



**CONTRASTES DEL DISCURSO MÉDICO Y LAS PRÁCTICAS HIGIENISTAS EN
TORNO A LA PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS. LOS CASOS DE CALI Y BUENOS
AIRES (1890-1930).**

Trabajo de grado para optar por el título de Licenciado en Historia

Jesús David Patiño Humanes

Código: 1840973

Directora de trabajo de grado:

Aceneth Perafán Cabrera, Ph. D

Universidad del Valle

Facultad de Humanidades

Departamento de Historia – Licenciatura en Historia (3251)

Santiago de Cali

Resumen

El presente trabajo de investigación se enfoca en realizar un análisis comparativo de la construcción del discurso médico acerca de la tuberculosis en las ciudades de Cali y Buenos Aires durante el período comprendido entre 1880 y 1920. Este estudio se examina las ideas, nociones, conceptos, metáforas y experiencias médicas relacionadas con la tuberculosis, explorando cómo se articulan elementos culturales, literarios, sociales y ambientales que influyeron en la forma de pensar la sociedad y el individuo frente a esta enfermedad. El primer capítulo ofrece un análisis conciso de la etiología y tratamiento de la tuberculosis a lo largo de la historia, destacando los principales paradigmas médicos que han sido utilizados para comprender esta enfermedad. Se examinan los enfoques históricos desde la antigüedad hasta el siglo XIX, lo que permite contextualizar la evolución del pensamiento médico sobre la tisis. En el segundo capítulo, se profundiza en el estudio de la representación de la tisis en los discursos médicos de Cali y Buenos Aires, resaltando tanto las similitudes como las diferencias entre ambas ciudades. Se analizan las narrativas médicas, los discursos públicos y las representaciones de la tuberculosis, explorando cómo estas construcciones discursivas influenciaron la percepción y el manejo de la enfermedad en cada contexto. Finalmente, el tercer capítulo se centra en examinar las respuestas y acciones implementadas para contrarrestar los efectos de la tuberculosis en las sociedades estudiadas. Se analiza cómo el discurso médico moldeó las prácticas higiénicas y las políticas de salud pública en relación con el cuerpo social, urbano y ambiental. Se aborda también el impacto de las medidas preventivas y terapéuticas en la vida cotidiana de los habitantes, así como en la configuración de los espacios urbanos y la organización social.

Palabras clave: Tuberculosis, discurso médico, enfermedad, prácticas higiénicas, etiología.

Agradecimientos

A mi querida madre, cuyo amor incondicional siempre me ha dado fortaleza.

A cada uno de mis profesores y compañeros, quienes con su sabiduría y colaboración han dejado una huella en mi formación académica.

A la profesora Aceneth Perafán, cuyas orientaciones, consejos y apoyo han sido fundamentales para este logro.

A mis amigos, quienes hicieron más llevaderos los desafíos del camino universitario.

A María Melo, por siempre haber creído en mí, aun en mis momentos de duda y desánimo.

Mi más sincero agradecimiento.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: EPISTEMOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS	24
1.1. Breve historia de la Tuberculosis: entre la etiología y su tratamiento.	24
1.2. Escuelas de medicina en la etiología de la tuberculosis:	33
1.3. Etiología sobre la tuberculosis adoptada en América Latina.....	41
CAPÍTULO II: ENTRE CIUDADES IMPURAS	51
2.1. Representación de la enfermedad: tuberculosis en los discursos médicos.....	51
2.2 Etiologías para comprender un mal: entre la herencia y el contagio	53
2.3. Representación social, raza y tuberculosis	58
2.4. Causas sociales de la tuberculosis: excesos, vicios y miseria	61
2.5. Cuestión social y problema público: La tuberculosis evitable	72
CAPÍTULO III: RESPUESTAS DESPLEGADAS PARA CONTROLAR EL MAL	77
3.1. La Lucha antituberculosa	77
3.2. Leyes e instituciones creadas para prevenir el contagio y tratar al enfermo	79
3.3. Educación y conducta higiénica	94
3.4. Alcances de la lucha antituberculosa	100
CONCLUSIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han sido compañeras ineludibles del ser humano, surgiendo como obstáculos que han afectado sus vidas de maneras diversas. Dondequiera que aparecen, generan desgracia y afectan la salud, a veces incluso con consecuencias fatales, como la muerte. En la antigüedad estas graves afecciones que cundían de manera vertiginosa entre la población eran conocidas como pestes. Estas enfermedades, caracterizadas por su naturaleza infecciosa y contagiosa, lograron inscribirse en la historia de numerosas sociedades en todo el mundo, dejando cicatrices en aquellas comunidades que las padecieron.

Conforme a ello, estas enfermedades han asumido distintas categorías, desde epidemias, endemias y pandemias, transformando de manera significativa las sociedades que tuvieron el infortunio de experimentar sus efectos devastadores. Han dejado una marca indeleble en la historia, influyendo de manera decisiva en el curso de los eventos y dando forma a la evolución de las civilizaciones hasta el día de hoy. Su impacto perdura, recordándonos la importancia de la prevención, la investigación médica y la solidaridad global en la lucha continua contra las enfermedades que amenazan la salud humana.

En la amplia gama de enfermedades que han afectado a la humanidad, destaca la tuberculosis, cuya historia se remonta a aproximadamente 20.000 años y ha dejado una huella significativa en términos de letalidad a lo largo del tiempo. Debido a su impacto profundo en las poblaciones humanas, ha sido objeto de diversas interpretaciones que buscaron explicar su origen y tratamiento. Sin embargo, sería solo a finales del siglo XIX cuando los avances en bacteriología moderna permitieron identificar con precisión el bacilo responsable de esta enfermedad.

En el marco de estos descubrimientos biomédicos, la tuberculosis se vio influida por las transformaciones urbanas e industriales de principios del siglo XX. En esta época, los círculos científicos e intelectuales establecieron vínculos entre esta patología y el hacinamiento en las fábricas, la pobreza y hábitos considerados pecaminosos. Así, la tuberculosis fue asociada a causas sociales, propagándose de manera particularmente marcada entre los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Este enfoque socio médico

contribuyó a la comprensión integral de la enfermedad y su relación con los entornos y condiciones de vida de la época.

En ese sentido, el discurso médico destinado a definir la tuberculosis fue significativamente moldeado por los paradigmas científicos, biológicos y sociales que estructuraron diversas categorías con el propósito de comprender su dinámica contagiosa y explorar opciones de tratamiento. En una época en la que no se disponía de antibióticos eficaces para el tratamiento de los afectados, la incertidumbre y la ansiedad se apoderaron de los gremios médicos. Estos profesionales se esforzaron por explicar las causas biológicas, urbanas, ambientales y sociales de esta enfermedad, también conocida como la "peste blanca".

En consonancia con lo expuesto, el objetivo de esta investigación es contrastar el discurso médico desarrollado en torno a la tuberculosis en las ciudades de Santiago de Cali y Buenos Aires durante el periodo comprendido entre 1890 y 1930. Se busca llevar a cabo un ejercicio comparativo con el fin de proporcionar un contraste significativo entre estos dos casos de estudio afectados por este fenómeno. El estudio trasciende varias fronteras de análisis histórico al considerar las contribuciones de la historia ambiental, de la salud, urbana y sociocultural en la dinámica de contraste de ambas urbes. El propósito es desentrañar las percepciones médicas y las respuestas sociales a la tuberculosis en contextos urbanos específicos, contribuyendo así a una comprensión más completa de cómo esta enfermedad influyó y fue interpretada en dos entornos distintos durante el periodo mencionado.

Es relevante explorar el fenómeno de la tuberculosis entre finales del siglo XIX y principios del XX, ya que este periodo ofrece una ventana temporal propicia para examinar el contexto en el que las naciones dirigían sus esfuerzos hacia la idea de progreso, inmersas en un creciente movimiento global de modernización. En el discurso del personal de salud de esa época, se reflejaba el anhelo de un mejoramiento progresivo y la transformación de la sociedad. La ciudad moderna e industrial se consideraba un horizonte de vida esencial para toda la población.

La concepción de construir una ciudad moderna a principios del siglo XX estuvo respaldada por el impulso económico que transformaba los modos de producción existentes, donde el desarrollo industrial se erigía como el pilar de la sociedad. Sin embargo, la excesiva modificación del espacio físico, tanto natural como urbano, generó una serie de

problemáticas que impactaron la vida de los individuos. La intensa urbanización no planificada, el hacinamiento que confinaba a las personas en condiciones de estrechez, la falta de principios básicos de higiene y el subdesarrollo de servicios públicos fueron algunos de los factores que contribuyeron a la aparición de enfermedades infectocontagiosas, causando estragos significativos en la sociedad.

La presente investigación se inicia con un primer capítulo titulado: *Epistemología de la tuberculosis*, que presenta una breve exposición sobre la etiología y el tratamiento de la tuberculosis a lo largo de la historia. Este capítulo destaca cómo la comprensión de la etiología de la tuberculosis ha evolucionado a lo largo del tiempo, influenciada por diversos paradigmas médicos que han moldeado la interpretación de la enfermedad. A su vez, se busca evidenciar que la interpretación de la tuberculosis ejerce una influencia significativa en las estrategias de tratamiento adoptadas en cada época.

Asimismo, se abordan las teorías etiológicas que guardan mayor relación con el diagnóstico de la tuberculosis, destacando principalmente las teorías hereditaria y microbiana. Se busca proporcionar una comprensión detallada de estas teorías en el contexto del diagnóstico de la tuberculosis. De igual manera, se pretende mostrar cómo la recepción de estos conocimientos y prácticas se articulan mediante un proceso de selección y ensamblaje, en el cual dichas teorías fueron adaptadas y modificadas en respuesta a los contextos culturales, políticos e institucionales propios de América Latina.

El segundo capítulo denominado: *Entre ciudades impuras*, se centra en el estudio de la representación de la tuberculosis en los discursos médicos desarrollados en las ciudades de Santiago de Cali y Buenos Aires. Se examinan las corrientes de pensamiento predominantes entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. De igual manera, se destacan las categorías médicas empleadas para atribuir significado a la enfermedad en dichos discursos, así como la rejilla discursiva utilizada por los médicos, que incorpora conceptos como raza, pueblo, degeneración, fatiga, agotamiento, higiene y alcoholismo.

Se resalta cómo estos conceptos se aplicaron para identificar sujetos, acciones y situaciones catalogadas como generadoras de la enfermedad. Además, se examina la evolución de la tuberculosis a lo largo del tiempo, convirtiéndose progresivamente en un problema sujeto a intervención estatal, en concordancia con los principios del proyecto moderno. A lo largo de

este análisis, se contrastan continuamente las principales diferencias y similitudes presentes en los discursos médicos sobre esta patología, arrojando luz sobre las distintas perspectivas adoptadas por los profesionales de la salud en ambas ciudades.

En el tercer capítulo que se titula: *Respuestas desplegadas para controlar el mal*, se detallan las respuestas específicas desarrolladas por los gremios médicos para hacer frente a la tuberculosis. Se examina el papel desempeñado por el Estado en la formulación de leyes e instituciones destinadas a contener esta patología, dando origen al movimiento de la lucha antituberculosa. Se subraya cómo el objetivo primordial de este movimiento fue establecer prácticas higiénicas destinadas a prevenir el contagio en un período en el que no existía certeza médica ni cura para la enfermedad. La conclusión del capítulo incluye una evaluación de los logros alcanzados en esta lucha, destacando siempre las diferencias y singularidades entre ambos casos de estudio mediante el ejercicio comparativo.

Objetivo general

Comparar los discursos médicos y las prácticas higienistas implementadas contra la tuberculosis en las ciudades de Cali y Buenos Aires entre 1890 y 1930.

Objetivos específicos

1. Reconocer las principales bases del pensamiento médico y las medidas higiénicas orientadas a la profilaxis de la tuberculosis de las ciudades de Cali y Buenos Aires entre 1890 y 1930.
2. Identificar la compleja red causal de la tuberculosis en el espacio urbano de las ciudades de Cali y Buenos Aires entre 1890 y 1930.
3. Contrastar los efectos sociales en consecuencia de la propagación de la tuberculosis en las ciudades de Cali y Buenos Aires entre 1890 y 1930.

Justificación

La presente monografía surge a raíz del profundo interés investigativo en explorar las complejas interacciones entre los seres humanos y las enfermedades infecciosas a lo largo de la historia. En este sentido, se centra en la tuberculosis como objeto de estudio, con el propósito de contextualizarla históricamente. Este trabajo se inscribe en el campo de la historia sociocultural de las enfermedades, y se propone analizar la tuberculosis desde una

perspectiva multidimensional que abarca aspectos ambientales, culturales, sociales, políticos y económicos.

