

Lucha contra la tuberculosis en Bogotá: 1900-1946

“Fight against tuberculosis in Bogotá: 1900-1946”

José Guillermo Sánchez Álvarez¹.

¹ Licenciado en Ciencias Sociales. UPTC. Estudiante de Maestría en Historia, UPTC, Tunja. Docente IE Rafael Uribe Uribe, Bogotá. Email: jgsa@hotmail.com

Recibido:	24	07	2011	Revisado:	27	07	2011
Corregido:	01	08	2011	Aceptado:	04	08	2011

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 Harvard X ICONTEC

RESUMEN:

Este artículo trata sobre la historia social y cultural de la tuberculosis en la primera mitad del siglo XX, es decir, forma parte del periodo higienista desarrollado en Colombia desde el año de 1886 hasta el año de 1946 en que se creó el Ministerio de Higiene. La tuberculosis como enfermedad social infectocontagiosa asociada a los problemas de pobreza, desnutrición, higiene, fue una de las principales preocupaciones durante este periodo. Se trata de ver las acciones, los motivos que dieron origen a normas profilácticas y leyes que permitieron la creación de dispensarios, pabellones, hospitales sanatorios y otras instituciones en la lucha contra la tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis, pobreza, desnutrición, profilaxis, sanatorios, pabellones

ABSTRACT:

This article is about the social and cultural history of tuberculosis in the first half of the 20th century, part of the hygienist period developed in Colombia since the year of 1886 until 1946 the Ministry of health was created. Tuberculosis as a social disease infectious associated with the problems of poverty, malnutrition, hygiene, was one of the main concerns during this period. It's see actions, the reasons which gave rise to prophylactic rules and laws that allowed the creation of clinics, wards, hospitals sanatoriums and other institutions in the fight against tuberculosis.

Key Words: TB, poverty, malnutrition, prophylaxis, sanatoriums, pavilions

Introducción

La situación de cambio en Colombia a finales del siglo XIX, fue generando nuevos problemas propios del mundo moderno, en especial en los centros urbanos, donde el incipiente capitalismo fue transformando el orden social, económico, político, cultural y de otros ordenes como en el caso del desarrollo de las políticas de salud pública. Este nuevo orden trajo consigo problemas en las principales ciudades del país, en el caso de Bogotá, los flujos migratorios deterioraron las condiciones de vida, el hacinamiento se hizo evidente, el agua escasa y de mala calidad, las pésimas condiciones del acueducto, alcantarillado y servicios de aseo dieron lugar al desarrollo de enfermedades contagiosas como la tuberculosis que se incrementó a comienzos del siglo XX, lo que determinó a que el Estado tomara acciones de tipo preventivo a través de normas profilácticas y leyes que permitieron la creación de dispensarios, sanatorios antituberculosos y otras instituciones que fueron fundamentales en la lucha contra la tuberculosis durante el periodo higienista.

EL BACILO SE HACE SENTIR

Mientras que en Europa la tuberculosis había sido un problema bastante serio de salud pública desde el siglo XVIII, en Colombia esta enfermedad solo adquirió importancia para las autoridades de higiene a comienzos del siglo XX, en relación con otras enfermedades a las que no se les había dado la relevancia a pesar de su notorio incremento desde el último cuarto del siglo XIX, una de ellas llamada lepra moderna había ganado tanto terreno en Bogotá, que revisando la estadística de un mes, se encontró que la mortalidad había alcanzado la alarmante proporción de 10 por 100 en relación con la mortalidad general en Bogotá (Torres, 1912).

De igual forma, a comienzos del siglo XX, el alcalde de Bogotá Higinio Coalla, hace notar su preocupación por el desarrollo creciente de la tuberculosis en la ciudad. Inicialmente se dio mayor importancia a los animales como fuente de contagio. El cerdo como el buey también eran tributarios de tuberculosis, en parte por su alimentación que dejaba mucho que desear, pues eran mantenidos con restos de comida que podrían provenir de tuberculosos (Coalla, 1899).

Bogotá a comienzos del siglo XX era una ciudad de 100 mil habitantes con una creciente población inmigrante de los sectores rurales, por lo que no era raro ver en los sectores populares viviendas de tipo campesino que se caracterizaban por su arquitectura rudimentaria, sin ventilación, ni luz, sin servicios básicos, donde no faltaban los animales domésticos. Colombia era un país eminentemente rural para este tiempo, factor que se constituía en un elemento de tipo cultural que no contrastaba con el creciente urbanismo en las ciudades que requerían de otros hábitos y costumbres diferentes a la vida rural.

