianza y recursos destinados a la campaña, la organización de la sección médica, con la introducción de la “nueva medicina” que propendía la prevención antes que la curación y por último, la realidad vivía dentro de los sanatorios del país que por medio de diarios da cuenta del proceso del enfermo tuberculoso (20).

En México, se implementaron medidas orientadas a evitar los contagios antes del inicio de la primera campaña antituberculosa, ya iniciada esta campaña en 1929, se establecieron dispensarios antituberculosos dirigidos a las clases trabajadoras de la capital (189). En Cuba, las campañas estuvieron ligadas a la institucionalidad, pero, también atravesaron periodos de abandono estatal debido a las huelgas y a la agitación política en ese país en la primera mitad del siglo pasado. Según Enrique Beldarraín

Chaple, las campañas en ese país se desarrollaron de manera intermitente debido a la falta de recursos, aun así, se construyeron dispensarios en las principales capitales del país (26).

En el trabajo de Claudio Bertolli Filho en Brasil, se evidencia un fuerte enfoque orientado al estudio de los pacientes de tuberculosis que hacían parte de las instituciones como sanatorios y dispensarios, el autor sugiere que entre sus descubrimientos existen elementos que apuntan a una posible “cultura de tuberculosos” en donde lo enfermos se sentían dentro de una comunidad (21). Esta investigación resulta interesante, pues establece un contraste con los resultados del presente trabajo, ya que este no evidencia algún tipo de articulación entre los tuberculosos, al contrario, lo que se refleja en la ciudad de Medellín, basándonos en los artículos de prensa, es que el enfermo se aislaba de todos los ámbitos sociales y no se determinó el establecimiento de grupos entre los tísicos. No obstante, es necesario seguir realizando investigaciones que apunten al enfermo y a la manera en que se relacionaba con las demás personas.

Colombia, buscó a través de la institucionalidad y las leyes optimizar los resultados de la campaña, Sin embargo, en el escenario colombiano, la insistencia desde la normativa por establecer la lucha antituberculosa no logró concretarse debido a la débil estructura del sistema sanitario nacional, que se tradujo en la incapacidad constante de atender y procurarle alivio a los enfermos de tuberculosis.

Las campañas antituberculosas en Colombia se establecieron de manera centralizada en la capital del país, así pues, las regiones debían seguir las direcciones nacionales e implementar la campaña en cada departamento. Sin embargo, esto generó tensiones ya que los departamentos, alegaban incumplimientos en las contribuciones a las que se había comprometido el Estado para poner en funcionamiento la lucha en las diferentes ciudades y municipios. Además, como lo explica María Teresa Gutiérrez, estas tensiones ya habían surgido tiempo atrás cuando en 1914 se estipuló que los departamentos y municipios tenían que encargarse del mantenimiento de los entes locales, pero, siendo dependientes de la Junta Central de Higiene, es decir, los gobiernos locales respondían a las obligaciones con la higiene, pero no tenían un control sobre sus instituciones (190).

Respecto a los aspectos sociales y culturales analizados en el caso colombiano, este trabajo aportó al estudio de historiografía de la tuberculosis una realidad social significativa que se presentó en el país durante las campañas y que no ha sido abordada aun por los historiadores. La manera en que enfermos pusieron fin a la enfermedad refleja una perspectiva no estudiada y que debe ampliarse en las investigaciones sobre tuberculosis. El hallazgo sobre la determinación de los enfermos tuberculosos que, abatidos por la tisis optaron por el suicidio para acabar con los padecimientos causados por la enfermedad, es un punto de apertura a nuevas investigaciones que centren su atención en el individuo tuberculoso como sujeto histórico y posibilite perspectivas más amplias sobre la enfermedad en el campo social y cultural.

7. Conclusiones

La lucha antituberculosa en Colombia fue la respuesta del Estado ante la preocupación por la salud de la población, esto sucedió cuando se infirió que por medio de la beneficencia y de la caridad sería imposible hacerles frente a enfermedades como la sífilis, la lepra o la tuberculosis en el periodo preantibiótico. El Estado asumió con esta campaña la responsabilidad que le correspondía para enfrentar la tuberculosis, prevenir los contagios y evitar su extensión en el territorio nacional. Las leyes fueron un punto de partida, ya que se pensaba que harían más eficaz la lucha, pero como lo vimos en el capítulo I, la sola promulgación de estas no fue suficiente para establecer firmemente la lucha contra esta enfermedad.

Un avance al iniciar la campaña en el país fue la instauración de la Junta Nacional y las Juntas Departamentales y Municipales, con ellas se buscaba que existiera un diálogo entre la administración nacional, departamental y local, además que de forma organizada se estableciera la lucha en cada ciudad y departamento. Si bien, estas juntas lograron establecerse, por múltiples factores no lograron cumplir las funciones para las que se crearon, esto, debido principalmente a la falta de recursos y a las tensiones de orden político que se dieron entre la administración central y regional.

En el desarrollo de la lucha antituberculosa en Colombia, se puede evidenciar la participación de académicos del campo de la medicina que direccionaron su conocimiento y saber científico al apoyo de la lucha, ya que dentro de las fuentes se encontraron trabajos dedicados al funcionamiento y la implementación de las campañas de acuerdo con las necesidades de las poblaciones.

Las instituciones que pertenecieron a la campaña como hospitales sanatorios y dispensarios fueron creadas tardíamente, con un funcionamiento precario e inconstante. Lo cual se debió en gran parte a que soportaron aisladamente la lucha. Es decir, fueron centros que al poco tiempo de empezar su funcionamiento ya se encontraban saturados y congestionados, los acuerdos nacionales a los que se llegó para la disposición de camas en otros hospitales no se cumplieron a cabalidad, lo que complicó la atención.

Además de centros para el diagnóstico y el tratamiento de los tuberculosos, la campaña hizo énfasis en propaganda orientada a la profilaxis de la tuberculosis, la

prevención de la enfermedad y la promoción de la asistencia a los centros como el dispensario. Esta campaña se realizó por medio de panfletos y revistas donde de manera gráfica se “educaba” a las personas del común los saberes básicos sobre la enfermedad.