La enfermedad, considerada desde una perspectiva histórica, se revela como un fenómeno complejo que se sitúa en la intersección entre lo biológico y lo social. El enfoque de la historia sociocultural de las enfermedades permite explorar un amplio repertorio de prácticas y construcciones discursivas que reflejan las mentalidades y los contextos temporales y espaciales específicos. Resulta intrigante cómo la enfermedad ha representado a lo largo de la historia una constante lucha de la humanidad contra uno de sus mayores adversarios: los virus y bacterias.

Además, esta investigación posee un valor teórico al llenar un vacío de conocimiento en torno a esta temática de estudio, pues la historiografía existente sobre la tuberculosis en Colombia es escasa, de tal forma que la espacialidad y la temporalidad seleccionada, funciona como una oportunidad de contribuir a la generación del conocimiento histórico acerca de la epidemiología social, cultural e histórica de la tuberculosis. Lo anterior debido a que este enfoque pocas veces ha sido tenido en cuenta en Colombia para el análisis de las enfermedades, pues la mayoría de estudios existentes la abordan desde una perspectiva epidemiológica.

En relación a lo anterior, de acuerdo con Ortega, los investigadores sociales en Colombia se encuentran con invitación abierta a realizar trabajos que exploren estos procesos a lo largo del siglo XX en diferentes ciudades de Colombia, pues sigue estando la deuda de una historia general de la tuberculosis en Colombia, pero esperamos que trabajos como el presente, además de otras investigaciones venideras, aporten, desde la historia local, elementos que permitan hacer un análisis más amplio de este tema.¹

Por otro lado, el enfoque comparativo busca enriquecer aún más el análisis de la historia sociocultural de la tuberculosis. Se opta por analizar las investigaciones del historiador Diego Armus sobre la tuberculosis en Buenos Aires, Argentina, debido a su destacada labor en este ámbito dentro de Latinoamérica. Las investigaciones de Armus ofrecen un conjunto de

¹ Jorge Márquez y Oscar Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”, *Política & Sociedad* 10, n.º 19 (2011): 72-76.

https://www.researchgate.net/publication/274668908_Hacia_una_historia_de_la_lucha_antituberculosa_en_Colombia_DOI1050072175-79842011v10n19p71 (Consultado el 8 de abril de 2024).

variables que resultan idóneas para llevar a cabo una comparación exhaustiva en lo que respecta a conceptos, discursos, metáforas, expresiones, prácticas y publicidad relacionadas con la tuberculosis.

De este modo, en palabras de Elliot citado por Caballero, la evaluación de procesos históricos en diferentes naciones o entidades políticas y territoriales es una oportunidad de identificar tanto las particularidades de las historias locales como las similitudes con otros acontecimientos históricos en diversos contextos geográficos e históricos. Este enfoque permite discernir qué eventos históricos son el resultado de procesos más regionales o globales, lo que a su vez plantea nuevos interrogantes e incita a abordar problemas históricos desde una perspectiva más detallada.² Además, contrastar con otras realidades históricas puede dar lugar a interpretaciones teóricas y conceptuales innovadoras, enriqueciendo así el análisis histórico y proporcionando nuevos elementos para la formulación de nuevos problemas de investigación.

Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados, la presente monografía utilizará el método histórico, descrito por Gallardo como un procedimiento basado en corroborar la veracidad y la correcta interpretación de las fuentes históricas mediante dos fórmulas críticas, la heurística y la hermenéutica; la primera proporciona las herramientas para buscar, discriminar, clasificar y seleccionar las fuentes con las que se trabajará; la segunda permite la interpretación del contenido de las fuentes mediante la aplicación de procedimientos de análisis y sistematización con el fin de deducir relaciones entre los distintos factores que intervienen en el objeto de estudio, establecer vínculos con otras coyunturas, procesos históricos y extraer conclusiones útiles para la construcción del conocimiento histórico.³

A su vez, se hará uso de una metodología cualitativa, basada en lograr captar la realidad social a través de los sujetos de estudio, a partir de la percepción que tienen de su propio

² Boris Alexander Caballero Escorcía, “La historia comparada. Un método para hacer Historia”, *Sociedad y Discurso*, n.º 28 (2015) 53-54. <https://journals.aau.dk/index.php/sd/article/view/1434/1166> (Consultado el 08 de abril de 2024).

³ Gallardo Marjorie, “Formulación de hipótesis en investigaciones históricas”, *Revista Ensayos Militares* 3, n.º 2 (2017): 111. <https://revistaensayosmilitares.cl/index.php/acague/article/view/71/72> (Consultado el 29 de marzo de 2024).

contexto.⁴ Con dicha metodología se busca captar los valores, opiniones, percepciones, creencias y preferencias de los sujetos de estudio en relación a un fenómeno.⁵ Como el objeto de estudio es el discurso médico alrededor de la tuberculosis, se plantea que dicha metodología es la que permite acercarse realidad construida por los sujetos alrededor del fenómeno que representó esta patología.

Asimismo, el estudio de la enfermedad se adscribe bajo el enfoque de la historia socio cultural, descrito por Armus como aquellas narrativas que discuten la historización de lo normal y lo patológico, las ideas y discursos sobre el cuerpo individual y social, las metáforas y experiencias asociadas a una enfermedad, los avatares de medicalización y la competencia o complementariedad en las ofertas de cura provenientes de la biomedicina, las instituciones de cura, asistencia, disciplinamiento y control médico-social, las condiciones materiales de vida y de trabajo y sus efectos en la mortalidad y la morbilidad.⁶

Adicionalmente, de acuerdo al planteamiento de Perafán, las enfermedades pueden analizarse siguiendo la relación existente entre la naturaleza y los seres humanos, un enfoque dirigido a los distintos procesos de transformación que ocurren en el medio y sus consecuencias, como podría ser el desarrollo de las epidemias.⁷ Así pues, las enfermedades, lejos de ser meros eventos biológicos, ofrecen una ventana única para explorar diversos aspectos ambientales, sociales y urbanos. Al abordarlas desde una perspectiva multidisciplinaria, podemos trascender su mera epidemiología y comprender su impacto más amplio en la sociedad.

Cabe agregar, que se hará uso del enfoque comparativo para encontrar relaciones y diferencias entre los objetos de estudio, en este caso la tuberculosis en dos contextos. Al respecto determina Makón, que el método comparativo en ciencias sociales se realiza entre unidades macrosociales (sociedades, culturales, instituciones, normas, estados, países) como también entre grupos sociales más reducidos; dicha comparación supone el análisis de las

⁴ Arturo Sánchez, Angélica Murillo, “Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa”, *Debates por la Historia* 9, n.º 2 (2021): 154.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=655769223006> (Consultado el 29 de marzo de 2024).

⁵ Sánchez y Murillo, “Enfoques metodológicos en la investigación histórica...”, 154.

⁶ Diego Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? Enfoques, problemas, historiografía”, *Investigaciones y Ensayos*, n.º 66 (2018): 28.
https://iye.anh.org.ar/index.php/iye/article/view/IyE_N_66_A2/7676-17439-1-PB (Consultado el 08 de abril de 2024).

⁷ Perafán, “Las prácticas higienistas en el entorno urbano caleño...”, 35-40.

acciones de los agentes históricos involucrados y/o de las características estructurales del fenómeno estudiado, en relación a cuáles unidades son comparables, si poseen elementos en común y aspectos diferentes.

Sobre este enfoque, declara Torres citando a Bloch, en el análisis histórico consiste en elegir uno o más medios sociales diferentes, dos o más fenómenos que a primera vista parecen presentar ciertas analogías entre sí, describir sus curvas evolutivas, contrastar las similitudes y las diferencias y explicarlas en la medida de lo posible; de tal forma que se busca la originalidad en las sociedades puestas en comparación, cuestión que no es solamente determinar si son o no diferentes, sino de establecer los rasgos precisos que las distinguen.⁸

Estado del arte

El presente estudio se sitúa en el contexto del análisis de una enfermedad en perspectiva histórica, en este caso la tuberculosis. Antes de adentrarnos en la investigación, es fundamental realizar un análisis del conocimiento existente sobre dicha patología en los casos de estudio seleccionados. La revisión del estado del arte revela que las principales investigaciones se encuentran en los trabajos realizados por Aceneth Perafán y Diego Armus, quienes abordaron la tuberculosis desde enfoques de la historia ambiental, urbana, sociocultural y la salud pública. Estas investigaciones han contribuido significativamente a la comprensión de la tuberculosis en las ciudades de Cali y Buenos Aires, ya que reúnen variables que son susceptibles al análisis y el ejercicio comparativo.

En este sentido, en el caso de Cali el trabajo realizado por Perafán, titulado *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica. Cali a comienzos del siglo XX*⁹, tiene como objetivo principal el estudio de las características higiénicas y sanitarias en la región del Valle del Cauca, haciendo énfasis en el espacio urbano caleño en el periodo comprendido entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Examina el problema que representaron las epidemias para la ciudad, como también la normativa, medidas de control y prevención que fueron asumidas por parte del sector médico que fomentó la higiene para contrarrestar a las enfermedades. Esta investigación es significativa, porque hilvana el enfoque de la salud, la

⁸ Makón, “Métodos comparativos en ciencias sociales...”. 2-3.

⁹Aceneth Perafán Cabrera, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali a comienzos del siglo XX*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2021.

higiene y el ambiente, desde una perspectiva histórica que analiza los tópicos de orden cultural, socioeconómico, ambiental y sanitario. El capítulo titulado: *Una ciudad enferma entre el abandono, el desprecio y la moral*. Dedicó 2 subcapítulos al estudio de la tuberculosis, a saber: *La tuberculosis en Cali: Un terrible flagelo desatendido*; como también, *El bienhechor de los tuberculosos en Cali*.

El primer apartado tiene como propósito mostrar cómo la enfermedad tenía una relación directa con la situación socioeconómica de la población de bajo recursos, pues factores como el hacinamiento, la malnutrición, la falta de preceptos básicos en higiene; propias de este sector, condicionaron a este grupo social a contraer la tuberculosis. A su vez, muestra el grave problema de salud pública generado por esta enfermedad, como también la normatividad surgida de acuerdo al movimiento de la lucha antituberculosa con la Ley 66 de 1916. Además, muestra cómo la ocurrencia de la enfermedad fue mayor en los espacios donde se suponía había mayor aglomeración de personas, la intervención y regulación del espacio público y privado por desinfecciones, fumigaciones, avisos y demás medidas materializadas para controlar el contagio en colegios, casas, templos, fábricas, talleres, hoteles, etc.¹⁰

El segundo apartado, tiene como objetivo mostrar las figuras importantes del gremio médico que participaron en la aplicación de medidas contra la tuberculosis, es el caso del médico Mario Correa Rengifo, quien encaminó sus esfuerzos a ayudar a los *tísicos*, como él les llamaba, impulsando espacios de curación como el pabellón antituberculoso. Igualmente, el apartado funciona para conocer las cifras de mortalidad de tuberculosis para la época de acuerdo a la estadística que se consolidaba a principios del siglo XX. Por último, muestra cómo la tuberculosis se dio para pensar la mortalidad en relación a los oficios de las personas, razón por la que el apartado ofrece cifras de mortalidad según las profesiones de los caleños.¹¹

Además, el artículo titulado *Las prácticas higienistas en el entorno urbano caleño, durante la primera mitad del siglo XX*¹² tiene como propósito mostrar desde la perspectiva de la historia ambiental, aspectos relacionados con las prácticas higiénicas en la ciudad de Cali.

¹⁰ Perafán, “Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...”. 165-171.

¹¹ Perafán, “Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...”. 171-178.

¹² Aceneth, Perafán, “Las prácticas higienistas en el entorno urbano caleño, durante la primera mitad del siglo XX”, *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 18, n.º 1 (2013).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-20662013000100003 (Consultado el 29 de marzo de 2024).

Dicho trabajo destaca algunos problemas sanitarios representados por el abastecimiento de agua, el sistema de desagüe urbano, los servicios de higiene y las enfermedades. Asimismo, muestra la construcción del acueducto y el alcantarillado como una respuesta a los temas de salubridad, el crecimiento demográfico, industrial y urbano, y al logro de mejores condiciones de vida de la población. Este trabajo expone cómo la tuberculosis fue una de las enfermedades que se propagó peligrosamente entre la población caleña, esto debido a las condiciones higiénicas que generaron que esta enfermedad representará un problema para las autoridades municipales que tuvieron que tomar medidas como la creación del sanatorio antituberculoso.