El primer peligro de tuberculización era el esputo, pues en él estaban millares de

bacilos de Koch con una resistencia vital de seis meses hasta tres años en los más variados medios de conservación, lo que motivaba la hipótesis de la esporulación que el mismo Koch le asignaba. Esta persistente virulencia era la que motivaba la desinfección pública y privada después de la muerte de un tísico o el abandono de la casa. Los esputos eran un peligro apenas se evaporaban, “las escobas cumplían su función de propagadoras”, la costumbre de escupir en el pañuelo o de escupir en el suelo, que se observaba hasta en las personas de educación esmerada, era no solamente un hábito de mala educación, sino que era una de las principales causas de transmisión de las tuberculosis. Una medida que disminuiría considerablemente este peligro era “vulgarizar” el uso de la escupidera, no solo en las casas de habitación, sino en los talleres, fábricas, iglesias, teatros, en fin, en todos los sitios públicos (Torres, 1912).

LA VIVIENDA FOCO DE INFECCIÓN

A comienzos del siglo XX, extensas zonas de Bogotá se convirtieron en grandes focos contaminantes por el rápido incremento demográfico, una alta tasa de densificación y la generalización de las tiendas de habitación como forma típica de vivienda de las clases populares. Este tipo de vivienda se convirtió en un problema a causa del desaseo que se generaba porque sus moradores no tenían otra alternativa que usar las calles, ríos y caños como letrinas y botaderos de basura (Mejía Pavony, 2000).

Las tiendas no disponían de los servicios básicos de agua y luz, eran espacios de una sola habitación, a la manera como se acostumbraba a vivir en gran parte de las zonas rurales de Colombia. Esta problemática, por supuesto fue un caldo de cultivo para el desarrollo creciente de la tuberculosis no solamente en Bogotá sino en las principales ciudades del país.

A comienzos del siglo XX en Bogotá ya se habían dictado medidas preventivas, como la de no permitir que se construyeran habitaciones antihigiénicas, en especial en las clases más pobres, sin embargo, muchas de estas normas solo quedaban en el papel lo que constituía un peligro para que la tuberculosis pulmonar siguiera expandiéndose (Lombana & Michelsen, 1903).

Sin embargo, en la década de los años veinte, comenzó a cambiar lentamente el panorama urbano. En la resolución N° 9 expedida en 1920 por el Director de Higiene y Salubridad Municipal de Bogotá, se prohibió la construcción de habitaciones que no cumplieran con los requisitos mínimos de higiene como eran tener alcantarillado, caños de desagüe y agua en cantidad suficiente (Municipal, 1922). El cambio también se empezó a ver en la disminución de los niveles de mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, en especial con las enfermedades relacionadas con el agua,

situación que se debió a los avances en obras de acueducto y alcantarillado de la ciudad y que por consiguiente fue favorable para la higiene de los barrios marginales.

Otra de las grandes obras higiénicas en Bogotá, fue la realizada por el acuerdo N°45 de 1925 que comenzó con la adquisición de terrenos en el Paseo de Bolívar, la zona más deprimida en los cerros orientales donde sus habitantes vivían en chozas y tiendas como las descritas anteriormente (Gonzalez García, 1927). Para el año de 1937 ya se habían comprado y demolido 670 habitaciones y algunos de sus habitantes reubicados al sur de la ciudad, además, ya se habían construido “conjuntos de casitas uniformes, con calles rectas bien delineadas, parquecitos, iglesia y escuela”, fenómeno completamente nuevo en el paisaje urbano (Noguera, 2004).

Por consiguiente, fue necesario construir nuevas viviendas higiénicas, modernizar y ensanchar la infraestructura urbana, apropiarse de nuevos valores, hábitos, instrumentos y nuevas formas modernas de pensar y habitar el espacio urbano, en otras palabras, crear hábitos de urbanidad. Por supuesto, no fue una tarea fácil, se requirió de un largo proceso educativo, que aún hoy en día presenta resistencias en las clases más marginales de nuestra sociedad colombiana, pero que desde luego contribuyó en la lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades.

TUBERCULOSIS, ALCOHOLISMO Y ESFUERZO FÍSICO

De otra parte, el alcoholismo asociado con la tuberculosis, también se constituía en uno de los grandes problemas en Bogotá. Existían sentencias como las siguientes: “El hombre que bebe aguardiente, no muere pero se mata; el alcoholismo es el semillero de la tuberculosis, La tuberculosis se toma sobre el mostrador” (Montaña, 1922). Estas sentencias formaban parte del imaginario europeo, a través de la literatura llegaban a los países latinoamericanos y por supuesto a Bogotá, donde la problemática del alcoholismo tenía sus particularidades asociadas a factores culturales con el consumo de chicha.