La campaña perteneció a diferentes organizaciones administrativas entre 1916 y 1946, como lo fue la Dirección Nacional de Higiene en sus inicios, el Ministerio de Agricultura y Comercio en 1920, el Ministerio de Instrucción y Salubridad en el año 1934, el Departamento Nacional de Higiene en 1931 y el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938. Por último, en 1946 que se creó el Ministerio de Higiene. Todas estas organizaciones gubernamentales buscaron poner en primer orden las necesidades de la lucha, sin embargo, los problemas presupuestales y las dificultades internas impidieron el desarrollo óptimo de la campaña antituberculosa en Colombia.

Si bien las campañas nacionales de higiene se direccionaron con leyes que debían cumplirse en todos los departamentos y ciudades del país, cada región tenía dinámicas administrativas propias e intentaba dar solución a sus necesidades. Para este trabajo de investigación tomaron dos ciudades, que tuvieron un crecimiento demográfico importante y se caracterizaron por el desarrollo industrial al iniciar la década de 1920. Medellín y Bogotá asumieron la lucha antituberculosa de acuerdo con sus posibilidades, bajo la misma legislación, pero con algunas diferencias.

Tanto en Bogotá como Medellín las campañas antituberculosas no iniciaron tan pronto como fueron promulgadas las leyes que así lo dictaminaban. El factor más importante que llevó a la inacción de la lucha en sus primeros años fue la falta de presupuesto. Este era insuficiente y aunque se destinaba y aprobaba, no conducía a acciones efectivas. En ambas ciudades, los recursos que lograban girarse se iban, en la mayoría de los casos, en el pago de las nóminas de cargos burocráticos con poca capacidad de acción. Lo que sí se evidencia en la ciudad de Bogotá es el respaldo que la campaña antituberculosa tuvo por parte de organizaciones nacionales, como lo fueron la Cruz Roja y la Liga Antituberculosa sobre todo después de la década de 1930. Estas organizaciones contaron con auxilios del Estado y de empresas privadas sin ánimo de lucro y se caracterizaron por intenciones filantrópicas.

En Medellín, y de acuerdo con las fuentes consultadas, estas organizaciones tuvieron poco impacto, esto pudo deberse a que la ciudad de Bogotá fue en donde se

originaron estas instituciones y si bien desde ahí se buscó llegar al resto de ciudades, los efectos no fueron los mismos. El hecho de que organizaciones como la Liga acompañara la campaña antituberculosa de Bogotá significó un paso adelante respecto a la atención de niños tuberculosos. Esta organización colaboró para la fundación la Escuela Modelo, que atendía integralmente a niños vulnerables y que estaban en riesgo de contraer la enfermedad, actividades de este tipo no se evidenciaron en Medellín en el periodo de estudio de esta investigación.

En cuanto a las instituciones pertenecientes a la lucha, como los sanatorios, sólo existieron dos en todo el país en el periodo estudiado. La ciudad de Medellín logró establecer tempranamente el hospital “La María” en el año 1923, es decir 20 años antes que la construcción del sanatorio de Santa Clara de Bogotá. Podemos decir que esto se debió, entre otros motivos, al médico antioqueño Jesús María Duque, quien, desde inicios del siglo XX señalaba la imperiosa necesidad de contar con un hospital que albergara a los enfermos para garantizarles un tratamiento. Por lo que se empeñó en este propósito y tras lograrse el apoyo de la Junta Antituberculosa Departamental y la aprobación de la compra de terreno por parte del Consejo de Medellín se materializó el establecimiento de “La María” contra todo pronóstico. La gestión del sanatorio Santa Clara en Bogotá en el año 1942, surgió más por una gestión política de la primera dama de ese entonces, Lorencita Villegas de Santos, bque, por una respuesta a las sugerencias de directores y médicos pertenecientes a la lucha, quienes desde el inicio de la campaña llamaban la atención sobre la necesidad de un sanatorio en la capital del país.

Aunque uno de los propósitos fundamentales de ambas campañas era levantar estadísticas firmes y confiables sobre sobre la tuberculosis, considerando el número de personas contagiadas y el número de muertes por la enfermedad, la ausencia de un aparato burocrático-estadístico que estableciera rutinas para llevar estos registros impidió que esta recolección de datos se llevara a cabo. Sin estos estudios era imposible establecer la dimensión de la problemática de la tuberculosis a nivel cuantitativo lo que representaba un atraso respecto a otros países.

En cuanto a los dispensarios antituberculosos, estos, comenzaron a implementarse en el siglo XIX en Europa. Algunos países latinoamericanos fundaron

dispensarios en los primeros 20 años del siglo XX, mientras que Colombia los fundó ya entrada la década de 1930. Los dispensarios no buscaban curar la tuberculosis, pero sí contrarrestar su devastación y ser un instrumento fundamentalmente de profilaxis y de educación. No obstante, como lo vimos a lo largo del capítulo III, estos centros tuvieron que realizar labores que le correspondían al sanatorio lo que dificultó su óptimo funcionamiento.

El dispensario de Bogotá inició labores en el año 1932 y el de Medellín en 1936, con la diferencia que en la capital antioqueña ya existía el sanatorio La María, lo que sugiere que en esta ciudad existió una mejor dinámica respecto a la atención de los tuberculosos. Por el contrario, el dispensario de la ciudad de Bogotá no contaba con un sanatorio para remitir a los enfermos graves, y esto, aunado a una población tan numerosa para atender, supuso grandes dificultades para este centro.

En cuanto al sostenimiento de los dispensarios de Medellín y Bogotá, el estudio mostró que este último fue sostenido y perteneció directamente al Estado, en cambio el dispensario de Medellín funcionó de manera autónoma, pero dando informe a la administración central sobre las actividades allí realizadas. En ambos centros se realizaban sobre todo exámenes para el diagnóstico de la enfermedad como radioscopias, radiografías, exámenes de esputos y tuberculinoreacciones, también tratamientos ambulatorios como aplicación de medicamentos, neumotórax y visitas domiciliarias. Había, además, una sección de propaganda para llevar información a las personas del común sobre la enfermedad y su prevención.