Por otro lado, para el caso de Buenos Aires, está el trabajo realizado por Diego Armus, titulado *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*¹³ el cual tiene como objetivo principal mostrar el efecto social y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires entre 1870 y 1950. En su enfoque de la historia sociocultural de la enfermedad, emplea fuentes como obras literarias, avisos publicitarios, entrevistas, discursos, políticas sanitarias y letras de tango; para mostrar cuál fue la representación social y cultural de la tuberculosis, problemática analizada junto a variables como el aumento demográfico, la migración, el hacinamiento y la higiene.

Esta investigación muestra de qué forma se estructuró el discurso en torno a la tuberculosis, influenciado enormemente por teorías europeas y norteamericanas en un momento donde la bacteriología y la herencia eran los paradigmas dominantes del conocimiento médico. Como también, los tópicos literarios que formaron la tuberculosis como una enfermedad que fue recurso para hablar de pobreza y marginalidad. Lo que supuso el señalamiento de este grupo social como sucio, antihigiénico y reproductor de la enfermedad. Asimismo, detalla el recurso de la higiene como la herramienta transformadora de la sociedad en términos materiales, morales y hábitos del sujeto moderno. Un proceso que cabalgó sobre el aprendizaje, la novedad y la tradición; construyendo así una nueva cultura higiénica que

¹³ Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007: 16-25.

https://www.academia.edu/34117394/La_ciudad_impura_Salud_tuberculosis_y_cultura_en_Buenos_Aires_1870-1950?fbclid=IwAR2Qf4r4sZSiciQ1Z0v1XJeS7qNUdmQGW3es3bne50gROWb-iO8EiVqIBa4 (Consultado el 29 de abril de 2023).

devino a la par con la consolidación de la salud pública que los médicos impulsaron a través de sanatorios, hospitales y dispensarios.

Marco teórico

Es fundamental explorar los enfoques actuales que dan fundamento teórico al estudio de la enfermedad en perspectiva histórica, los cuales proporcionan un contexto comprensivo para el análisis del problema de investigación y la interpretación de los resultados obtenidos. En relación a lo anterior, establece Armus que el lugar de la enfermedad en la historia se encuentra actualmente entre los campos de las humanidades, las ciencias sociales y la biomedicina; sus líneas de investigación dominantes están en la historia de la salud, la historia sociocultural y la historia biomédica.¹⁴

El propósito de la interdisciplinariedad es hilvanar a la enfermedad con múltiples dimensiones de estudio que permiten evidenciar que una patología es más que un simple virus o bacteria, es una oportunidad para demostrar las representaciones, las políticas y las experiencias asociadas a la aparición de una patología en una sociedad.¹⁵ Las categorías de análisis que suscitan en la actualidad investigar en este campo de estudio, da a conocer Armus, están referidas a construir narrativas de las ideas y discursos sobre el cuerpo social, la medicalización a través de las instituciones de asistencia y el control médico-social, las condiciones materiales de vida-trabajo y los efectos sociales en mortalidad y morbilidad.¹⁶

Las obras que se mencionan a continuación, son algunos trabajos de investigación realizados en torno a la tuberculosis como fenómeno de estudio en la historiografía de América Latina. La intención de este marco radica en identificar las principales líneas de investigación, las metodologías empleadas, las dimensiones de estudio abordadas, los marcos de experiencia asumidos; como también, las limitaciones que se pueden encontrar al momento de estudiar la tuberculosis en perspectiva histórica. Este repertorio de investigaciones, funciona como un

¹⁴ Diego Armus, “Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna”, En *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*, compilado por Diego Armus (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005), 14-25.

https://www.academia.edu/34117533/Avatares_de_la_medicalizaci%C3%B3n_en_Am%C3%A9rica_Latina_1870_1970 (Consultado el 29 de marzo de 2024).

¹⁵ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 23-28.

¹⁶ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 29-30.

recurso que permite direccionar el presente trabajo de investigación, en concordancia con los modos en que abordaron el fenómeno los diversos autores que se muestran a continuación.

Nueva historia de la medicina

Señala Armus, que esta línea de investigación busca tensionar la historia natural de la enfermedad y los inciertos desarrollos que marcan la producción de conocimiento médico y biomédico, se centra alrededor de los saberes, triunfos, errores, prácticas y consensos científicos; elementos contextualizados en un espacio geográfico determinado bajo el desarrollo de una enfermedad.¹⁷ Es una narrativa que se esfuerza en contextualizar las patologías en sus dimensión social, cultural y política; donde se resalta el papel de los médicos, las instituciones y los tratamientos.¹⁸ La historia natural de la enfermedad, la podemos evidenciar en ese arduo esfuerzo que hacen los investigadores por rastrear la prevalencia de la tuberculosis en distintas épocas. Una de las categorías que es posible encontrar aquí refiere a la morbilidad y mortalidad de la enfermedad; de tal forma que se señalan las siguientes obras que rastrean la tuberculosis y muestran su impacto demográfico.

Para el caso de Argentina se destaca el estudio efectuado por Adrián Carbonetti, titulado *Historia epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina. 1914-1947*¹⁹ cuyo objetivo es analizar la tasa de mortalidad provocada por tuberculosis en Argentina entre 1914 y 1947, estudia la incidencia de esta enfermedad según la edad y el sexo, a su vez describe su nivel de expansión en las distintas regiones del territorio argentino mediante un análisis comparativo. El autor considera que la tuberculosis formó parte del proceso de transición epidemiológica y representó una de las causas principales de muerte en el momento de la transición. Concluye con que la tuberculosis constituyó un problema sanitario en los momentos en que no existían tratamientos efectivos para combatirla, en ese sentido fue una de las principales causas de muerte desde 1918 hasta 1930.

¹⁷ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 24-25.

¹⁸ Armus, “Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América...”, 14-15.

¹⁹ Adrián Carbonetti, “Historia epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina. 1914-1947”, Estudios, n.º especiales (2012).

https://www.researchgate.net/publication/277245481_Historia_epidemiologica_de_la_tuberculosis_en_la_Argentina_1914-1947 (Consultado el 29 de marzo de 2023).

De especial interés es el estudio desarrollado por María Rodríguez, titulado *Medicina, eugenesia y género: el aborto terapéutico en las mujeres con tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930*,²⁰ el cual tiene como objetivo analizar el aborto terapéutico como parte de un recurso médico orientado a salvaguardar la salud y la vida de la mujer gestante tuberculosa, a partir de la relación entre tisis y embarazo que se encuentra en los discursos y experiencias clínicas del personal de la salud de Buenos Aires entre 1920 y 1930. A su vez, el texto aborda el papel que jugaron los médicos como agentes públicos de poder en la efectución de medidas que buscaban la perfección física y moral de la sociedad nacional, bajo una agenda eugenésica que procuró detener el paso de la tuberculosis, concebida como un obstáculo para el perfeccionamiento de la raza. Destaca que el criterio de los médicos sobre las tísicas embarazadas respondió a una tendencia conservadora de la gestación y la capacidad reproductiva de estas mujeres, de ahí que las terapéuticas respaldaron la realización de abortos y esterilizaciones a las tuberculosas en pro de controlar su reproducción. Las decisiones y prácticas fueron definidas de acuerdo a valores y expectativas androcéntricas que consolidaron la identificación de la mujer en un rol socialmente deseable por las instituciones imperantes y el poder de los médicos.

En lo que respecta a los estudios colombianos, la investigación que realiza Álvaro Idrovo, titulada *Tuberculosis prehispánica en muiscas de la sabana de Bogotá*,²¹ busca analizar porqué los Muiscas padecieron de tuberculosis, siendo esta una enfermedad que ha estado acompañando al hombre desde la antigüedad, según los estudios arqueológicos que posibilitan conocer su huella en los restos óseos, permitiendo de esta forma el análisis de esta enfermedad en el Viejo Mundo. El autor concluye que las condiciones de vida y las condiciones ambientales de los Muiscas, permitieron el desarrollo y la transmisión de la tuberculosis, esto principalmente por la vía respiratoria. Pese a lo anterior, la frecuencia de presentación clínica de tuberculosis entre los muisas, no debió ser un gran problema de salud

²⁰ María Laura Rodríguez. “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico En Las Mujeres Con Tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930.” *Anuario Colombiano de Historia Social y de La Cultura* 45, n.º 1 (2018). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/67556> (Consultado el 29 de marzo de 2024).

²¹ Álvaro Idrovo, “Tuberculosis prehispánica en muisas de la sabana de Bogotá”, *Revista de la Facultad de Medicina* 45, n.º 1 (1997). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31630/31653> (Consultado el 29 de marzo de 2024).

pública debido a que no existieron condiciones de hacinamiento y los excelentes hábitos higiénicos originados por el culto al agua, facilitaron un cuadro clínico de poca afectación.

La investigación que llevan a cabo Hugo Sotomayor, Javier Burgos y Magnolia Arango, titulada *Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de Mycobacterium tuberculosis*²² tiene como objetivo determinar la presencia de tuberculosis en una momia encontrada en una cueva del departamento de Santander Colombia, la cual perteneció a la sociedad prehispánica guane. Mediante estudios radiológicos por tomografía computarizada y la toma de muestras de tejido pulmonar, encontraron la presencia de tuberculosis responsable del mal de Pott, como también a partir del tejido pulmonar se pudo determinar utilizando la ribotipificación con genes de la fracción 16S del ribosoma. La investigación concluye con la sustentación y afirmación de la existencia de la tuberculosis en la Colombia prehispánica.

El trabajo de investigación que efectúa Sigifredo Ospina, titulado *La tuberculosis, una perspectiva histórico-epidemiológica*²³ busca presentar una revisión general de los aspectos históricos y epidemiológicos de la tuberculosis en el mundo y en Colombia, hace especial énfasis sobre la situación actual de la enfermedad en número de casos, el tipo de población más afectada, los factores que se relacionan, el problema de la resistencia de la micobacteria a los medicamentos y la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana. Como conclusión, de acuerdo a la declaración de la OMS del año 1993, el autor establece la tuberculosis como una urgencia de carácter mundial, de tal forma que sugiere acciones y estrategias para enfrentar la enfermedad.

Historia de la salud: una línea en creciente expansión

Declara Armus que esta línea de investigación se enfoca en el poder, las instituciones y la profesión médica, discute los problemas epidemiológicos de forma plural, las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva y los momentos en los que el Estado o

²² Hugo Sotomayor, Javier Burgos y Magnolia Arango, “Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de Mycobacterium tuberculosis.” *Biomédica* 24, n.º 1 (2004). <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v24s1/v24sa04.pdf> (Consultado el 08 de abril de 2024).

²³ Sigifredo Ospina, “La tuberculosis, una perspectiva histórico-epidemiológica”, *Infecto* 5 n.º 4 (2001). https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/371/386 (Consultado el 7 de noviembre de 2022).

sectores de la sociedad impulsaron iniciativas de razón económica, política, cultural, científica o tecnológica con el fin de detener una enfermedad.²⁴ Esta mirada retoma la práctica y los estudios del higienismo de fines del siglo XIX y principios del XX, evalúa la historia de la historiografía de la enfermedad, las soluciones que ofrecen los médicos sanitaristas frente a las enfermedades, la formación del gremio médico y una elite dirigente que trata de distribuir equitativa y eficientemente recursos y servicios sanitarios, logros y limitaciones de los proyectos modernizantes en materia de salud pública a nivel nacional o ciudadano.

Entre sus perspectivas destacan la que construye el panteón de médicos y expertos sanitaristas, una que cultiva un tono estructuralista al conversar la salud y a la enfermedad como epifenómeno de la estructura socio-económica, por último, la que enfatiza en el neo-institucionalismo y se enfoca en los modos que permiten -o no- la formalización y consolidación de las políticas públicas.²⁵ Las categorías de análisis que se pueden encontrar en esta perspectiva corresponden a la medicalización a través de las instituciones de asistencia; se señalan las obras que se relacionan con este enfoque.

Cabe resaltar la investigación realizada por Jorge Márquez y Oscar Gallo, a través de su artículo titulado, *Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia*²⁶ donde su objetivo es exponer la discusión historiográfica existente sobre el estudio de la tuberculosis en el país. La metodología que emplearon se basó en la consulta exhaustiva de los catálogos de las bibliotecas y bases de datos disponibles en una delimitación temporal entre 1984 y 2010, esto bajo la problemática sobre la existencia de trabajos de investigación publicados que traten el tema de la tuberculosis en perspectiva histórica en el espacio colombiano. Los resultados obtenidos corresponden a inventario de escasos trabajos mayormente realizados en formato de monografías universitarias, un total de 15 obras que oscilan entre la historia natural y la historia social de la tuberculosis en el país.