Otras sentencias decían que el aumento progresivo de la tuberculosis coincidía con el alcoholismo, pues en este debía buscarse la causa del empobrecimiento vital que produce la tisis. El organismo del bebedor era un paraíso para la tisis: Una vez en los pulmones, se instalaba como si entrara en una casa indefensa y arruinada. También se decía, “la estrechez del tórax de los hijos de los alcohólicos favorece la tisis” o “el 60% de los tuberculosos tienen antecedentes alcohólicos” (Armus, 2007). Estos eran algunos de los significantes relacionados con la descomposición moral del hombre, donde la miseria humana se relacionaba con el vicio y la enfermedad. En Bogotá, el problema más tangible, era el uso inmoderado de la chicha en las clases populares, donde la capacidad productiva del individuo comenzaba a disminuir, desatendiendo su vestido, su alimentación, despreocupándose de su familia, llevándolos a la miseria moral y física.

Otro de los aspectos que se consideraba, podía influir en el desarrollo de la tuberculosis, era la influencia nociva de los excesos físicos de la población obrera, sobre todo de las mujeres y los niños obreros, pues recibían salarios ínfimos, haciendo que en ocasiones trabajaran de día y de noche a pesar de la maternidad y de la lactancia (Torres, 1912). El trabajo de la mujer no la eximía de las responsabilidades del hogar, pues por tradición le correspondían los oficios del hogar y la crianza de los niños.

Las obreras embarazadas daban hijos raquíuticos y predispuestos a la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas; de otra parte, el niño apenas estaba en uso de razón, necesitaba ganarse la vida realizando oficios demasiados fuertes y con el mismo horario del adulto, lo que impedía el desarrollo normal de su organismo (Torres, 1912). Para este momento las leyes de protección del obrero eran muy precarias, por no decir casi inexistentes a diferencia de lo que ocurría en Europa donde ya existían leyes de protección desde el siglo XIX; en el caso de Inglaterra, se había disminuido el número de horas de trabajo para los niños y se había prohibido el trabajo en las minas subterráneas de niños y mujeres (McKeown, 1981).

De otra parte, en los países desarrollados ya se venían implementando algunas medidas desde finales del siglo XIX para disminuir la mortalidad infantil: se habían fundado asociaciones para preservar el embarazo de las mujeres y el cuidado de los niños de la mujer obrera. Se habían creado casas de maternidad donde la madre permanecía desde determinado tiempo del embarazo hasta después del puerperio, y se habían creado las instituciones de gotas de leche, casas semejantes, a lo que en Bogotá se conocían, como salas de asilo (Torres, 1912). Otro de los mayores problemas que afectaba a la capital era precisamente el alto grado de desnutrición de los niños, lo cual había motivado a implantar algunas medidas tomadas del modelo de salud pública de Francia, que tuvieron gran influencia a comienzos del siglo XX en Colombia y perduraron durante los primeros cincuenta años del siglo.

EL HOSPITAL FUENTE DE CONTAGIO

Otro de los focos de contaminación se encontraba en los hospitales, las condiciones deplorables de las instalaciones físicas aumentaban el riesgo de contraer tuberculosis. La situación de los hospitales a comienzo de siglo XX no era la mejor como debía esperarse, desde 1885 el alcalde Higinio Coalla recomendaba el traslado del Hospital San Juan de Dios y los anfiteatros, pues consideraba estos lugares como focos de infección, donde se generaban muchas enfermedades, se planteaba la construcción de un nuevo hospital al sur de la ciudad de Bogotá (Coalla, 1898).

Calixto Torres, Miembro de la Sociedad de Cirugía, exponía que en el Hospital San Juan de Dios, debido a su inadecuada construcción, se presentaban muchas víctimas de tuberculosis, debido a que no se aislaban a los tuberculosos porque no lo permitía

la misma construcción, además se presentaba aglomeración por falta de capacidad, sus pisos de ladrillo, su falta de techo, sus paredes inlavables, su situación en medio de calles estrechas, con falta de aire y luz, la falta de una desinfección completa de las ropas y demás objetos que habían servido a los tuberculosos y otros inconvenientes, eran otra causa de contagio para el pueblo que iba a pedir hospitalización, que agobiados por alguna enfermedad los hacía más vulnerables. “No era explicable que en este tiempo se tuviera como hospital principal de la capital de Colombia un edificio que había sido construido para convento hacía 200 años” (Torres, 1912).

La falta de hospitales terminaba por agravar las condiciones de salud de los habitantes de Bogotá, se evidenciaba el gran atraso en materia de salud y la poca importancia que se le había dado a la salud a pesar de los graves problemas de salubridad e higiene que se venían agravando desde comienzos del siglo XX en la ciudad. Las lamentables condiciones de la salud Pública, estaban contribuyendo a la expansión de la tuberculosis: no solamente los pacientes se infectaban, sino también los médicos, hermanas de la caridad y otros trabajadores. Desde este tiempo los médicos demandaban aislar a los enfermos debido a la expansión de la tuberculosis y construir un sanatorio especial (Torres, 1912).