Aunque, la lucha destinó recursos y energía en crear varios dispensarios en todo el territorio nacional al finalizar la década de 1930, estos no fueron suficientes para aliviar los efectos de la devastadora enfermedad. Probablemente, esto se debió a la escasez de camas para tuberculosos y de sanatorios lo que impidió la adecuada atención a los pacientes. Si bien, en estos centros auxiliaban como podían a los enfermos, gran parte de ellos debían ser hospitalizados, al faltar una parte tan importante del tratamiento como era la hospitalización poco o nada servían las acciones del dispensario.

El tratamiento ambulatorio que se ofrecía en el dispensario permitió, en muchos casos, que las personas continuaran con su vida cotidiana, sobre todo en el aspecto

laboral, ya que para muchos de los enfermos no era posible internarse en el sanatorio completamente y dejar sin apoyo económico a su familia.

En cuanto al estudio de la tuberculosis en la sociedad, si bien, la prensa puede aportar a la investigación histórica una perspectiva social y cultural alrededor de un fenómeno, es cierto también, que se hace necesario seguir alimentando este tipo de investigaciones con otro tipo de documentos, como lo son diarios personales o archivos de hospitales que puedan aportar a esta historia una visión más próxima a la experiencia del paciente.

La prensa de la época intentó aportar desde una función educadora, ya que en sus artículos se refleja la intención de hacer llegar a la comunidad información relacionada con la profilaxis, el cuidado y la prevención de la enfermedad. Esto fortaleció la difusión de propaganda que hacía la campaña antituberculosa en el país.

Cómo lo pudimos observar en el capítulo IV, la prensa significó un medio para que las campañas sanitarias en el país se fortalecieran replicando hábitos sanos y bases para promover prácticas más “limpias” en la sociedad y así mitigar las secuelas de enfermedades como la tuberculosis. Aunque estas campañas tuvieron su despliegue más amplio desde el campo de la medicina, otros sectores se vieron involucrados, incluso ciudadanos del común que demandaban y solicitaban la intervención de autoridades municipales y departamentales para solucionar problemáticas alrededor de la tuberculosis como lo eran el asilo de estos y los lugares de detención destinados a tísicos.

El último capítulo de esta investigación pone en evidencia el estigma que existía alrededor de la tuberculosis, en la esfera social, moral y laboral. Por ser un riesgo de contagio, a los enfermos de tuberculosis se les intentaba aislar y restringir su circulación para evitar que propagaran la enfermedad. Además, por ese estigma, era considerado como un individuo que atentaba contra las buenas costumbres, ligado a la pobreza y la insalubridad. A esto se le sumó un sistema sanitario incapaz de atender a la población enferma de tuberculosis. Ante este escenario algunos optaron por ocultar y mentir sobre su enfermedad para poder subsistir, otros por recurrir a prácticas delictivas y, otros tantos, ante el agobio y el desconsuelo decidieron quitarse la vida, esta decisión tomada por algunos enfermos refleja realmente el peso que traía consigo la enfermedad y dirige

la mirada más allá de leyes, instituciones y criterios médicos y pone el foco en el individuo enfermo, que es quien realmente soporta las afectaciones, físicas, morales, sociales y emocionales de la enfermedad. Mas allá de las fuentes oficiales de la campaña, la revisión de la prensa ayudó a exhibir la tragedia misma que era la enfermedad.

Es necesario mencionar que esta investigación es un punto de partida para ampliar aspectos que la historiografía no ha estudiado a profundidad, por ejemplo, la manera en que los tuberculosos se percibían a ellos mismos y lo que significaba ser tuberculoso en el periodo preantibiótico.

8. Recomendaciones

Con este trabajo se busca abrir el camino a futuras reflexiones sobre la historia de la salud y de la enfermedad. El análisis de la información, el análisis crítico de las fuentes y la confrontación entre la historiografía existente sobre la tuberculosis permitieron hacer una reconstrucción del discurso histórico de la enfermedad y plantean algunos interrogantes para investigaciones futuras; ¿Qué cambios se dieron en las campañas antituberculosas del país después de la creación del Ministerio Higiene en 1947? ¿Cuál fue el impacto que tuvo la aparición de los antibióticos en las campañas antituberculosas y en la enfermedad? ¿Qué otras instituciones se crearon en Colombia para diagnosticar y tratar a los tuberculosos después de 1946 y cómo funcionaban respecto a otros países? ¿Cómo sobrellevaron el estigma las personas que padecían la enfermedad y cómo se incluyeron dentro de la sociedad? Asimismo, sería valioso indagar por el desarrollo de las campañas en ciudades como Cartagena, Barranquilla y Santa Marta para abordar análisis comparativos como los sugeridos en este trabajo para Medellín y Bogotá. Por último, es importante promover la realización de nuevas investigaciones de corte histórico que den cuenta del problema de los enfermos de tuberculosis y su exclusión social, familiar y laboral.

Referencias

1. Bloch M. Los reyes Taumaturgos. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
2. Bynum H. Spitting Blood: The history of tuberculosis. OUP Oxford; 2012. 349 p.
3. Farga C V. La conquista de la tuberculosis. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2004 Apr;20(2):101–8.
4. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas. Penguin Random House Grupo Editorial España; 2012. 159 p.
5. Ordóñez Sánchez SA, López Osma FA. Tuberculosis en Colombia, de la historia al entendimiento de la enfermedad [Internet]. [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2084>
6. Bermejo MC, Clavera I, Michel de la Rosa FJ, Marín B. Epidemiología de la tuberculosis. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007;30:07–19.
7. Poncelet S. Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943). [Francia]: Université Paris; 2020.
8. Armus D. La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. 2007;416–416.
9. Marrero Figueroa A. Veinte años después de la declaración de la tuberculosis por la OMS, como una emergencia de salud pública mundial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2014 Apr;52(1):1–3.
10. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>
11. López Pérez MP. Informe de evento tuberculosis, Colombia 2018. Instituto Nacional de Salud. 2018;29.
12. Márquez Valderrama J, Gallo Vélez O. Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/72480ebe884dec3341db376687685373/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1796430>
13. García Medina P. Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y soluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia. 1st ed. Vol. Tomo I. Bogotá: Departamento Nacional de Higiene; 1932. 48 p.