²⁴ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 27-28.

²⁵ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 26-28.

²⁶ Márquez y Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”.

El trabajo de investigación que llevaron a cabo Héctor Maldonado y Mario Hernández, *Memorias de un sanatorio antituberculoso*²⁷ tiene como objetivo estudiar los orígenes, los aspectos arquitectónicos, el equipamiento y los elementos científicos del sanatorio para tuberculosos del Hospital San Carlos de Bogotá. A su vez, analiza la atención que recibieron los enfermos por tuberculosis en sus hospitalizaciones, describen la vida del sanatorio en una era pre antibiótica en transición a los cambios que introdujeron los medicamentos eficaces para tratar la tisis. El resultado de esta investigación describe cómo el hospital desde sus inicios contó con el criterio médico y científico más actualizado sobre el tratamiento de la tuberculosis para su época, debido al contacto con eminentes fisiólogos como el doctor Long.

Historia sociocultural de la enfermedad

Desde este enfoque se discute la historización de lo normal y lo patológico, las ideas y discursos sobre el cuerpo individual y social, las metáforas, las experiencias asociadas a una cierta enfermedad, los avatares de medicalización y la competencia o complementariedad en las ofertas de cura provenientes de la biomedicina y de otras medicinas alternativas, instituciones de cura, asistencia y disciplinamiento, el control médico-social, las condiciones materiales de vida y de trabajo y sus efectos en la mortalidad y morbilidad.²⁸ Este enfoque es actualmente el más rico en tópicos, esto por hilvanar el estudio de la enfermedad en múltiples formas posibles abarcando la mayor cantidad de categorías de análisis empleables, de tal forma que se encuentran los discursos del gremio médico sobre el cuerpo social, las condiciones materiales de vida y trabajo, los efectos sociales en mortalidad y morbilidad; se señalan las siguientes obras que hilvanan múltiples elementos analíticos para el estudio de la representación de la tuberculosis.

El trabajo de investigación que realizan Adrián Carbonetti, María Laura Rodríguez y Lila Aizenberg: *Tuberculosis y tisiofobia en Argentina: discursos y conflictos en la construcción del sanatorio de Ascochinga, 1925*²⁹ tiene como propósito el análisis de los posicionamientos, discursos y conflictos de los actores que influyeron en la construcción de

²⁷ Héctor Maldonado y Mario Hernández, “Memorias de un sanatorio antituberculoso” *Biomédica* 24, n.º 1 (2004). <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v24s1/v24sa05.pdf> (Consultado el 6 de noviembre de 2022).

²⁸ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 28.

²⁹ Adrián Carbonetti, María Laura Rodríguez y Lila Aizenberg, “Tuberculosis y tisiofobia en Argentina: discursos y conflictos en la construcción del sanatorio de Ascochinga, 1925”, *Dynamis* 34, n.º 2 (2014). https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v34n2/09_articulo3.pdf (Consultado el 29 de marzo de 2024).

un sanatorio para tuberculosos llevado a cabo por la empresa Establecimientos Médicos Argentinos en Ascochinga, un pueblo ubicado en Córdoba-Argentina. De tal forma que aborda las distintas percepciones de los actores al respecto de la tuberculosis y la idea sobre la construcción del sanatorio, mostrando los conflictos generados en el marco de la creación de instituciones destinadas a la asistencia de tuberculosos. Como conclusión establece que la construcción de sanatorios para tuberculosos fue razón de conflicto con los vecinos de las localidades donde se establecieron, pues realizaban protestas en línea con la tisiofobia, una forma de rechazo hacia los enfermos, aunque irónicamente la misma tisiofobia movía las razones para la construcción de espacios que alejaran de la sociedad a los enfermos.

En el panorama historiográfico nacional, el estudio que ejecuta Luis Ortega, *La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde la regulación del espacio físico (1916-1936)*³⁰ tiene como objetivo analizar los discursos y las políticas públicas referentes a la lucha y prevención de la tuberculosis pulmonar en los espacios físicos y privados en la ciudad de Bucaramanga entre 1916 y 1936. El espacio de estudio y la temporalidad seleccionada responden a una ciudad atravesando nuevas dinámicas económicas, políticas y sociales que generaron la atracción de poblaciones y capitales económicos, un fortalecimiento de la economía local y el crecimiento demográfico que impactaron el espacio urbano. Los distintos espacios físicos en los que se concentraba gran afluencia de personas, como escuelas, iglesias, viviendas pobres y cárceles; suponían ser los principales espacios intervenidos con políticas que procuraron una higiene urbana, por ser concebidas como fuentes de contagio de la tuberculosis. Como conclusión, el autor señala que en la primera mitad del siglo XX, el gremio médico se preocupó por controlar y luchar contra las enfermedades infectocontagiosas, como la tuberculosis pulmonar, con lo que se establecieron políticas que buscaron la implementación de proyectos en un tono urbano higienista.

El trabajo de grado desarrollado por Álvaro Romero, *Aspectos sociales y políticos en la lucha anti-tuberculosa en Cartagena de Indias 1900-1970*³¹ analiza el proceso evolutivo de la tuberculosis en Cartagena de Indias entre 1900-1970, temporalidad en la que se puede

³⁰ Ortega, “La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde...”.

³¹ Álvaro Arnedo Romero, “Aspectos sociales y políticos en la lucha anti-tuberculosa en Cartagena de Indias 1900 - 1970.” (Tesis de pregrado, Universidad de Cartagena, 2013), <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/8446/la%20ciudad%20pug.pdf?sequence=1> (Consultado el 29 de marzo de 202f).

observar el paso de simple patología a problema social para la ciudad. Estudia los aspectos sociales y políticos que confluyeron para combatir la tuberculosis, teniendo en cuenta aristas como el problema social, económico, institucional y psicológico que atravesó Cartagena durante la epidemia de la tuberculosis. Las conclusiones a las cuales llega el autor, radican en que la lucha contra la tuberculosis en Cartagena fue un desastroso proceso que no estuvo acorde al plan de organización y reglamentación trazado en las disposiciones de la Lucha Antituberculosa de la Junta Nacional. Solo sería hasta 1953 cuando se construyó el Hospital Sanatorio San Pablo, momento en el que los antibióticos ya combatían la enfermedad y los sanatorios eran obsoletos.

Añadiendo otro estudio realizado por Álvaro Idrovo, *Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920)*³² describe y analiza la ocurrencia de tuberculosis pulmonar en Bogotá durante los años 1870 a 1920, a su vez que narra algunos hechos históricos relevantes y características de la sociedad bogotana de finales del siglo XIX que pudieron favorecer a la tuberculosis para haberse posicionado como una epidemia. Como conclusión, el autor establece que la ocurrencia de la tuberculosis tuvo relación con las condiciones graves de hacinamiento de las viviendas bogotanas, las condiciones sanitarias de la ciudad que durante todo el siglo XIX fueron precarias, la inexistencia de unos adecuados servicios públicos como el acueducto y el alcantarillado, la inadecuada alimentación basada en carbohidratos, entre otros. De tal forma que el autor sugiere que el incremento en la ocurrencia de la enfermedad durante el periodo estudiado, está íntimamente relacionado con el rápido proceso de urbanización en la capital colombiana, pues las condiciones sociales, económicas y ecológicas nombradas, confluyeron en una compleja red causal para la tisis.

Finalmente, el trabajo de investigación de Dalín Miranda Salcedo, titulado *Barranquilla: tuberculosis, cultura y sociedad 1900-1930*³³ que tiene como objetivo principal el análisis de la tuberculosis en la ciudad de Barranquilla y sus efectos en lo político, económico, social y cultural a principios del siglo XX. Dicho trabajo muestra como la tuberculosis generó que la

³² Álvaro Javier Idrovo, “Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá (1870-1920).” *Biomédica* 21, n.º 3 (2001). <https://www.redalyc.org/pdf/843/84321303.pdf> (Consultado el 29 de marzo de 2024).

³³ Dalín Miranda Salcedo, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 - 1930*, (Barranquilla: Sello Editorial Universidad del Atlántico, 2018). <https://repositorio.uniatlantico.edu.co/bitstream/handle/20.500.12834/1113/Tuberculosis%2C%2Bcultura%2By%2Bsociedad%2C%2B1900-1930.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 8 de agosto de 2023).

élite barranquillera se desplazó y construyó una ciudad propia para huir de la tuberculosis, a su vez la intervención y regulación urbana para la transformación de la ciudad conforme a los principios del higienismo moderno. Como también, el discurso médico sobre el cuerpo, la enfermedad y la higiene, donde se muestran los códigos socioculturales, las categorías y paradigmas que estructuraron el imaginario que dio sentido a la tuberculosis y motivó a la búsqueda del progreso evitando que dicha enfermedad degenerara la raza.

CAPÍTULO I: EPISTEMOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS

1.1. Breve historia de la Tuberculosis: entre la etiología y su tratamiento.

La tuberculosis ha formado parte de la existencia humana por largo tiempo, los valiosos aportes científicos de la Paleopatología han hecho posible el hallazgo de huellas de lesiones tuberculosas en restos humanos que permiten datar su presencia desde el Neolítico.³⁴ Esta se considera como una de las primeras patologías descritas en humanos, con una antigüedad cercana a los 20.000 años.³⁵ Es el prototipo de enfermedad infecciosa crónica, proveniente de una forma bovina de micobacteria ligada a la domesticación, a la que se atribuye el origen de la tuberculosis, como también de la lepra.³⁶

Más aún, a través de la aplicación de modernas técnicas en genética molecular y la secuenciación del genoma de la micobacteria, algunos científicos han considerado que el progenitor más lejano de la tuberculosis pudo haber estado presente hace unos tres millones de años, existiendo la posibilidad que este afectara a los primeros ancestros homínidos.³⁷ Los hallazgos más antiguos de la afectación por tuberculosis en los seres humanos, fueron descubiertos en momias pertenecientes a la pre dinastía egipcia (3500-2650 a.C.) y en restos óseos ubicados en Suecia e Italia.³⁸

³⁴ María José Báguena Cervellera, “La tuberculosis en la historia” *Anales* (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana, vol. 12): 1. <https://core.ac.uk/reader/71020360> (Consultado el 9 de mayo de 2023).

³⁵ Roi Piñeiro Pérez, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina en niños y vacunados con BCG* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2012: 3.), <https://eprints.ucm.es/id/eprint/16457/1/T33897.pdf> (Consultado el 19 de marzo de 2023).

³⁶ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 12.

³⁷ Juan Carlos Cartes Parra, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”, *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 70, n.º 605 (2013): 146, <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131z.pdf> (Consultado el 19 de marzo de 2023).

³⁸ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”, 146.

Así mismo, la aplicación de técnicas biomoleculares en tejidos de momias peruanas, ha posibilitado la recuperación y confirmación del ADN micobacteriano, lo que ha sugerido la presencia de la tuberculosis en América durante el período precolonial.³⁹ Además de ser una de las patologías que lleva más tiempo acompañando a los seres humanos, es la que más muertes ha causado, esta bacteria ha atormentado a la humanidad a lo largo de toda su evolución, pues como se estima, lleva con nosotros más de 3 millones de años, razón por la que se puede afirmar que todas las culturas han sufrido tuberculosis.⁴⁰

No existía una comprensión etiológica de la tuberculosis, ni un tratamiento efectivo para curar a los enfermos. Los registros de la enfermedad datan de la Antigüedad, en Grecia era conocida como *ptisis*, Hipócrates (460- 377 a.C.) fue quien realizó las primeras investigaciones y la describió como una condición crónica caracterizada por una tos frecuente y persistente, expectoraciones productivas, sudoración, fiebre constante y de origen hereditario, concepto que predominó durante varios siglos después, aun cuando en el Imperio Romano, Claudio Galeno (131-201) sugirió su naturaleza contagiosa.⁴¹

Esta afección en los seres humanos, fue descrita por Galeno como una ulceración de los pulmones, en el pecho o la garganta, acompañado de tos, fiebres ligeras y pesantez del cuerpo debido al pus provocado por un escape de la sangre dentro de los pulmones y el pecho.⁴² Galeno situó la tuberculosis dentro de las enfermedades transmisibles y propuso medidas terapéuticas que se mantendrían durante muchos siglos, como el uso de ácido tánico mezclado con miel para hacer gárgaras y evitar la hemoptisis, el uso de opio como antitusígeno, la dieta y el reposo.⁴³

Así pues, en la medicina helenística y romana, existía una aproximación a la comprensión de la tuberculosis, acerca de sus síntomas y posibles tratamientos, nociones que perduraron hasta la Edad Media. En el siglo XIV, Bernardo de Gordonio dio a conocer su obra titulada: *Lilio*

³⁹ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”, 146.