Sin embargo, las condiciones del hospital para 1916 habían mejorado en algo, los feos pisos de ladrillo coloniales habían sido cambiados en casi todas las enfermerías, las camas de madera sustituidas por camas de hierro, los “nauseabundos excusados se demolieron” y, en el lavadero antiguo se había construido una cámara de desinfección de ropas (Montoya & Manrique, 1916). Para 1925, gracias a la Sociedad de Cirugía, se inauguraba el hospital de San José, que descongestionaría en parte al viejo hospital, que se veía imposibilitado de atender a gran cantidad de enfermos y heridos que muchas veces morían en las puertas y corredores ante los ojos de médicos, enfermeras, hermanas, que ante los limitados recursos poco podían hacer.

LEGISLACIÓN Y PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

Tuvieron que pasar más de treinta años para que las autoridades reconocieran el verdadero peligro de la tuberculosis como enfermedad contagiosa a pesar de las cifras alarmantes de mortalidad, pues era la lepra la causa de alarma a comienzos del siglo lo que preocupaba a las autoridades colombianas y al mismo presidente Rafael Reyes, al tener nuestro país fama de ser uno de los países más leprosos del mundo, situación que fue corregida años después en un informe enviado en 1909 por el Dr. García Medina a la Academia Nacional de Medicina, en que se pasaba de una cifra irreal de 20 a 30 mil leprosos a 4296, lo que daba una proporción de un enfermo por cada 1200 habitantes (Lombana, 1910).

Dentro de este contexto el Dr. Francisco Sorzano, Senador por el Departamento de Santander, presentó a consideración de la cámara un proyecto de ley por el cual se organizaba la lucha contra la tuberculosis, esta resultó ser la Ley 66 de 1916 que fue la

primera en legislar en materia de tuberculosis en Colombia (Montoya & Manrique, 1916). Se crearon juntas a nivel Nacional, Departamental y Municipal, siendo la primera forma de organización en la lucha contra la tuberculosis. Ministro de Gobierno, gobernadores, alcaldes, la Junta Central de Higiene, los directores departamentales de higiene, los médicos de sanidad de los municipios y otros integrantes, fueron incluidos a partir de una organización vertical supeditada a la Junta Nacional. Haber integrado a las autoridades de los diferentes entes gubernamentales se constituyó en una buena medida porque comprometía a estos líderes a ejercer acciones concretas en la lucha contra la tuberculosis en apoyo a los servicios de salud.

La ley 66 de 1916 dio lugar a que la Junta Central de Higiene expidiera el acuerdo 33 de 1917 sobre las normas profilácticas de la tuberculosis, empezando por el médico, quien debía hacer conocer al enfermo tuberculoso y su familia los peligros del contagio y el modo de evitarlo, algunas de las indicaciones eran las siguientes:

El enfermo debía habitar una pieza independiente, amplia, ventilada, accesible a los rayos del sol. No debía tener cortinas, ni colgaduras, ni tapices, las paredes enlucidas con cal o de madera pintada al aceite, piso lavable, de cemento, madera pintada al aceite, o cubierto de linóleo o hule, muebles sencillos y fáciles de lavar. Las ventanas debían mantenerse abiertas durante el día y después durante la noche. La casa del tuberculoso no debía barrerse en seco, y no se debían limpiar los muebles y paredes con plumero, esto se haría con un paño húmedo. Además, se debía hacer periódicamente desinfección de la pieza del tuberculoso, y cuando se cambiara de domicilio o la enfermedad terminara, se haría la desinfección completa de la casa (Legislación colombiana sobre higiene y sanidad, 1937). Estas normas a pesar de su importancia, no dejaban de estar en algo fuera de contexto, parecían estar hechas para clases acomodadas, sin tener en cuenta que los mayores problemas se daban en familias pobres que vivían en condiciones de hacinamiento, donde en una habitación cohabitaban varias personas y era imposible cumplir algunas de las indicaciones.

En cuanto a las precauciones que debía tener el enfermo estaban las siguientes: no escupir en el suelo sino en una vasija con una solución desinfectante, por ejemplo de Lisol al 10 %; o de carbonato de soda al 10 %; o de Hipoclorito de cal al 20 %. Cuando el enfermo saliera de la casa usaría una escupidera de bolsillo (Legislación colombiana sobre higiene y sanidad, 1937). Cuando el paciente tosiera o estornudara, tendría el cuidado de llevar delante de la boca y la nariz el pañuelo, no debía besar a otras personas en especial los niños, no humedecer los dedos en la boca para pasar hojas de libros, tener separada su vajilla, sus útiles de aseo, no ocuparse en profesiones que manejaran sustancias alimenticias (Legislación colombiana sobre higiene y sanidad, 1937).