14. Gutiérrez MT. Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *Estudios Socio-Jurídicos*. 2010 Jun;12(1):73–97.
15. Armus D. ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? *Salud Colectiva*. 2010 Apr 2;6(1):5–10.
16. Armus D. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*. 2002;54(2):41–60.
17. Carbonetti A. Historia de la tuberculosis en América Latina. A modo de introducción. *Estudios: Centro d Estudios Avanzados*. 2012;(Extra 1):9–16.
18. Carbonetti A, Rodríguez ML, Aizenberg L. Tuberculosis y tifofofia en Argentina: discursos y conflictos en la construcción del sanatorio de Ascochinga, 1925. *Dynamis*. 2014;34(2):447–64.
19. Rodríguez ML, Aizenberg L, Carbonetti A. Tuberculosis y migración hacia Córdoba a inicios del siglo XX: discursos y concepciones sobre la figura del migrante interno. *Quinto sol*. 2016 May;20(2):1–19.
20. López Campillay M. Ciencia, médicos y enfermos en el siglo XX: La Caja del Seguro Obligatorio y la lucha antituberculosa en Chile. 2012;16.
21. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950 [Internet]. Editora FIOCRUZ; 2001 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://books.scielo.org/id/4>
22. Raimundo do Nascimento D, de Araújo Pôrto Á. Tuberculosis en Rio de Janeiro: Límites de la acción del estado y protagonismo de la liga brasileña contra la tuberculosis. *Estudios: Centro d Estudios Avanzados*. 2012;(Extra 1):69–83.
23. Núñez Espinoza JN. Lima en peligro: De los microbios a los relaves mineros. *Estudios: Centro d Estudios Avanzados*. 2012;(Extra 1):119–32.
24. Carrillo AM. Los modernos minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México. *Estudios: Centro d Estudios Avanzados*. 2012;(Extra 1):85–101.
25. Agostoni C. Del “armamento antituberculoso” al sanatorio para tuberculosos de Huipulco en la Ciudad de México, 1920-1940. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2019 Jun 19;26:519–36.
26. Beldarraín Chaple E. Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*. 1988;24:97–105.
27. Morales Hernández N, Beldarraín Chaple E. El control de la tuberculosis en Cuba desde fines del siglo XIX hasta 1930. *Rev Cubana Med Trop*. 2018;70(1):6–14.

28. Ospina Ospina S. La tuberculosis, una perspectiva histórico-epidemiológica [Internet]. [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://prueba.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/371>
29. Márquez Valderrama J. Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia. *Estudios: Centro de Estudios Avanzados*. 2012;(Extra 1):103–18.
30. Herrera González P, Yáñez Andrade JC. Alcohol y trabajo en América Latina siglos XVII-XX. *Experiencias económicas políticas y socioculturales*. Valparaíso, Chile: América en Movimiento; 2019. 77–111 p.
31. Gallo Vélez O, Márquez Valderrama J. Tuberculosis en el mundo laboral colombiano 1934-1946. *Nuevo Mundos Nuevos* [Internet]. 2016 Dec 16 [cited 2022 May 8]; Available from: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/69862>
32. Estrada Orrego V, Gallo Vélez O, Márquez Valderrama J. Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916-1946. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2016 Jan 26;23:277–99.
33. Idrovo ÁJ. Notas sobre el inicio de la epidemia de la tuberculosis pulmonar en Bogotá 1870 - 1920. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2001;21:216–23.
34. Romero Arnedo ÁA. Aspectos sociales y políticos en la lucha anti-tuberculosa en Cartagena de Indias 1900 – 1970 [Internet] [thesis]. Universidad de Cartagena; 2013 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://hdl.handle.net/11227/8446>
35. Agudelo González ÁL, Chapman Quevedo WA, Morales Rambaut JR. La tuberculosis pulmonar en Barranquilla, 1930-1960. *memor*. 2022 Mar 15;27:276–305.
36. SAS R. www.redjurista.com. [cited 2023 Feb 25]. Resolución 8430 de 1993 - Colombia. Available from: https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx
37. Le Goff J. *Pensar la historia: Modernidad, presente, progreso*. Paidós; 1991. 283 p.
38. El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. Observatori de Bioética i Dret.; 1979. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
39. Canaval Palacios JP. *Manual de propiedad intelectual*. Universidad del Rosario; 2008. 130 p.
40. García Medina P. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y soluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. 1st ed. Vol. Tomo I. Bogotá: Departamento Nacional de Higiene; 1932. 409 p.

41. Ángel C LF. Lucha Antituberculosa. *Repertorio Medicina y Cirugía*. 1916 Nov;2:64–80.
42. Arango Ferrer J. Anotaciones demográficas y profilácticas sobre la Tuberculosis. Bogotá: Editorial Minerva; 1922. 35 p.
43. Barón PJ. Informe de la Junta Nacional organizadora de la Lucha Antituberculosa 1919. Bogotá: Imprenta Nacional; 1919. 291–292 p.
44. Obregón Torres D. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2002. 424 p.
45. Paredes A. Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923. Bogotá: Imprenta Nacional; 1923. 8–9 p.
46. Corpas J. Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1924. Bogotá: Imprenta Nacional; 1924. 71 p.
47. García Medina P. Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y soluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia. 1st ed. Vol. Tomo II. Bogotá: Departamento Nacional de Higiene; 1932. 464 p.
48. Rodríguez-Gómez R. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 2017;49(3):490–7.
49. Castro Carvajal B. Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. *Investigación y educación en enfermería*. 2011;29(2):269–85.
50. Enciso E. Informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene, presentado al señor Ministro de Gobierno por el Director Técnico y el Administrador General. Bogotá: Editorial Minerva; 1931. 6 p.
51. Enciso E. Informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene, presentado al señor Ministro de Gobierno por el Director Técnico y el Administrador General. Bogotá: Editorial Minerva; 1931. 94–100 p.
52. Morales Olaya A. Memoria del Ministro de Gobierno al congreso nacional en sus sesiones ordinarias de 1933. Tomo I. Bogotá: Imprenta Nacional; 1933. 118 p.
53. Fernández De Soto A. Memoria del Ministro de Gobierno al congreso nacional en sus sesiones ordinarias de 1934. Tomo I. Bogotá: Imprenta Nacional; 1934. 23 p.
54. Fernández De Soto A. Memoria del Ministro de Gobierno al congreso nacional en sus sesiones ordinarias de 1934. Tomo III. Bogotá: Imprenta Nacional; 1934. 88 p.
55. Velasco Cabrera B. Informe Departamento Nacional de Higiene de 1936. Bogotá: Imprenta oficial; 1936. 289–299 p.