⁴⁰ Raúl Godoy Mayoral, Sergio García Sánchez y Wanda M. Almonte Batista, “Tuberculosis: historia y epidemiología”, en *Actualización en el manejo de la tuberculosis*, ed. por Ángel Molina Cano y Gregorio Romero Candel (España: Fundación BIOTYC, 2018), 8. https://www.chospab.es/biblioteca/libros/Manual_Tuberculosis.pdf (Consultado el 19 de marzo de 2023).

⁴¹ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”, 146.

⁴² Rolando Neri-Vela, Raúl Carrillo-Esper y Ericka X Medina-González, “La tuberculosis pulmonar. Aspectos históricos”, *Revista Med Int Méx* 39, n.º 1 (2023): 115. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i1.5379> (Consultado el 21 de marzo de 2023).

⁴³ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 2-3.

de Medicina, escrita en latín entre 1303 y 1305, en la que en su Libro IV trata las enfermedades del aparato respiratorio, describiendo la tisis como una llaga del pulmón acompañada de consunción de todo el cuerpo, recetando para su cura, una dieta basada en tomar sangría, leche de mujer, asna y cabra.⁴⁴

En la Europa de la Edad Media existió una peculiar forma de curación para la escrófula, una forma de tuberculosis extrapulmonar, consistente en una infección severa que ataca principalmente a los ganglios linfáticos del cuello. Se creía que a través del llamado “toque real”, las monarquías europeas por intervención divina gracias a la consagración real tenían la capacidad de sanar este padecimiento imponiendo las manos sobre las personas afectadas, práctica que se mantuvo durante varios siglos, ocasionando largas filas de tísicos que agobiados buscaban un alivio a su enfermedad.⁴⁵

Bien entrado el Renacimiento, en Europa la epidemia por tuberculosis inició alrededor del siglo XVII, alcanzando su máximo apogeo a finales del siglo XVIII.⁴⁶ La tisis se encontraba avanzando sin cesar, acabando con la vida de un gran número de personas, en aquellas ciudades que tenían el infortunio de tener pobladores afectados. Invasión el cuerpo de las personas desnutridas, hacinadas y en extrema pobreza, pero también aparecía en los círculos sociales de las grandes ciudades como París, un mal de naturaleza incurable, que afectaba indiscriminadamente a hombres y mujeres.⁴⁷

La explicación al desenfrenado número de personas afectadas por tuberculosis, se fundamenta en que hasta el siglo XVII, el conocimiento sobre la etiología de la enfermedad no tuvo mayor cambio, aunque se produjeron avances diagnósticos asociados a la práctica de autopsias por parte del médico y anatomista alemán Franciscus Sylvius, quien asoció los tubérculos hallados en tejidos durante las autopsias a los síntomas de la tisis que los pacientes habían padecido en vida.⁴⁸ Aun así, la falta de un método diagnóstico acertado, trajo en consecuencia la incertidumbre con respecto a cómo operaba el contagio de la tisis.

⁴⁴ Neri, Carrillo y Medina, “La tuberculosis pulmonar...”, 117-118.

⁴⁵ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”, 147.

⁴⁶ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”, 147.

⁴⁷ Gilberto Rueda Pérez, “Resumen Histórico de la Tuberculosis”, *Revista MEDICINA* 25, n.º 2 (2003): 120. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/62-7/659> (Consultado el 16 de mayo de 2023).

⁴⁸ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 2.

Así pues, a lo largo del siglo XVIII la tuberculosis avanzaba descomunadamente, se desconocía en concreto su causa y su naturaleza contagiosa, razón por la que las medidas profilácticas adoptadas, como la quema de enseres que hubieran pertenecido a un tísico, eran ineficaces.⁴⁹ Cabe adicionar, que la imagen de la tuberculosis era la de una enfermedad de moda, entre los jóvenes y representaba el ideal de belleza por la palidez y expresión de sufrimiento y melancolía que producía en el rostro de los enfermos, expresiones que coincidieron con la creación literaria de la época, en la que la muerte, era vista como un sinónimo de liberación.⁵⁰

Debido a la palidez en el rostro de los enfermos, se mitificó la enfermedad y se denominó como “*la plaga blanca*”.⁵¹ A medida que avanzaba el siglo XIX, también se la conoció como el “*mal del siglo*”, ambas denominaciones surgieron a causa del ideal de belleza de la época, basado en la extrema delgadez y palidez.⁵² Es así como la enfermedad se convirtió en objeto de romanticismo, ya que el aspecto demacrado y pálido de la víctima por tuberculosis, resultaba atractivo.⁵³ La enfermedad se vinculó a cualidades poéticas y estéticas, una creencia que se reflejó en la literatura de la época, lo que significa que la tuberculosis era venerada, especialmente entre los más acaudalados.⁵⁴

Persistía la concepción de la tisis a partir del hereditarismo y se creía que afectaba principalmente a las personas adineradas, jóvenes y mujeres; sin embargo, la aparición de estadísticas fiables en este periodo demostró que la enfermedad impactaba principalmente a la clase obrera, conformada por niños, hombres y mujeres que trabajaban de entre 10 a 12 horas en fábricas insalubres y recibían bajos salarios que les imposibilitaba una buena

⁴⁹ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 2.

⁵⁰ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 3.

⁵¹ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 4.

⁵² Rafael Álvarez Cordero, “Tuberculosis, mal milenar que desaparecerá”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 54, n.º 1 (2011): 48. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n1/v54n1a6.pdf> (Consultado el 16 de mayo de 2023).

⁵³ Thomas M. Daniel, “The history of tuberculosis”, *Respiratory Medicine* 100, Issue 11 (2006): 1864. <https://www.resmedjournal.com/action/showPdf?pii=S0954-6111%2806%2900401-X> (Consultado el 29 de marzo de 2023).

⁵⁴ María Dolores Ouro Agromartín, “Tuberculosis considered as the ideal of beauty disease in romantic literature”, *HUMAN REVIEW. International Humanities Review / Revista Internacional De Humanidades*, 15, n.º 1 (2022): 2-3. <https://journals.eagora.org/revHUMAN/article/view/4200/2577> (Consultado el 16 de mayo de 2023).

alimentación, razón por la cual la sociedad cambió su actitud ante la tisis, ahora las familias se avergonzaban de tener un tuberculoso en su seno, pues este era un marginado social.⁵⁵

En el contexto de los desplazamientos masivos de campesinos hacia las ciudades y el desarrollo de la Revolución Industrial, se intensifican las largas jornadas laborales, el hacinamiento, las viviendas con alta humedad y ventilación deficiente; la tuberculosis entre tanto, continuaba su camino destructivo.⁵⁶ Las condiciones insalubres de las ciudades agravaron las tasas de morbilidad y mortalidad por esta afección, no obstante, a lo largo del siglo XIX se revolucionó el pensamiento científico-médico, lo que significó un hecho clave para el entendimiento de la enfermedad, pues se produjo un acercamiento a su etiología.

Las coyunturas epidémicas generadas por las enfermedades infectocontagiosas en las sociedades causaron entre el gremio médico la necesidad de combatir el mal que afligía entre los individuos, razón por la que fue indispensable conocer la etiología de estas patologías. Responder a la pregunta sobre cómo los seres humanos se enferman, permitía dirigir tanto la profilaxis y como la terapéutica para combatir las pestes. Conocer el por qué una patología podía pasar de una generación a otra, podría ayudar a esclarecer los mecanismos de reproducción y así contribuir a encontrar una forma de prevenir su transmisión y salvaguardar la vida.⁵⁷

En ese sentido, la labor del médico Teófilo Jacinto Laënnec (1781-1826) atendiendo tísicos y realizando autopsias de aquellos que sucumbían, facultó la correlación anatomoclínica para la comprensión de las formas que tomaba la enfermedad, a su vez estableció las bases de la auscultación pulmonar.⁵⁸ Laënnec elaboró un instrumento cónico de madera que denominó estetoscopio, revolucionó la forma de auscultación de los pacientes basada en colocar el oído en el pecho del enfermo, este instrumento permitió describir una serie de enfermedades torácicas, como la tuberculosis, la cual expuso en su libro *“De la auscultación Mediata”*.⁵⁹

⁵⁵ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 3.

⁵⁶ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 3-4.

⁵⁷ López, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza...”, 237.

⁵⁸ Ena Paneque Ramos, Liana Yanet Rojas Rodríguez y Maritza Pérez Loyola, “La tuberculosis a través de la historia: un enemigo de la humanidad”, *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 17, n.º 3 (2018): 357, <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n3/1729-519X-rhcm-17-03-353.pdf> (Consultado el 21 de marzo de 2023).

⁵⁹ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 147.

De igual importancia para el entendimiento etiológico de la tuberculosis, resultó la labor del médico francés Jean-Antoine Villemin (1827-1892), quien inoculó material purulento de humanos infectados a conejos y demostró en su tratado “*Études sur la Tuberculosis*”, que la enfermedad era contagiosa.⁶⁰ Villemin concluyó que la tisis consistía en una afección específica causada por un agente inoculable, sin embargo, su descubrimiento no recibió el reconocimiento médico de la época.⁶¹ Aun así, habría que esperar hasta las últimas décadas del siglo XIX para la demostración y aceptación de la contagiosidad de la enfermedad.

Conforme a ello, un descubrimiento abrió las puertas a la comprensión etiológica de la tuberculosis, revolucionando su diagnóstico, prevención y tratamiento. En 1882 el Dr. Robert Koch pudo identificar al agente causal de la enfermedad, el *Mycobacterium tuberculosis* o *Bacilo de Koch*, nombrado así en su honor, siendo este un paso histórico positivo en la lucha contra esta patología, pues comenzaron a desarrollar métodos diagnósticos y tratamientos efectivos.⁶² Koch compartió su hallazgo el 24 de marzo de 1882 en la Sociedad Fisiológica de Berlín, en una ponencia que tituló *Über Tuberculose*.⁶³

En efecto, 1882 es crucial para la comprensión de la etiología de la tisis. En el contexto en el que la teoría microbiana se encontraba en boga, Koch había sepultado la teoría espontánea de la vida, según la cual los seres vivos aparecían de repente en la materia orgánica, en cambio, demostró experimentalmente que la tuberculosis era una enfermedad infecciosa y bacteriana.⁶⁴ La aportación de Koch a la formulación de la teoría del germen junto a los descubrimientos de Louis Pasteur, rompió con los viejos esquemas, abrió la observación experimental e inauguró el concepto moderno de causalidad de las patologías.⁶⁵

El conocimiento bacteriológico de la transmisión de las enfermedades permitió modificar las prácticas preventivas y los tratamientos, a su vez posibilitó un mayor control sobre los focos

⁶⁰ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 4.

⁶¹ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 147.

⁶² Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 147.

⁶³ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 4.

⁶⁴ Charles Volcy, “Génesis y evolución de los postulados de Koch y su relación con la fitopatología. Una revisión”, *Agronomía Colombiana* 26, n.º 1 (2008): 107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180314729013> (Consultado el 23 de marzo de 2023).

⁶⁵ Charles Volcy, “Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología”, *Iatreia* 20, n.º 4 (2007): 414. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513860007> (Consultado el 23 de marzo de 2023).

de infección, tales como el agua, los alimentos o los mismos enfermos.⁶⁶ Aun así, las tendencias en el pensamiento científico – médico para la comprensión del origen de las enfermedades, oscilaron entre la teoría hereditaria y la teoría microbiana. En el caso de la tuberculosis, este movimiento fue esencial para combatirla, siendo el sustento para el desarrollo de métodos diagnósticos y la búsqueda de un tratamiento eficaz contra esta patología.⁶⁷

A pesar de lo anterior, la etiología de la enfermedad se encontraba en una dicotomía entre los médicos que abrazaban los descubrimientos de la teoría microbiana y aquellos que se mostraban escépticos y se sostenían en el origen hereditario.⁶⁸ Con el descubrimiento del bacilo de Koch, se suponía que los médicos establecerían los mecanismos acertados para la destrucción del bacilo y así contener los estragos de la tuberculosis, mediante la profilaxis y el tratamiento terapéutico efectivo se esperaba menguar el daño de la tisis a los ciudadanos.