Escupir en el suelo, toser, estornudar, llevarse los dedos a la boca para pasar páginas, eran costumbres asociadas a la falta de educación en higiene y salubridad muy comunes a comienzos del siglo XX en Bogotá, por tanto la educación en higiene fue una de las prioridades del gobierno municipal como proyecto para disminuir las enfermedades y mortalidad en la población. Sobre todo, la costumbre de escupir, era la más habitual y aceptada socialmente, reglamentada no para prohibirla sino para hacerla adecuadamente.

Ahora, en cuanto a la atención de las desinfecciones, estaban las siguientes: para la desinfección de las vasijas o de las escupideras se debían hervir durante cinco minutos en agua y a cada una, se le añadiría una cucharada de carbonato de soda. En caso de no hacer esta operación, llenar la escupidera de una solución de carbonato de soda al 10 % y dejar en contacto con los esputos durante 10 horas, para después arrojar en el excusado o en hoyo profundo (Legislación colombiana sobre higiene y sanidad, 1937).

En cuanto a las ropas de cama o de vestir del tuberculoso no se debían reunir con la de las demás personas, ni sacudirse en los balcones o patios, ni se darían a lavar sin haberlas desinfectado previamente sumergiéndolas por varias horas en una solución desinfectante de las indicadas, o en la de formol al 3%, la de cresol al 5%, o hirviéndolas por media hora en agua que contuviera lejía o jabón ordinario. Las ropas de un tuberculoso no podían venderse ni regalarse sin previa desinfección (Legislación colombiana sobre higiene y sanidad, 1937).

En el ejército no se permitirían individuos tuberculosos y si alguno resultaba tuberculoso se le daba de baja. Las autoridades sanitarias del ejército se empeñarían en mejorar las condiciones higiénicas de los cuarteles y vigilarían para que el ejercicio y el trabajo estuvieran en relación con el clima y la alimentación. En los hospitales, asilos y prisiones habría departamentos separados para los tuberculosos. Se vigilaría y mejoraría la higiene y se sacaría a los presos a que hicieran ejercicio diariamente y trabajaran al aire libre. En las escuelas y colegios no se permitirían tuberculosos, en los templos se prohibiría escupir en el suelo y en las fábricas y talleres se tendrían los tuberculosos separados (Legislación colombiana sobre higiene y sanidad, 1937).

Cuarteles, cárceles y escuelas resultaban ser sitios de mayor predisposición hacia las enfermedades contagiosas, sobre todo por la falta de servicios sanitarios y condiciones locativas en mal estado, donde no habían medidas de higiene y salubridad para preservar la salud de las personas. A manera de ejemplo, Laurentino Muñoz se refiere a las cárceles del país en los siguientes términos: "Pocilgas son los edificios: impermeables al aire, oscuros, sin agua pura y suficiente, estrechos como cajas: por estos detalles un solo tuberculoso sería el semillero para tuberculizar legiones de presos" (Muñoz, 1935).

Después de la ley 66 de 1916, se comienzan a evidenciar algunos resultados de la lucha antituberculosa. Pablo García Medina en un informe de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de Montevideo, celebrada en diciembre de 1920, informaba acerca de la tuberculosis. Decía que unos treinta años atrás la tuberculosis era rara en Colombia y que se había extendido en nuestras costas y en las regiones de clima templado. En las altiplanicies era muy rara hasta hacía poco, pero atraídos los enfermos por la bondad del clima, había invadido las regiones frías, donde también se había propagado la enfermedad (García Medina, 1918).

Añadía, Pablo García, se habían creado en todas las capitales de departamento juntas antituberculosas, que obraban de acuerdo con la Dirección Nacional de Higiene, encargadas de hacer cumplir las disposiciones profilácticas, de educar al pueblo mediante conferencias, por la enseñanza en las escuelas, publicación de cartillas y folletos. En las capitales de departamentos se estaban organizando dispensarios y sanatorios, y el gobierno nacional apoyaba con dinero, también había dispuesto que los auxilios que la nación daba a los hospitales se emplearan en construir pabellones especiales para aislar los tuberculosos (García Medina, 1918). En cuanto a la organización de dispensarios y sanatorios es posible que se estuvieran organizando pero en teoría porque solo hasta bien entrado los años treinta había cuatro dispensarios en el territorio nacional, y sanatorios solo había uno en Colombia.

Además, para hacer más efectiva la campaña antituberculosa se había fomentado la creación de gotas de leche que ya funcionaban en muchas ciudades. Una ley había dispuesto que los municipios destinaran parte de sus rentas a construir casas para obreros, con apoyo del gobierno nacional. Estas medidas harían disminuir las altas tasas de mortalidad infantil, pues en muchas ciudades alcanzaban el 50% de la mortalidad total y los niños morían antes de cumplir un año en la proporción del 30 al 40%. Las causas de estas defunciones eran las infecciones intestinales, la mala alimentación y las pésimas condiciones en que vivían (García Medina, 1918).