56. Rosí Acuña I. Dipòsit Digital de Documents de la UAB. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar,; 1941 [cited 2022 Dec 10]. Preservación de la infancia contra la tuberculosis (obra Grancher). Available from: <https://ddd.uab.cat/record/77717>
57. Velasco Cabrera B. Informe Departamento Nacional de Higiene de 1936. Bogotá: Imprenta oficial; 1936. 289 p.
58. Osorio Umaña T. Campaña Antituberculosa. Boletín Clínico Medellín. 1938 Jul;83:475–81.
59. Arboleda Díaz C, Acosta Pinzón A. Organización y marcha de la Campaña Antituberculosa en Colombia. Medicina y Cirugía Medellín. 1944 Feb;1:181–8.
60. Caicedo Castilla JJ. Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. Bogotá: Imprenta Nacional; 1939. 7 p.
61. RAE. «Diccionario histórico de la lengua española». [cited 2022 Dec 30]. tuberculización | Diccionario histórico de la lengua española. Available from: <https://www.rae.es/dhle/tuberculización>
62. Castro Senior D. Lucha Antituberculosa. Boletín Clínico Medellín. Nov 38;Nº 49:38–9.
63. Decreto 2326 de 1938 [Internet]. [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1436744>
64. Contraloría General de la República. Censo General de Población 5 de Julio de 1938. Estadística Nacional-Dirección General de los Censos. Bogotá: Imprenta Nacional; XXXI.
65. Estrada Orrego V, Gallo Vélez O, Márquez Valderrama J. Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916-1946. Hist cienc saude-Manguinhos. 2016 Jan 26;23:277–99.
66. Rosero J. Campaña Antituberculosa Nacional. 1939 Jul;83:1–21.
67. Caicedo Castilla JJ. Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión social al Congreso de 1939. Bogotá: Imprenta Nacional; 1939. 438 p.
68. Bejarano J. Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1946. Bogotá: Imprenta Nacional; 1947. 63 p.
69. Mejía C. A. Medicación Biológica en la T.B.C. Boletín Clínico Medellín. 1942;73:655–75.
70. Sánchez Álvarez JG. Liga Antituberculosa Colombiana. Sede Bogotá 1938 - 1966. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2011.

71. Medina M. E. Comunicación preliminar sobre los resultados de la vacunación antituberculosa en Antioquia. *Anales de la Academia*. 1945 Nov;16:615–38.
72. Caicedo Castilla JJ. Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. Bogotá: Imprenta Nacional; 1939. 437 p.
73. Robledo A. MA. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1943. Medellín: Imprenta Departamental; 1943. 26 p.
74. Robledo A. MA. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1943. Medellín: Imprenta Departamental; 1943. 11 p.
75. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Alfonso Orozco Gobernador del departamento de 1944. Medellín: Imprenta Departamental; 1944. 28 p.
76. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Germán Medina Gobernador del departamento de 1945. Medellín: Imprenta Departamental; 1945. 73 p.
77. Cruz PE. Memoria de Higiene 1947 Tomo I. Bogotá: Imprenta Nacional; 1947. 87 p.
78. Marulanda JM. Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro Nel Ospina Gobernador del Departamento al reunirse la asamblea de 1920. Medellín: Imprenta Oficial; 1920. 1919 p.
79. Restrepo Maya E. Contribución a la Lucha Antituberculosa. Medellín: Universidad de Antioquia; 1920. 58 p.
80. González Gómez. JM. Informe que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín: Imprenta Oficial; 1924. 183 p.
81. Vélez Álzate M del S. Medellín en los años veinte: La industrialización y la fundación del hospital “La María.” [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2001.
82. Mejía Uribe. La Defensa. 1923 Sep 15;
83. Aristizábal J. Campaña Antituberculosa. *Boletín Clínico Medellín*. 1942 Jun;85:124–39.
84. Pérez F de P. Informe rendido por el secretario de gobierno al Sr. General Pedro J. Berrio con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el Año de 1927. Medellín: Imprenta Oficial; 1927. 50 p.

85. Ángel A. Memoria realizada por el secretario de gobierno Alberto Ángel al señor Gobernador en 1932. Medellín: Imprenta Oficial; 1932. 127 p.
86. Medina A. G. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Juan J. Ángel al reunirse la asamblea de 1935. Medellín: Imprenta oficial; 1935. 93–104 p.
87. Restrepo A, Castro A, Mejía C. Campaña Anti - Tuberculosa. Jun'35;N° 7-9:2032–45.
88. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1938. Tomo I. Medellín: Imprenta Departamental; 1938. 3 p.
89. AHM C de M. Acta N° 57 del 12 de Agosto de 1938. Vol. Tomo 376. Medellín; 1938. Folios 255-258.
90. AHM C de M. Acta N° 59 del 17 de Agosto de 1938. Vol. Tomo 376. Medellín; 1938. Folios 261-266.
91. AHM C de M. Acta N° 71 del 3 de Octubre de 1938. Vol. Tomo 376. Medellín; 1938. Folios 349-388.
92. Vélez Tobón GJ, Estrada Orrego V. La medicina social en zonas rurales: una historia de la lucha contra el pian en Antioquia, 1918-1941. Anu colomb histo soc cult. 2022 Jul 1;49(2):97–126.
93. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1938. Tomo I. Medellín: Imprenta Departamental; 1938. 12 p.
94. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1940. Medellín: Imprenta Departamental; 1940. 80 p.
95. AHM P de M. Contrato Autorización uso Hospital La María. Vol. Tomo 6. Medellín; 1940. Folios 221-222.
96. Robledo A. MA. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1942. Medellín: Imprenta Departamental; 1942. 9 p.
97. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Germán Medina Gobernador del departamento de 1945. Medellín: Imprenta Departamental; 1945. 3 p.

98. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Germán Medina Gobernador del departamento de 1946. Medellín: Imprenta Departamental; 1946. 43 p.
99. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Germán Medina Gobernador del departamento de 1946. Medellín: Imprenta Departamental; 1946. 7 p.
100. Peláez Botero J. Informe de labores del Instituto Departamental de Higiene y A. S. en 1947. Medellín: Imprenta Departamental; 1947. 6 p.
101. Zambrano Pantoja F, Villegas Jiménez B, Londoño Salcedo M del P. Historia de Bogotá: Siglo XX. Bogotá: Villegas Editores; 2007. 29 p.
102. Zambrano Pantoja F, Villegas Jiménez B, Londoño Salcedo M del P. Historia de Bogotá: Siglo XX. Bogotá: Villegas Editores; 2007. 25 p.
103. Castro Carvajal B. Historia de la vida cotidiana en Colombia. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 1996. 248 p.
104. Abadía S. G. Tuberculosis pulmonar. Bogotá: Imprenta de "La Luz"; 1918. 72 p.
105. La salubridad y la higiene en Bogotá. El Tiempo. 1918 Mar 28;2.
106. Márquez Valderrama J, Gallo Vélez O. Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940 | Historia y sociedad [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/view/55508>
107. Álvarez JGS. Lucha contra la tuberculosis en Bogotá: 1900-1946. REVISTA SALUD, HISTORIA Y SANIDAD [Internet]. 2011 [cited 2022 Jul 21];6(2). Available from: <http://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/tbc05>
108. Vernaza JI. Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1926. Bogotá: Imprenta Nacional; 1926. 33 p.
109. Muñoz Toro LJ. "Cada respiro cuenta" Relatos de la tuberculosis en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
110. Forero Caballero H. Evolución histórica de la medicina en Santafé de Bogotá. Biblioteca de Autores Cundinamarqueses; 1983. 288 p.
111. Rueda Pérez G. Hospital de Santa Clara. Discurso en la conmemoración de los 60 años de su fundación. | Medicina [Internet]. 2003 [cited 2022 Dec 12]. Available from: <https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/62-13>
112. Sierra Mejía R. República Liberal: sociedad y cultura. Centro Editorial de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia; 2009. 662 p.

113. Zambrano Pantoja F, Villegas Jiménez B, Londoño Salcedo M del P. Historia de Bogotá: Siglo XX. Bogotá: Villegas Editores; 2007. 43 p.
114. Hernández Rengifo R. Factores etiológicos de la Tuberculosis en Colombia. Bogotá: ‘Talleres “Mundo al Día”’; 1934. 14 p.
115. Velasco Cabrera B. Informe Departamento Nacional de Higiene de 1936. Bogotá: Imprenta oficial; 1936. 431 p.
116. Revista Salud y Sanidad. Imprenta Nacional. 1938 Jul;7–9.
117. Sánchez Álvarez JG. Liga Antituberculosa Colombiana. Sede Bogotá 1938 - 1966. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2011.
118. Bejarano J. Labores de la Cruz Roja en Colombia. Hoy: Diario de la tarde. 1938 May 19;8.
119. Rueda Pérez G. Quincuagésimo primer aniversario del Hospital Antituberculoso Santa Clara de Santafé de Bogotá. Revista de la Facultad de Medicina. 1993 Jul 1;41(3):168–168.
120. Caicedo Castilla JJ. Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. Bogotá: Imprenta Nacional; 1939. 445 p.
121. Caicedo Castilla JJ. Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. Bogotá: Imprenta Nacional; 1939. 55 p.
122. Bejarano J. Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1946. Bogotá: Imprenta Nacional; 1947. 193 y 194.
123. Tobar Acosta MI, Gómez Hurtado G, Arboleda Díaz C. El dispensario antituberculoso (dispensario de enfermedades torácicas). 1958 [cited 2022 Apr 2]; Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/38879>
124. Colmenares Suárez LA. Andrés Herrera Vegas y la lucha antituberculosa: un hito en la salud pública de Venezuela. Gaceta Médica de Caracas. 2006 Sep;114(3):214–9.
125. Pamo-Reyna OG. La tuberculosis y el vals criollo en la ciudad de Lima de las primeras décadas del siglo XX. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2014;27(3):148–54.
126. Herrero MB, Carbonetti A. La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX. Hist cienc saude-Manguinhos. 2013 Jun;20:521–36.
127. Corpas J. Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1924. Bogotá: Imprenta Nacional; 1924. 75 p.

128. Obregón D. Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2002;9:161–86.
129. Uricoechea Loaiza JM. Algunas consideraciones sobre la Tuberculosis pulmonar y su tratamiento por sueros maraglianos. Bogotá: Universidad Nacional - Facultad de Medicina; 1928. 49 p.
130. Enciso E. Informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene, presentado al señor Ministro de Gobierno por el Director Técnico y el Administrador General. Bogotá: Editorial Minerva; 1931. 181 p.
131. Caicedo Castilla JJ. Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. Bogotá: Imprenta Nacional; 1939. 146 p.
132. Pérez Cruz H, García Silveira E, Pérez Cruz N, Samper Noa JA. Historia de la Lucha Antituberculosa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009 Jun;8(2):1–9.
133. Posada Madrid R. Algunos aspectos de la organización de una Campaña Antituberculosa en Colombia. Bogotá: Tip. Carvajal; 1941. 72 p.
134. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Germán Medina Gobernador del departamento de 1946. Medellín: Imprenta Departamental; 1946. 34 p.
135. Peláez Botero J. Informe que presenta el Director del instituto departamental de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1947. Medellín: Imprenta oficial; 1947. 56 p.
136. Melo JO, Álvarez M. VM. Historia de Medellín. Tomo I. Vol. I. Bogotá: Compañía Suramericana de Seguros; 1996. 57–85 p.
137. Ramírez Patiño SP. Cuando Antioquia se volvió Medellín, 1905-1950: Los perfiles de la inmigración pueblerina hacia Medellín. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*. 2011 Dec;38(2):217–53.
138. Marulanda JM. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1921. Medellín: Imprenta oficial; 1921. 83 p.
139. Pérez F de P. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Manuel M. Toro Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1922. Medellín: Imprenta oficial; 1922. 41 p.
140. Villegas A. R. Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Miguel Moreno Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1930. Medellín: Imprenta oficial; 1930. 282 p.