Sin embargo, finalizando el siglo XIX todavía se consideraba que el aire fresco y la buena alimentación tenían un efecto terapéutico sobre los enfermos, noción que dio pie a la creación de los sanatorios para tísicos, el primero de estos en 1859 en la región montañosa de Silesia en Alemania.⁶⁹ Este espacio se convirtió en la institución por excelencia para atender a los enfermos. Los sanatorios, más allá de procurar la sanación del tísico, funcionaron como piezas clave para el control del contagio de la tuberculosis, ya que aislaban al aquejado del resto de la población, reduciendo así las posibilidades de transmisión.⁷⁰

En los sanatorios se reglamentaba de forma estricta la vida cotidiana con normas como la separación por sexo, la prohibición de tabaco, la bebida, el juego y las salidas, como también un riguroso control de las visitas. Esto generaba que los pacientes, obligados a permanecer en estos espacios, buscaran vías de escape en el alcohol, intentaran fugarse y experimentaran conductas violentas; siendo estas acciones catalogadas por los médicos como una actitud

⁶⁶ Urquía, “Teorías dominantes y alternativas en epidemiología”, 51.

⁶⁷ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 147.

⁶⁸ Thomas, “The history of tuberculosis”, 1864.

⁶⁹ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 147.

⁷⁰ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 147.

propia del tísico.⁷¹ Los sanatorios tuvieron un efecto positivo en disminuir notablemente los índices de mortalidad, sin embargo, no eran una medida suficiente para hacer frente al bacilo.

Pese al propósito de los sanatorios, miles de tuberculosos quedaban sin atención porque estos no daban abasto a todos los enfermos, por tal razón se crearon los dispensarios antituberculosos, cuya finalidad era la profilaxis mediante la difusión de estrategias preventivas y la educación al tísico.⁷² En los dispensarios se intentaba aliviar a los enfermos mediante la cura higiénica dietética, el descanso, cirugías (toracoplastias), tónicos fortalecedores, entre otros tratamientos.⁷³ De cualquier modo, la terapia resultaba ineficaz, pues no atacaba en sí al agente patogénico causante de la enfermedad.

La terapéutica para curar la tuberculosis seguía rigiéndose bajo los preceptos de la teoría hereditaria. Con la llegada de la teoría microbiana a comienzos del siglo XX, los primeros intentos reales por tratar de medicar la tuberculosis, tuvieron en cuenta que la causa de la enfermedad era producida por un microorganismo específico. Así pues, diversas curas proliferaron, tales como la tuberculina, colorantes, sales de arsénico, aceite de hígado de bacalao, sales de cobre y de oro que fueron ensayadas de forma experimental, sin embargo, la mayoría resultaron ser tóxicas o inactivas.⁷⁴

Un primer esfuerzo consistió en el desarrollo de la tuberculina en 1908 por el Dr. Robert Koch, una vacuna realizada en colaboración con el veterinario francés Camille Guérin.⁷⁵ El anuncio de una vacuna creada por Koch generó una rápida acogida en la sociedad científico-médica, no obstante, la vacuna rápidamente fue desacreditada y catalogada como ineficaz, quedando relegada a un método diagnóstico.⁷⁶ Los ensayos realizados con la vacuna mostraron que no se trataba de un remedio curativo, aun así, Koch mantuvo hasta el final de su vida la creencia de su valor terapéutico y se esmeró en intentar mejorarla.⁷⁷

La búsqueda de un tratamiento efectivo para la tisis se enfocó en la indagación de vacunas con bacilos vivos atenuados de tipo humano o animal. Los científicos franceses Albert

⁷¹ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 5.

⁷² Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 6.

⁷³ Carbonetti, “Historia epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina...”, 38.

⁷⁴ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 148.

⁷⁵ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 4-5.

⁷⁶ Daniel, “The history of tuberculosis”, 1865.

⁷⁷ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 5.

Calmette y Camille Guérin fueron los responsables de desarrollar en 1919 una vacuna que bautizaron como BCG (bacilo Calmette-Guérin).⁷⁸ Descubrieron un medio de cultivo capaz de reducir la virulencia del microorganismo, trabajando en una cepa de *Micobacterium bovis*, la cual fue testada en 1921 en personas adultas e infantes para comprobar su seguridad, sin embargo, diversos estudios arrojaron resultados variables de su eficacia.⁷⁹

A partir de 1936 varias sulfonas y sulfonamidas, como también la penicilina, fueron evaluadas experimentalmente para tratar la tuberculosis, pero los resultados fueron desalentadores.⁸⁰ Habría que esperar hasta casi la mitad del siglo XX, cuando Albert Schatz y Selman Warksman descubrieron en 1944 el *Streptomyces griseus*, un pequeño hongo capaz de inhibir el crecimiento del bacilo de Koch. A partir de dicho hongo, consiguieron aislar un principio activo superior a las vacunas anteriores, el cual denominaron estreptomicina y fue el primer fármaco que demostró utilidad real para tratar la enfermedad.⁸¹

La estreptomicina negativizaba la baciloscopia del esputo, a su vez mejoraba las imágenes radiológicas y desaparecía los síntomas generales de la tuberculosis, no obstante, tenía efectos secundarios como su acción tóxica sobre el nervio auditivo.⁸² En 1946, Lehman descubre el ácido para-aminosalicílico (PAS) utilizado en conjunto con la estreptomicina, pero fue limitado por su alta toxicidad.⁸³ En 1952 se descubrió un antibiótico de mayor actividad, la isoniazida, y en los años siguientes le acompañarían el descubrimiento de otros antibióticos como la pirazinamida, la cicloserina, el etambutol y la rifampicina.⁸⁴

De esta manera se instauró todo un repertorio de esquemas terapéuticos contra la tuberculosis. Al mismo tiempo, se logró entre 1950 y 1960 una caída brusca de la tasa de mortalidad y de la aparición de casos nuevos. El tratamiento tradicional que consistía en el reposo, los sanatorios y las dietas; fue abandonado paulatinamente por estos nuevos fármacos que reducían las lesiones pulmonares y permitían la curación del enfermo.⁸⁵ También, el desarrollo de campañas antituberculosas, el uso de la vacuna BCG y las condiciones sociales

⁷⁸ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 7.

⁷⁹ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 148.

⁸⁰ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 148.

⁸¹ Piñeiro, “Introducción”, en *Interpretación de la prueba de tuberculina...*, 5.

⁸² Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 7.

⁸³ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 148.

⁸⁴ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 148.

⁸⁵ Báguena, “La tuberculosis en la historia”, 7-8.

favorables; repercutieron en la reducción de la mortalidad por tuberculosis en muchos países.⁸⁶

Antes del siglo XIX, la comprensión etiológica de la tuberculosis era un enigma, las teorías acuñadas al origen y el contagio de la enfermedad moldeaban los tratamientos preventivos y terapéuticos que resultaban ineficaces para hacer frente a la plaga blanca. Finalizando el siglo XIX, el desarrollo de la bacteriología moderna hizo posible identificar al bacilo, con lo cual las medidas terapéuticas que surgieron para curar al enfermo resultaron mayormente efectivas, pues estuvieron basadas en fármacos que atacaban directamente al microorganismo, lo cual disminuyó notablemente el impacto de la tuberculosis.

1.2. Escuelas de medicina en la etiología de la tuberculosis:

Cabe resaltar, que en este apartado solo se mencionan las teorías etiológicas del origen de las enfermedades que tienen mayor relación con el diagnóstico de la tuberculosis, que en este caso son la teoría hereditaria y la teoría microbiana. A pesar de que han existido diversas teorías sobre el origen de las enfermedades a través de la historia, las que se nombran a continuación, son aquellas que resaltan por haber buscado una explicación al origen y transmisión o contagio de la tisis. Así pues, se resaltan las definiciones, principales contribuyentes y consecuencias directas con el tratamiento de la enfermedad.

Entre el siglo XVIII y principios del XX, el gremio médico se esforzaban en buscar una definición clara del origen de las enfermedades, con fines terapéuticos y preventivos, intentaban establecer el por qué una patología surcaba las fronteras entre generaciones.⁸⁷ Las definiciones de origen hereditario y microbiano de las patologías, principales paradigmas del pensamiento médico en la dimensión explicativa de los estados de salud y enfermedad de las poblaciones, fueron objeto de grandes discusiones para determinar las causas por las que una enfermedad transitaba de un individuo a otro.⁸⁸

La tuberculosis no estuvo exenta de estos debates, como ya se mostró, es una enfermedad que ha acompañado a los seres humanos desde los tiempos más lejanos, siendo este un

⁸⁶ Cartes, “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis” ..., 148.

⁸⁷ Carlos López Beltrán, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia (c. 1750-c. 1870)”. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 23, n.º 91 (2002): 237. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13709109> (Consultado el 13 de marzo de 2023).

⁸⁸ Urquía, “Teorías dominantes y alternativas en epidemiología”, 1-19.

problema de salud de gran atención por parte de los agentes de salud que buscaron prevenir y curar a las poblaciones que han tenido el infortunio de experimentar la plaga blanca entre sus gentes. Así pues, la tisis ha sido estudiada tanto desde la perspectiva del hereditarismo como desde la microbiología, ambos paradigmas del pensamiento médico han discutido en torno a la causa y el contagio de esta enfermedad en los seres humanos.

La etiología de las enfermedades posee un discurso epidemiológico con criterios específicos que permite reconocer a qué paradigma se adscriben. Estos criterios pueden incluir la identificación explícita de la teoría, el estar escrito por autores representativos, el tratamiento de los objetos de estudio bajo los métodos de la teoría y los supuestos implícitos que abordan conceptos como la concepción de la ciencia, la salud/enfermedad y la etiología en relación con la población⁸⁹ De acuerdo con estos criterios, se definen a continuación las principales bases del pensamiento médico contempladas por las teorías hereditaria y microbiana en la concepción de las enfermedades.

La idea del hereditarismo se estableció en Europa entre los siglos XVIII y el XIX. Su base conceptual sostenía que las entidades genealógicas como la familia, la tribu, la nación y la raza poseían rasgos transmisibles de una generación a otra, a través de la reproducción sexual, rasgos como el temperamento y la constitución de los padres pasaban a los hijos.⁹⁰ Esta teoría afectó el diagnóstico de la etiología de las patologías, especialmente a fines del siglo XVIII la descripción de los fenómenos hereditarios ganó terreno en la literatura médica, surgiendo así el concepto moderno de herencia, con el cual definieron las enfermedades hereditarias.⁹¹

Su principal exponente fue Sir Francis Galton, considerado el padre fundador de la teoría de la herencia a través de su obra *La herencia del Genio* publicada en 1869, en la que establece que la herencia es determinante de las características de la raza humana y que cualidades innatas como el carácter, el temperamento o la capacidad intelectual se traspasaban de un

⁸⁹ Urquía, “Teorías dominantes y alternativas en epidemiología”, 6.

⁹⁰ López, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia...”, 235-236.

⁹¹ Mauro Sebastián Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, *ILUIL* 36, n.º 77 (2013): 134-135.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/26891/CONICET_Digital_Nro.713d53ef-ac3d-4f8f-84d0-940eee8cd7fe_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y (Consultado el 17 de abril de 2023).

individuo a otro a través del factor hereditario.⁹² Galton denominó a estas cualidades “talento” y creía que se transmitían de, de manera similar al color de ojos y cabello, basado en estudios genealógicos realizados en varias familias prominentes británicas.⁹³

La teoría fue incorporada al pensamiento médico sobre el origen de las enfermedades. Se creía en la posibilidad de la transmisión directa de estas de padres a hijos, o de otro modo, podría haber una transmisión de peculiaridades anómalas que predisponían a enfermar.⁹⁴ De acuerdo con esta noción, los médicos sostenían que, en el diagnóstico de la causa de las enfermedades, se transmitían una serie de características de generación en generación, que comunicaban una predisposición a anomalías anatómicas en la constitución del descendiente que lo llevarían a enfermarse con mayor facilidad de acuerdo con otros factores, como el ambiente.⁹⁵

Los médicos postularon que el ambiente podía actuar como un desencadenante de la enfermedad en aquellos individuos predispuestos de forma hereditaria. Argumentaban que, por esta razón, una familia podía ser portadora de cierta patología durante varias generaciones, pero que esta solo se manifestaba cuando una causa desencadenante entraba en contacto con el individuo predispuesto por la herencia.⁹⁶ En ese sentido, no se afirmaba la transmisión de un gen mórbido o una sustancia enfermiza, sino una disposición a enfermarse que precisaba de causas externas al sujeto para desencadenar la afección.⁹⁷

Así pues, el gremio médico se interesó en controlar la fecundación para evitar la transmisión de la predisposición, representando a su vez un recurso para el mejoramiento de los seres humanos, ideas que tuvieron como consecuencia el cimiento de programas ideológicos y políticos hacia la segunda mitad del siglo XIX, consolidados en la eugenesia.⁹⁸ Aun así, la herencia sirvió a los agentes de salud para dar cuenta de patrones familiares y endémicos de

⁹² Rosaura Ruiz Gutiérrez & Laura Suárez y López Guazo, “Eugenesia, herencia, selección y biometría en la obra de Francis Galton”, *ILUIL* 25, n.º 25 (2002): 86-87. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/266207.pdf> (Consultado el 19 de abril de 2023).