Reafirmando lo dicho por el Director Nacional de Higiene en el Congreso de Montevideo, Enrique Enciso, reafirma que la tuberculosis había ido en aumento por lo menos en lo que tocaba a Bogotá, desde 1904 el porcentaje de mortalidad por tuberculosis pulmonar se había elevado casi al doble en 1920. En lo que si no estaba de acuerdo era atribuir el alto porcentaje de tuberculosos en Bogotá a la inmigración de enfermos, pues no había ciudad en el mundo más predispuesta a contraer la infección que esta, los barrios insalubres donde vivían hacinadas más del setenta por ciento de la población, estaban formados por viviendas de muy pobres condiciones higiénicas, sin medios adecuados para trasladar y desembarazarse de las basuras y residuos humanos; los alimentos, principalmente la leche, estaban profundamente contaminados, siendo ella responsable de muchos contagios; por último no existían sanatorios donde aislar los enfermos, no se hacía el diagnóstico sino cuando el

individuo era una amenaza social y en este caso no era raro que la tuberculosis estuviera en aumento (Enciso, 1924).

Finalmente, Enrique Enciso, termina diciendo que la capital tiene por delante este serio problema y no era posible resolverlo copiando leyes de otros países, ellas se quedaban escritas y la enfermedad seguía creciendo, había necesidad de comenzar con medidas prácticas fruto de un estudio serio, nuestras costumbres eran muy distintas a las de ciudades europeas y Bogotá tenía características que le eran propias (Enciso, 1924).

La ley 66 de 1916, a pesar de algunos de sus logros, las campañas educativas, el mejoramiento de la nutrición de los niños a través de la gota de leche, no había logrado superar aún muchos problemas en Bogotá, las condiciones de vivienda seguían siendo deplorables, los servicios sanitarios deficientes a pesar de los logros y sobre todo la falta de dispensarios y de un sanatorio para tuberculosos eran algunas de las cosas que habían por realizar.

Con la ley 15 de 1925 la Dirección Nacional de Higiene paso a llamarse Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, dependiente del Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública, por consiguiente, se formaron dos grandes secciones, la primera, Higiene General y Administrativa; y la segunda, Asistencia Pública Nacional (Montoya & Manrique, Higiene Social y Asistencia Pública. , 1925).

Se hace especial énfasis en la segunda sección de la Ley 15, que tiene más relación con el tema de trabajo. Esta comprendía la inspección de los hospitales, asilos, hospicios, orfanatos, gotas de leche, salas cuna, consultorios gratuitos, dispensarios, casas de salud, y demás establecimientos de estas clases, fueran oficiales o particulares. La ley 15 estipulaba que la asistencia pública estaría encargada de las campañas contra las enfermedades venéreas y de tuberculosis, como también de la protección de la infancia (Montoya & Manrique, Higiene Social y Asistencia Pública. , 1925). Desde hacía tiempo los higienistas venían promoviendo la idea de unificar la asistencia social y la higiene, se consideraba importante tener control sobre las instituciones de beneficencia, las cuales no siempre funcionaban de manera eficiente y escapaban a la inspección del gobierno local en materia de normas de higiene y administración.

Teniendo en cuenta que los dispensarios fueron la base de la campaña antituberculosa y el paso preliminar para la construcción de los hospitales sanatorios, es importante conocer los servicios que prestaban en especial en Bogotá. Estos eran fundamentales en la organización de las campañas antituberculosas, estaban destinados al reclutamiento, estudio y clasificación de los enfermos, contaban con personal médico especializado, enfermeras visitadoras, con estudio radiológico para los enfermos, laboratorio para el examen de esputos, una salón de examen clínico,

sala de neumotórax, sala de Rayos X, un cuarto para laboratorio y otro para oficina de archivo y estadística (Leyva, 1934).

El dispensario de la Cruz Roja Fernando Troconis, fundado en 1932 en Bogotá, funcionó en un edificio construido en terrenos de la Serpentina, lote de su propiedad. Para su sostenimiento contó con la cooperación del gobierno nacional y el municipio de Bogotá. Una importante contribución de este dispensario en la lucha contra la tuberculosis fue solucionar el grave y antiguo problema de los presos tuberculosos, con la asignación de un pabellón para los presos, equipado con servicios de cocina, lavandería. La alimentación y el tratamiento de los presos se hacían por contrato con el Ministerio de Gobierno. El profesor Henry Beecher, destacado tisiólogo norteamericano, en visita realizada al dispensario expuso la novedad de este tipo de organización que aún no existía en su país (Llinás, 1942). En predios donde funcionó este dispensario, más adelante se construyó el hospital Santa Clara y el Pabellón infantil de la LAC.