141. González Gómez. JM. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1926. Medellín: Imprenta oficial; 1926. 155 p.
142. Uribe Botero E. Memoria de Gobierno 1936. Medellín: Imprenta oficial; 1936. 122 p.
143. Robledo A. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1937. Medellín: Imprenta Oficial; 1937. 25 p.
144. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1938. Tomo I. Medellín: Imprenta Departamental; 1938. 102 p.
145. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1938. Tomo I. Medellín: Imprenta Departamental; 1938. 101 p.
146. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1938. Tomo I. Medellín: Imprenta Departamental; 1938. 110 p.
147. Villa Haeusler E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del Departamento de 1938. Tomo I. Medellín: Imprenta Departamental; 1938. 123 p.
148. Vélez V. G. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Aurelio Mejía Gobernador del departamento de 1941. Medellín: Imprenta Departamental; 1941. 151 p.
149. Robledo A. MA. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1942. Medellín: Imprenta Departamental; 1942. 71 p.
150. Robledo A. MA. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1943. Medellín: Imprenta Departamental; 1943. 25–67 p.
151. Robledo A. MA. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Gobernador del departamento de 1943. Medellín: Imprenta Departamental; 1943. 12 p.
152. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Alfonso Orozco Gobernador del departamento de 1944. Medellín: Imprenta Departamental; 1944. 47 p.

153. Uribe Cadavid E. Informe que presenta el secretario de higiene y asistencia social al señor doctor Germán Medina Gobernador del departamento de 1946. Medellín: Imprenta Departamental; 1946. 35 p.
154. Rodríguez Salvador JJ. Abreugrafía. Imagen Diagn. 2013 Jul 1;4(2):63–4.
155. Isaza S. E. La Tuberculosis en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional - Facultad de Ciencias Naturales y Medicina; 1915. 75 p.
156. Arango Ferrer J. Anotaciones demográficas y profilácticas sobre la Tuberculosis. Bogotá: Editorial Minerva; 1922. 49 p.
157. Enciso E, Villa Á. A. Informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene, presentado al señor Ministro de gobierno por el Director Técnico y el Administrador General. Bogotá: Imprenta Nacional; 1932. 96 p.
158. Hernández Rengifo R. Factores etiológicos de la Tuberculosis en Colombia. Bogotá: ‘Talleres “Mundo al Día”’; 1934. 70 p.
159. Herrera G. CA. Lucha antituberculosa en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional - Facultad de Medicina; 1947. 42 p.
160. Armus D. De “médicos dictadores” y “pacientes sometidos”: Los tuberculosos en acción. Argentina 1920-1940. Allpanchis. 1999 Jun 27;31(53):219–53.
161. Salamanca Barreto C. El amor enfermizo y la pasión que consume : representación de la tuberculosis en Teresa La Limeña de Soledad Acosta de Samper. Universidad de los Andes [Internet]. 2003 [cited 2023 Jan 4]; Available from: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/21111>
162. El corazón y la tisis. El Colombiano. 1916 de Diciembre de;1.
163. Noguera Ramírez CE. Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia. Universidad Eafit; 2003. 260 p.
164. El plátano y la tisis. El Colombiano. 1916 Sep 20;1.
165. Nuevos Inventos. El Colombiano. 1917 May 25;1.
166. Curación de la tuberculosis. El Colombiano. 1918 de Abril de;1.
167. Anuncio publicitario “Emulsión de Scott.” El Colombiano. 1917 de Diciembre de;1.
168. La medicina casera y las enfermedades incurables. El Colombiano. 1917 Mar 3;1.
169. El andar de puntillas previene la tuberculosis. El Colombiano. 1920 Nov 11;2.
170. Contra la tuberculosis. El Colombiano. 1921 de Abril de;1.

171. Gutiérrez Avendaño J, Márquez Valderrama J. Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2014;32:S55–66.
172. Influencia del alcoholismo en otras enfermedades. El Colombiano. 1918 Oct 17;1.
173. Suprimid el beso. El Colombiano. 1923 Sep 19;8.
174. Alfabeto para los niños que no quieren morir de tuberculosis. El Colombiano. 1923 Nov 13;8.
175. Cáncer, tuberculosis, sífilis. El Colombiano. 1931 May 1;6.
176. Conferencia. El Colombiano. 1935 May 16;6.
177. Propagación de la tuberculosis. El Colombiano. 1928 May 31;7.
178. Un cadáver en el río Medellín. El Colombiano. 1928 Oct 26;9.
179. Atacado por la tuberculosis se ahorca un preso. El Colombiano. 1935 Mar 19;1.
180. Un enfermo de tisis se arroja al Porce. El Colombiano. 1940 de Abril de;2.
181. Un grave peligro para la sociedad. El Colombiano. 1933 Mar 16;2.
182. No es suero sino vacuna lo que se aplicará hoy contra la tuberculosis. El Colombiano. 1938 Jun 3;2.
183. La tuberculosis pulmonar es combatida en Suecia. El Colombiano. 1941 de Enero de;5.
184. Tuberculosis en plena vía. El Colombiano. 1944 May 31;11.
185. Otra vez el problema del hospital. El Colombiano. 6 de Enero de 1946;6.
186. Poncelet S. Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943). [Francia]: Université Paris; 2020.
187. La estreptomycin servirá para curar la tuberculosis. El Colombiano. 1946 Oct 26;9.
188. Armus D. La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires: entre la obsesión del contagio, el consenso y el marketing social. 2003;21.
189. Agostoni C. Del “armamento antituberculoso” al Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco en la Ciudad de México, 1920-1940. Hist cienc saude-Manguinhos. 2019 Jun 19;26:519–36.