⁹³ Andrés Horacio Reggiani, *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*, 1ª ed. (Ciudad de México: El Colegio de México, 2019). 18. <https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2022/07/3740.-Historia-minima-de-la-%E2%80%A6-Reggiani.pdf> (Consultado el 19 de abril de 2023).

⁹⁴ López, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia...”, 237-254.

⁹⁵ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 135-143.

⁹⁶ López, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia...”, 254.

⁹⁷ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 137.

⁹⁸ López, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia...”, 236-272.

las patologías, asimismo, fue utilizada para justificar la regulación de los matrimonios, la sexualidad y la puericultura infantil.⁹⁹

La medicina francesa a partir de la última década del siglo XVIII empezó a desarrollar nociones y evidencias acerca de los patrones familiares de morbilidad a través de diversos textos que exponían el hereditarismo.¹⁰⁰ De esta forma, se resaltan 3 fases de la concepción hereditaria de las enfermedades: los primeros debates sobre virus y predisposiciones (1790-1820), la dificultosa autonomización del poder hereditario (1820-1840) y la inversión de la temporalidad: el fin de la generación, 1840 en adelante.¹⁰¹ Mediante las principales tesis médicas se aborda el saber de la herencia en la etiología de las patologías, en cada una de las fases mencionadas.

La fase inicial se remonta a la primera mitad del siglo XVIII, cuando se presentaron los primeros debates sobre el concepto de la herencia en la *Société Royale de Médecine* de París. Se buscaba determinar si efectivamente existían las enfermedades hereditarias, siendo el manuscrito de Joseph-Claude Rougemont, el más determinante en el desarrollo de esta teoría, al defender el origen hereditario de las patologías.¹⁰² En este punto, ya se afirmaba que lo transmitido era una predisposición por enfermarse, más no una sustancia mórbida. La recepción de esta idea trajo como resultado la aparición de muchos textos en su apoyo.

Las razones para considerar la transmisión hereditaria de las enfermedades tomaron en consideración los hallazgos en anatomía patológica. Es así como la paulatina apertura de los cadáveres evidenció que las similitudes entre padres e hijos no se limitaban solamente a rasgos externos, pues existía además una visible semejanza en la conformación de los órganos y los tejidos.¹⁰³ A su vez, mediante observaciones empíricas a los niños afligidos por

⁹⁹ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 136.

¹⁰⁰ Mauro Sebastián Vallejo, “El problema de la consanguinidad en la medicina francesa (1850-1880): Cuando heredar demasiado era un riesgo y un deseo”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LXIV, n.º 2 (2012): 520. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/531/533> (Consultado el 22 de abril de 2023).

¹⁰¹ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 134-150.

¹⁰² Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 134.

¹⁰³ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 135.

las mismas enfermedades o deformaciones de sus familiares, se encontró que estas últimas podían aparecer dentro de una misma línea familiar una o dos generaciones después.¹⁰⁴

En la segunda fase, la inexistencia de una sustancia mórbida transmisible conllevó a pensar que había algo más allá de una simple predisposición. Bajo esta premisa, la tesis defendida en París en 1819 por Duviard plantea que, dada la importancia que se le daba a los factores externos, era necesario buscar justamente en el entorno una verdadera razón. Se planteaba que los médicos de la época habían cometido el error de atribuir la herencia únicamente a las manifestaciones que sufrían padres e hijos, sin tener en cuenta que ambos se encontraban influenciados por las mismas condiciones atmosféricas o nutricionales.¹⁰⁵

La tesis *Dissertation sur quelques maladies héréditaires*, desarrollada por Faurie en 1837, planteó que la predisposición no era una noción correcta y cuestionó hasta qué punto las influencias del medio afectan el desarrollo de las enfermedades. Insistió en que las condiciones higiénicas eran las que generaban las bases para el desarrollo de estas, afirmando que la ocurrencia de una patología en un espacio determinado se debía únicamente a factores como la humedad, el suelo, la mala alimentación y otras condiciones que compartían familias en espacios similares, lo que inevitablemente conducía al surgimiento de enfermedades similares.¹⁰⁶

A partir de la tercera fase, se invierte la temporalidad que sostenía la causalidad generacional, lo que resulta en un fortalecimiento de la noción de herencia. La tesis realizada por Sersiron en 1836 en París, plantea que la herencia no se limita a lo que un niño recibe de su padre, sino a lo que cada individuo puede transmitir a otro individuo, no necesariamente a sus descendientes.¹⁰⁷ A esta tesis le sigue la desarrollada por Nicolas-Prosper Dubosc Taret en 1843, donde sugiere que la herencia se prueba al evaluar las enfermedades en la progeñe del paciente. En otras palabras, propone estudiar a los hijos de los enfermos para evidenciar la continuidad de los signos hereditarios.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Fabricio González Soriano y Carlos López Beltrán, “Consanguinidad, sífilis, herencia y matrimonio: el lento advenimiento de la intervención médica en las leyes mexicanas del matrimonio”, *Memoria y Sociedad* 13, n.º 27 (2009): 89. <http://www.scielo.org.co/pdf/meso/v13n27/v13n27a06.pdf> (Consultado el 22 de abril de 2023).

¹⁰⁵ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 140-142.

¹⁰⁶ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 145-146.

¹⁰⁷ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 147-148.

¹⁰⁸ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 147-148.

De esta forma, los hijos de los enfermos eran quienes determinaban la existencia de la herencia en una familia específica. En las anteriores fases, el protagonismo era otorgado a los padres como transmisores de la predisposición, pero ahora, la atención se centraba sobre la descendencia. La premisa fundamental de esta etapa era que, si una enfermedad era hereditaria, sin duda sería transmitida.¹⁰⁹ Con este razonamiento, el niño se convierte en el protagonista, pues indiscutiblemente iba a sufrir los efectos, independientemente del entorno en el que se podía desenvolver. La herencia se percibía como un poder independiente, un destino perenne.¹¹⁰

No obstante, el fortalecimiento en el que se encontraba la noción de la herencia se vio interrumpido por los avances en la bacteriología, lo que supuso un vuelco en la concepción médica del origen de las patologías. A mediados del siglo XIX, la consolidación de la teoría del germen o teoría microbiana de la enfermedad se afianzó con las investigaciones realizadas por Pasteur y Koch, estos avances científicos rompieron con los viejos esquemas sobre la etiología de las enfermedades, se fundamentaron en la observación experimental y dieron apertura a la era del concepto moderno de causalidad.¹¹¹

El afianzamiento de la teoría del germen se caracteriza por tener dos momentos, la fase microscópica y la fase patogénica. La primera fase fue acompañada del progreso tecnológico, esta tuvo lugar a partir de la primera mitad del siglo XVII y se prolongó hasta la mitad del siglo XIX con la creación del microscopio que permitió observar animales diminutos presentes ahí donde se utilizara, sin embargo, estos animalitos solo generaban curiosidad, era un mundo invisible al ojo humano que no tenía mayor importancia, en ese momento era imposible pensar que aquellas criaturitas tuvieran alguna función.¹¹²

Posteriormente, producto de una enorme curiosidad, el comerciante neerlandés Anton Van Leeuwenhoek fabricó microscopios con un poder de hasta 500x de amplificación, con los cuales logró observar un universo microscópico conformado de diversos protozoos,

¹⁰⁹ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 147-150.

¹¹⁰ Vallejo, “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”, 150.

¹¹¹ Volcy, “Historia de los conceptos de causa y enfermedad...”, 414.

¹¹² Ricardo Guerrero y Mercedes Berlanga, “Los cambios de paradigma en microbiología”, *Actualidad* 42, (2015): 26. <https://www.semicrobiologia.org/wp-content/uploads/2021/10/SEM-42-7-Paradigma.pdf> (Consultado el 26 de abril de 2023).

nemátodos y bacterias.¹¹³ A pesar de carecer de formación científica, Leeuwenhoek realizó uno de los mayores aportes trascendentales a la biología: el descubrimiento de las bacterias. En sus múltiples cartas dirigidas a la Royal Society, las cuales contenían sus observaciones, Leeuwenhoek las denominó como "pequeñas bestias" u "organismos diminutos".¹¹⁴

En esta fase aún no era conocido por la comunidad científica el papel que jugaba este universo microscópico. Bien avanzado el siglo XIX, tuvo lugar la fase patogénica junto a los avances tecnológicos en autoclaves, filtros, incubadoras; como también el desarrollo de técnicas para el aislamiento y cultivo axénico, que permitieron a Pasteur y Koch fundar la microbiología moderna.¹¹⁵ Ambos científicos confirmaron que los microorganismos eran la causa de las enfermedades infecciosas y agentes contaminantes de los alimentos y las aguas. Asimismo, demostraron que microorganismos específicos eran responsables de patologías específicas.¹¹⁶

La noción acerca de que cada enfermedad tiene una causa única y específica, representada por un microorganismo, generó el interés de la comunidad científica por descubrir a estos agentes diminutos responsables de enfermedades infecciosas como el cólera, estreptococo, difteria, tétano, coli, cancro mole, botulismo; fueron algunos de los hallazgos en el marco de esta fase.¹¹⁷ El avance en la explicación de los distintos fenómenos relacionados con las enfermedades infecciosas, hizo posible enfrentarlas de forma exitosa con medidas biológicas, clínicas, asépticas y terapéuticas.¹¹⁸

El concepto moderno de causa fue definido entonces no solamente como algo que produce un efecto, sino también como algo necesario y suficiente para que este efecto se produzca. Con ello, la teoría del germen se basó en la premisa “si solamente”, expresada en la locución

¹¹³ Adoni J. Duarte, “Historia de la histología”, *Revista Med Hondur* 83, n.º 1 y 8 (2015): 78. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2015/pdf/Vol83-1-2-2015-18.pdf> (Consultado el 26 de abril de 2023).

¹¹⁴ Guerrero y Berlanga, “Los cambios de paradigma en microbiología”, 26-27.

¹¹⁵ Guerrero y Berlanga, “Los cambios de paradigma en microbiología”, 28.

¹¹⁶ Guerrero y Berlanga, “Los cambios de paradigma en microbiología”, 28.

¹¹⁷ Marcelo Luis Urquía, *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*, 2ª ed mejorada, compilado por Marcelo Luis Urquía, (Universidad Nacional de Lanús: Remedios de Escalada, 2019), 47-49. <http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Teorias-dominantes-y-alternativas-de-la-epidemiologia.pdf> (Consultado el 24 de marzo de 2023).

¹¹⁸ María Eugenia González Rodríguez... [et al.], “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, (Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2011), 15. https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/18619/Momentos_historicos.pdf?sequence=1 (Consultado el 25 de marzo de 2023).

latina *causa vera sine qua non*, que significa causa verdadera o real.¹¹⁹ Tanto Pasteur como Koch, realizaron aportes científicos mediante minuciosos estudios para determinar la conexión entre microbios y enfermedad, mediante el perfeccionamiento de los métodos de aislamiento, de purificación y de reconciliación de los microbios.¹²⁰

De esta forma, una vez sentadas las bases de la etiología de las enfermedades infecciosas, en el siglo XX se estableció la conquista de las ciencias médicas sobre las bacterias, pues se comenzó a implementar la quimioterapia, la penicilina, las sulfonamidas; entre otros medicamentos que resultaron verdaderamente efectivos para hacer frente a los agentes etiológicos.¹²¹ Así pues, se dejan atrás las antiguas concepciones médicas sobre las enfermedades, se establece la era de los antibióticos para el tratamiento de las patologías infecciosas y se abre un mundo de posibilidades preventivas y terapéuticas.