Para 1937 existían cuatro dispensarios en el país: Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín, bien organizados y dirigidos; de cuatro mil consultas, 700 habían obtenido un diagnóstico positivo. En la fundación de dispensarios se presentaban inconvenientes y resistencias por las autoridades y el público, escasez de personal médico especializado, los profesionales tenían temor al contagio de la enfermedad, los bajos sueldos tampoco eran un incentivo (Caicedo castilla, 1938).

No siendo suficientes los dispensarios fue necesario el decreto 2326 de 1938, el cual obligaba a los hospitales generales a colaborar en la campaña antituberculosa nacional, de 623 camas en 1937 se pasó a 1600 camas en 16 dispensarios, se pensaba abrir ocho más (Caicedo castilla, 1938). Esto se constituía en un paso firme para pensar en la construcción de hospitales sanatorios y el comienzo del proyecto de la Liga Antituberculosa Colombiana.

LIGA ANTITUBERCULOSA COLOMBIANA

En el año de 1937, siendo presidente Alfonso López Pumarejo, surgió la Ley 20 de 1937, que permitió la creación de la Liga y de la estampilla antituberculosa. También determinó que la nación y bajo la Dirección del Departamento Nacional de Higiene se organizaría la campaña antituberculosa, contando sobre la base de dispensarios, pabellones, sanatorios y preventorios para atender a los niños débiles en posibilidad de infectarse o ligeramente infectados. Una vez estuvieran funcionando las instituciones mencionadas, se autorizaría para que la Dirección Nacional de Higiene, previo estudio del problema, estableciera en el país la vacuna antituberculosa, la enseñanza obligatoria de la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas (especialmente de la tuberculosis), el examen anual de los órganos respiratorios de maestros y alumnos (Liga Antituberculosa Colombiana, 1991). Estas

serían acciones de las cuales la Liga desempeñaría una labor importante en la lucha contra la tuberculosis en comunión con el Ministerio de Trabajo, Higiene y Protección Social.

La Liga Antituberculosa en Bogotá, en un comienzo concentró sus esfuerzos en crear el Pabellón Infantil en el Hospital Santa Clara, la escuela Modelo y la escuela Santa Clara que recibía niños pretuberculosos, la fundación de un hogar para niños y una sala cuna para niños hijos de madres tuberculosas. Estas instituciones encaminadas a colaborar en la lucha antituberculosa se hacían necesarias en la medida que los tratamientos para la enfermedad requerían de hospitalización con tratamientos largos que podían ir de 12 a 18 meses, además que se requería del aislamiento de los enfermos por el carácter contagioso de la tuberculosis.

Por tanto, los objetivos de la Liga eran propiciar el auxilio a los enfermos que carecieran de medios para tratar la tuberculosis y no tuvieran formas de sostenerse económicamente durante la enfermedad, mejorar las condiciones de vida de los niños, colaborar con el Estado en las diferentes Campañas antituberculosas y crear comités en los diferentes departamentos del país.

HOSPITAL SANATORIO SANTA CLARA

El hospital Santa Clara, al igual que las acciones desarrolladas por la Liga en sus primeros momentos, se debieron en gran parte a Lorencita Villegas de Santos, su sensibilidad por los niños y la personas enfermas la llevaron a emprender con ayuda de su esposo Eduardo Santos, Presidente de la Republica en el periodo 1938-1942, las obras necesarias para asistir de una manera más eficiente y humana a los enfermos de tuberculosis, que a la fecha de 1938 eran atendidos en unas condiciones bastante deplorables como sucedía en el Pabellón San Juan de los Barrios del Hospital de la Misericordia (Rueda Perez, 1992).

En 1942 se inaugura el Hospital Sanatorio Nacional Santa Clara, con una capacidad para 100 hombres, 100 mujeres y 50 niños en el Pabellón infantil que estaba a cargo de la Liga. Su actividad se centró en el tratamiento médico quirúrgico de la tuberculosis en todas sus manifestaciones, fue pionero en los avances científicos y técnicos desarrollando diferentes técnicas quirúrgicas. El hospital se convirtió en el primer centro quirúrgico de tórax y el de mayor importancia en el país en cuanto a tratamiento de tuberculosis (Rueda Perez, 1992).

Conclusiones.

La normatividad y creación de instituciones asociadas a erradicar la tuberculosis, tienen su origen en la política de medicina social introducida en Europa desde la segunda mitad del siglo XVIII, en especial de Francia. Los factores asociados a la proliferación de la tuberculosis, la nutrición, la miseria, el hacinamiento, el alcoholismo, el exceso de trabajo, no fueron de exclusividad de un determinado lugar, más bien han sido características que se han presentado en diferentes periodos

históricos de países desarrollados y en vías de desarrollo. En el caso de Colombia, mientras la tuberculosis estaba en ascenso a comienzos del siglo XX, en Europa estaba en descenso, esto se debió al proceso retardado del capitalismo, que con el urbanismo generó problemas de higiene y salubridad en Bogotá.