190. Gutiérrez MT. Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *Estudios Socio-Jurídicos*. 2010;12(1):73–97.

Anexos

Los siguientes anexos contienen documentos de interés para el proceso de trabajo de grado. Se adjunta el esquema de ficha textual y de resumen utilizados en la investigación, carta de la docente Victoria Estrado Orrego autorizando el uso de imágenes, avales del comité de programa y comité de Ética.

Anexo 1. Esquema de ficha textual y de resumen

	NÚMERO DE FICHA:
FICHA TEXTUAL	
Nombre de documento:	
Año:	
Ubicación:	
Palabra(s) Clave:	
Cita Textual:	

	NÚMERO DE FICHA:
FICHA DE RESUMEN	
Nombre de documento:	
Año:	
Ubicación:	
Palabra(s) Clave:	
Resumen:	

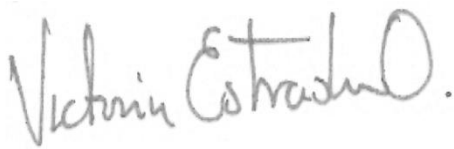
Anexo 2. Carta realizada por la docente Victoria Estrada Orrego autorizando la utilización de los archivos digitalizados

Cordial Saludo,

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Yo, Victoria Eugenia Estrada Orrego identificada con Cédula de Ciudadanía número 43221214, certifico que he cedido a la estudiante Laura Jaramillo Cortinez identifica con Cédula de Ciudadanía 1017173790, estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, los documentos de archivo que he digitalizado y que corresponden a informes del Archivo Histórico de Antioquia y tesis de medicina que se ubican en la Hemeroteca Nacional y Sala Patrimonial Universidad de Antioquia, lo anterior, con el fin de que sean utilizados para fines académicos y de investigación.

Agradeciendo enormemente la atención y el tiempo,



Victoria E. Estrada Orrego, C.C: 43221214

Asesora de Tesis

Anexo 3. Aval comité de Programa



FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Héctor Abad Gómez

21040004-MSP-019-2021

Medellín, 9 de diciembre de 2021.

Estudiante
LAURA JARAMILLO CORTINEZ
Maestría en Salud Pública, cohorte 36
Facultad Nacional de Salud Pública

Asunto: Aval del Comité de Programa al proyecto de investigación.

Cordial saludo.

El Comité de Programa de la Maestría en Salud Pública, en sesión virtual del 7 de diciembre de 2021, acta No. 21, después de revisar y verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos previamente para la aprobación de los proyectos de trabajo de grado, le informa lo siguiente:

El Comité de Programa le otorga el aval a su proyecto de investigación denominado **"HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA: CAMPAÑAS ANTITUBERCULOSAS EN BOGOTÁ Y MEDELLÍN, 1916 – 1946"**, para que continúe los trámites de aprobación ante el Comité de Ética de la Investigación y el respectivo registro en el Centro de Investigación.

Aunque se otorga el aval técnico por parte del Comité de Programa, se insiste en que antes de presentar su proyecto al Comité de Ética revise si cumple con las disposiciones de la Circular del Consejo de Facultad del 5 de febrero de 2021, y en caso de ser absolutamente necesario el trabajo de campo presencial debe iniciar los trámites relacionados con las diferentes autorizaciones que se requieren desde el nivel central. Para ello puede comunicarse con la profesional Sara Lucía Domínguez Rave, teléfono 2196804, gestionambientalfnsp@udea.edu.co, quien le dará las indicaciones al respecto.

El Comité de Programa le felicita por los avances en el desarrollo de su proyecto de investigación y le alienta para que continúe su proceso con dedicación y empeño y pueda culminar satisfactoriamente su formación en la Maestría.

Al mismo tiempo le recordamos tener en cuenta los demás requisitos que exige el Comité de Ética.

Atentamente,


Blanca Myriam Chávez Guerrero
Coordinadora
Programa Maestría en Salud Pública

Anexo 4. Aval comité de Ética



21030002-0022-2022

CERTIFICACIÓN

El Comité de Ética de la Investigación –CEI- de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, en la sesión 280 del 04 de febrero de 2022, revisó el proyecto de investigación: *"Historia de la tuberculosis en Colombia: campañas antituberculosas en Bogotá y Medellín, 1916 – 1946."*, IP Laura Jaramillo Cortinez, estudiante de Maestría en Salud Pública.

El CEI encontró que la investigadora respondió adecuadamente a todas las recomendaciones realizadas durante el proceso de evaluación de su proyecto, lo que le permite otorgar el aval ético en categoría de **riesgo mínimo**.

De acuerdo con las responsabilidades establecidas por la clasificación de riesgo mínimo, la IP debe:

- a) Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). En caso de requerir cambios mayores, solicitar su aprobación al CEI antes de realizar tales cambios (solicitud de enmienda al protocolo).
- b) Presentar un informe de avance cuando lleve el 50% de ejecución e informe final del proyecto, que incluya cambios mayores, la materialización y mitigación de riesgos, así como los beneficios para participantes e implicados.
- c) Si el proyecto de investigación no ha iniciado ejecución en un año después de la expedición del presente aval, se deberá remitir nuevamente al CEI para su renovación.

Este aval es válido durante toda la vigencia del proyecto de investigación.

Dado en Medellín, 18 de febrero de 2022.

Atentamente,


MÓNICALUCÍA SOTO VELÁSQUEZ
Presidenta

Proyectó: Diana Isabel Cano Gil – Asistente Administrativa CEI
WhatsApp: 3146258447
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co