La tuberculosis como enfermedad infectocontagiosa llevó a que las autoridades gubernamentales de Bogotá emprendieran acciones específicas contra este flagelo; aunque tardíamente, las normas profilácticas, las campañas antituberculosas y la creación de instituciones, contribuyeron a controlar los índices de mortalidad y a mejorar las condiciones de tratamiento. También, el avance de las condiciones higiénicas y sanitarias que se venían desarrollando, principalmente desde finales de la década de los años veinte en Bogotá, fueron fundamentales en la lucha contra la tuberculosis. Hacia finales de la década del cuarenta, las condiciones de salubridad e higiene habían mejorado notablemente, aunque la tuberculosis seguía siendo un problema de salud pública. A partir de la creación del Ministerio de Higiene en 1946, surgieron nuevas políticas en materia de salud pública que incidieron en la lucha contra la tuberculosis, los avances en la quimioterapia y tratamiento conformarían una nueva etapa en la lucha contra la tuberculosis.

Referencias

1. Armus, D. (2007). *La ciudad impura: salud tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
2. Caicedo castilla, J. J. (1938). *Anexo a la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y previsión Social*. Bogotá: Gráfico.
3. Cavelier, J. (1949). *Memoria del Ministerio de Higiene*. Bogotá: imprenta Nacional.
4. Coalla, H. (20 de julio de 1898). Informe del Alcalde. *Registro Municipal de Bogotá*, pág. 4520.
5. Coalla, H. (10 de abril de 1899). Informe del alcalde. *Registro Municipal de Bogotá*, pág. 4813.
6. De Carrizosa, M. (27 de marzo de 1960). La Liga Antituberculosa Colombiana, obra de Lorencita. *El Tiempo*, pág. 14.
7. Enciso, E. (1924). Mortalidad por cáncer y tuberculosis en Bogotá. *Repertorio de medicina y cirugía*, 584.
8. Garcia Medina, P. (1918). Sexta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana de Montevideo. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 417.
9. Gonzalez García, J. (2 de julio de 1927). Informe del señor Personero Municipal sobre adquisición de terrenos en el Paseo Bolívar. *Registro Municipal Bogotá*, pág. 1754.
10. *Legislación colombiana sobre higiene y sanidad*. (1937). Bogotá: Litografía Colombia.
11. Leyva, L. e. (1934). *Academia Nacional de Medicina. Estudio sobre higiene y asistencia pública*. Bogotá: Cromos.
12. Liga Antituberculosa Colombiana. (1991). *Estatutos Liga Antituberculosa Colombiana y de Enfermedades Respiratorias*. Bogotá: Gente Nueva.
13. Llinás, J. (1942). Dispensario Antituberculoso de la Cruz Roja Nacional. *Revista de la Cruz Roja Colombiana*, 897.
14. Lombana, J. M. (1910). Fundación de lazaretos departamentales. *Revista Médica de Bogotá*, 803.
15. Lombana, J. M., & Michelsen, C. (1903). Prevención del alcoholismo. *Revista Médica de Bogotá*, 803.
16. Mckeown, T. (1981). *Introducción a la medicina social*. Bogotá: Siglo XXI Editores.
17. Mejía Pavony, G. (2000). *Los años del cambio: Historia urbana de Bogotá 1810-1910*. Bogotá: Ceja.
18. Montaña, E. (1922). Lucha antialcohólica. El alcoholismo en Colombia y medios de combatirlo. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 481.
19. Montoya, J., & Manrique, J. (1916). Otra campaña. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 2.
20. Montoya, J., & Manrique, J. (1925). Higiene Social y Asistencia Pública. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 321.
21. Municipal, R. (abril de 1899). *Registro Municipal*, pág. 4813.

22. Municipal, R. (23 de enero de 1922). Proyecto de Acuerdo por el cual se organiza la asistencia pública. *Registro Municipal*, pág. 325.
23. Muñoz, L. (1935). *la tragedia biológica del pueblo colombiano*. Cali: Editorial América.
24. Noguera, C. E. (2004). *medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en colombia*. Medellín: Eafit.
25. Rueda Perez, G. (1992). Evolución histórica. *Horizontes de Santa Clara*, 5.
26. Torres, C. (1912). Profilaxis de la tuberculosis en el medio obrero. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Sánchez Álvarez, José Guillermo. Lucha Contra La Tuberculosis En Bogotá: 1900-1946. *Rev salud hist sanid on-line* 2011; 6 (2):36-50 Disponible en: <http://www.histosaludptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2011