Cabe agregar, junto al fortalecimiento de la bacteriología moderna, la virología también se encontraba en pleno desarrollo. En 1892 cuando se descubrió el primer virus, el mosaico del tabaco, hallazgo que incentivó un mayor interés en aprender de estos mediante la química analítica.¹²² El protocolo experimental aplicado a las bacterias, no tenía la misma aplicación al momento de estudiar los virus, pues son considerados como parásitos obligados, es decir, que no realizan metabolismo alguno, no respiran, no crecen, no se irritan, no son organismos vivos y no forman parte de ningún reino.¹²³

A partir de 1931, se realizaron los primeros cultivos de virus en células. En 1935 Wendell Meredith Stanley cristalizó la nucleoproteína del virus del mosaico del tabaco y la denominó proteína-virus. Con la aparición del microscopio electrónico, la ultra centrifugación analítica y la ultrafiltración, los científicos pudieron estudiar a estos patógenos.¹²⁴ Los virus son aún más pequeños que las bacterias, tanto que atraviesan los poros de los filtros que impiden el

¹¹⁹ Volcy, “Historia de los conceptos de causa y enfermedad” ..., 415.

¹²⁰ Volcy, “Historia de los conceptos de causa y enfermedad” ..., 415.

¹²¹ González, “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, 24.

¹²² González, “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, 24.

¹²³ María Isabel Delgado Ortiz, y Jorge Lázaro Hernández Mujica, “Los virus ¿son organismos vivos? Discusión en la formación de profesores de Biología”, *VARONA*, n.º 61 (2015): 6. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422007.pdf> (Consultado el 28 de abril de 2023).

¹²⁴ González, “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, 24.

paso de estas, el virus de mayor tamaño es apenas una cuarta parte del tamaño de una bacteria de la fiebre tifoidea.¹²⁵

Las características propias de los virus, los hacen inmunes ante los desinfectantes y las medicinas desarrolladas para tratar las enfermedades de origen bacteriano, por tal razón, los científicos indagaron otros métodos curativos para eliminarlos.¹²⁶ Entre las enfermedades que causan los virus a los seres humanos se conocían en la época la rabia, el herpes, la encefalomielitis y la poliomielitis; enfermedades que generaron que científicos empeñaran grandes esfuerzos por buscar respuesta a la forma en que podían ser tratadas, dando pie al avance en la terapéutica de los antivirales.¹²⁷

La enfermedad en el siglo XX sería vista como un proceso que ocasiona daños a los seres humanos y que es generado por un agente microbiano, aunque también se le acuñaron otras causas como la polución.¹²⁸ Se asume el carácter infeccioso de esta, entendida como la capacidad de un agente microbiano de invadir y desarrollarse en un huésped, también se le asigna un valor ambiental al definir el contagio como el resultado de una combinación de factores entre los que cabe destacar: circunstancias geográficas, el agente causal en sí, el vector, el hospedero intermedio, el reservorio y el individuo en un momento auspicioso.¹²⁹

1.3. Etiología sobre la tuberculosis adoptada en América Latina

Las teorías que fueron desarrolladas en Europa entre los siglos XIX y el XX, que explicaban la etiología de las enfermedades, se esparcieron vertiginosamente entre las distintas comunidades médicas alrededor del mundo. La recepción de conocimientos y prácticas en América Latina responde a un proceso de selección y ensamblaje en el cual estas teorías fueron modificadas según contextos culturales, políticos e institucionales.¹³⁰ Se trató de un

¹²⁵ Delgado, y Hernández, “Los virus ¿son organismos vivos? Discusión en la formación...”, 2.

¹²⁶ González, “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, 24-25.

¹²⁷ González, “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, 25.

¹²⁸ Charles Volcy, “Capítulo III: La enfermedad y las adaptaciones de los microbios para esta función”, en *Lo malo y lo feo de los microbios*, (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004): 92. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53418/9587014006.PDF?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 27 de abril de 2023).

¹²⁹ Volcy, “Capítulo III: La enfermedad y las adaptaciones de los microbios para esta función”, 92.

¹³⁰ Diego Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, *Asclepio* 54, n.º 2 (2002): 50. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/140/137> (Consultado el 15 de agosto de 2023).

marco interpretativo en el que los médicos higienistas americanos aparecieron como aliados y otras veces como cuestionadores de la hegemonía científica europea o norteamericana.¹³¹

Estas teorías generaron entre los diversos gremios médicos de América Latina, debates sobre las posibles etiologías de ciertas enfermedades, conformación de instituciones de excelencia científica, creación de medidas para incidir en las tendencias de morbilidad y mortalidad de cada contexto.¹³² Estas acciones debían legitimarse, y es cuando el discurso médico considera problemas como la construcción del Estado y la nación, las demandas del capitalismo dependiente, la regeneración, el mejoramiento progresivo de la raza nacional, la reforma social y la renovación de las costumbres.¹³³

Tanto el hereditarismo como la bacteriología, influyeron en la conformación de marcos de interpretación que buscaron definir las enfermedades. Los distintos gremios médicos latinoamericanos, dependiendo del contexto específico, adoptaron estas teorías para diagnosticar y buscar solución a las distintas enfermedades que aquejaban a la sociedad. El discurso médico se cargó de nociones y conceptos que fueron ajustados según características científicas, políticas, tecnológicas y culturales, que condicionaban cada marco de interpretación médico según la distinta situación con respecto a cada enfermedad.

En el caso de la teoría de la herencia, París fue el foco de contagio del espíritu hereditarista que viajó a través de libros médicos higienistas y proto-eugenistas hacia Latinoamérica, lugar en el que fue adoptado, aceptado y adaptado a cada circunstancia local, ahí las comunidades médicas trataron de replicar esta teoría para comprender y actuar sobre las enfermedades.¹³⁴ A su vez, planteamientos de pensadores como A. Comte y H. Spencer, influyeron en la consolidación de un discurso biológico a finales del siglo XIX, para pensar al individuo y la sociedad en términos de raza.¹³⁵

La importancia de estos planteamientos radica en que el individuo y la sociedad son los referentes en los cuales la mirada médica deposita su preocupación, pues son estos quienes

¹³¹ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

¹³² Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

¹³³ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

¹³⁴ González, y López, “Consanguinidad, sífilis, herencia y matrimonio...”, 90.

¹³⁵ Carlos Ernesto Noguera Ramírez, *Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia* (Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2003). 85-89.

se ven afectados por las enfermedades. Aunque estas nociones no buscan explicar el origen de las patologías, son usadas por los médicos para estructurar su discurso, son conceptos que apropian en su lenguaje y son utilizados en conjunto con las teorías etiológicas en boga, y de esta forma, construyen alrededor de una enfermedad explicaciones conectadas con los principales movimientos intelectuales del momento.

La transformación de los referentes para pensar al individuo y la sociedad, implicó un conjunto de cambios prácticos en el ejercicio de la política, pues la raza era el producto de la acción de leyes naturales, y según estas leyes, el ambiente, el medio geográfico, el atavismo y la herencia cumplían un papel determinante en su conformación.¹³⁶ La concepción de los conglomerados humanos como razas, dio lugar a la constitución de una nueva ciencia, la eugenesia, que introdujo las nociones de la degeneración y el mejoramiento racial en los estudios, discusiones y preocupaciones demográficas del momento.¹³⁷

Fue Galton quien estableció que las habilidades humanas deseadas eran transmisibles por la herencia y no mediante la educación, de tal modo que era posible producir una determinada raza seleccionando aquellos individuos dotados que podían transmitir a través de la herencia estas cualidades, mediante matrimonios acertados durante varias generaciones consecutivas.¹³⁸ Esta idea se oponía a las de Lamarck, quien había planteado la teoría del transformismo, la cual postulaba que las características positivas adquiridas durante la vida de una persona, podrían transmitirse hereditariamente a siguientes generaciones.¹³⁹

Los planteamientos opuestos entre Galton y Lamarck sobre la herencia, estuvieron en discusión en la escena científica de los médicos de América Latina, siendo el lamarckismo el que tuvo mayor presencia por las posibilidades que abría a la educación de las cualidades transmisibles.¹⁴⁰ Además, estas nociones fueron conjugadas con principios morales y conservadores presentes en los discursos de los pensadores latinoamericanos.¹⁴¹ A su vez,

¹³⁶ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 86.

¹³⁷ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 87.

¹³⁸ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 88.

¹³⁹ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 88.

¹⁴⁰ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 88.

¹⁴¹ Hilderman Cardona Rodas y María Fernanda Vásquez Valencia, “Enfermedad deformante, degeneración y clima en Colombia (1880-1920)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro 18, n.º2 (2011): 311. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/VSN65y8Ywv4m466nrxDC69y/?format=pdf&lang=es> (Consultado el 17 de agosto de 2023).

tuvieron compatibilidad con las ideas religiosas hegemónicas del momento, dando como resultado el rechazo moral y político a la eugenesia galtoniana.¹⁴²

Por su parte, la influencia de la eugenesia en América Latina, tuvo un carácter blando adoptando el lamarckismo que se adecuaba más a las ideas morales y religiosas tradicionales de la región, en contraposición de la eugenesia galtoniana que fue concebida como una brutalidad por sus medidas que intervenían en la reproducción humana.¹⁴³ Las ideas neolamarckianas justificaban que el mejoramiento adquirido durante la vida de un individuo podría ser transferido genéticamente, de tal forma que era posible alcanzar el progreso mediante la herencia.¹⁴⁴

En ese orden de ideas, el movimiento eugenésico latinoamericano se caracterizó por sus medidas dirigidas a la transformación del medio ambiente, costumbres y comportamientos propios de los sectores pobres de la sociedad, los cuales fueron concebidos como perjudiciales para la salud individual y colectiva.¹⁴⁵ Eran iniciativas que buscaban eliminar los venenos raciales, término con el que se referían al alcohol, la sífilis, la tuberculosis y la ausencia de higiene; en este caso, en contraposición a las medidas duras de Europa y Estados Unidos, las medidas en Latinoamérica fueron valoradas como eugenesia preventiva.¹⁴⁶

Algunos de estos venenos raciales eran enfermedades o condiciones definidas como hereditarias, entre estas, la sífilis, la lepra, la tuberculosis, la epilepsia, el alcoholismo y las tendencias criminales o sexuales.¹⁴⁷ Estas patologías lastraban a la sociedad, la concepción hereditaria las consideró dentro de la lista de factores de degeneración,¹⁴⁸ de tal forma que las enfermedades fueron puestas en discusión por representar una amenaza para la población pensada en términos de razas, las cuales eran susceptibles a padecer de procesos degenerativos gracias a estos males transmisibles.¹⁴⁹

¹⁴² Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 88.

¹⁴³ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 88-93.

¹⁴⁴ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 93.

¹⁴⁵ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 94.

¹⁴⁶ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 94.

¹⁴⁷ Reggiani, "Historia mínima de la eugenesia en América Latina". 38-39.

¹⁴⁸ González, y López, "Consanguinidad, sífilis, herencia y matrimonio...". 88-89.

¹⁴⁹ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 93-94.

Así pues, en el marco de las preocupaciones generadas por la degeneración de la raza, los médicos impulsaron estrategias de mejoramiento racial para evitar que el conglomerado social cayera en las filosas garras de este mal. A su vez, entre finales del siglo XIX y la primera década del siglo XX, el crecimiento desbordado de la población, los acelerados procesos de urbanización, la fuerte inmigración europea y la entrada del capitalismo mundial, produjeron un impacto socioeconómico en las naciones latinoamericanas conocido como la “cuestión social”, aquí la eugenesia encontraría un terreno apto para su desarrollo.¹⁵⁰

Al mismo tiempo, se iban consolidando nuevos saberes médicos e higiénicos en una moral biológica que se oponía a la moral católica.¹⁵¹ A este respecto, el surgimiento de la bacteriología moderna a finales del siglo XIX, marcaría muchos de los emprendimientos en materia de salud, donde el estudio de las enfermedades tomaría otro rumbo.¹⁵² Las primeras escuelas de estudio latinoamericanas sobre microorganismos se nutrieron del pensamiento europeo bacteriológico, con la finalidad de comprender las enfermedades, diagnosticarlas, controlarlas clínicamente, prevenirlas y conocer la dinámica de su epidemiología.¹⁵³

La recepción de estos conocimientos fue adaptada según los contextos culturales, políticos e institucionales; los médicos se empeñaron en auténticos esfuerzos por incidir en las tendencias de morbilidad y mortalidad de sus respectivas ciudades.¹⁵⁴ En este contexto, las enfermedades tropicales fueron estudiadas por las comunidades científicas nacionales, entre estas la malaria, la fiebre amarilla y la anquilostomiasis.¹⁵⁵ Para el momento, las agencias internacionales jugaron un papel importante, como la Fundación Rockefeller, que realizó misiones en América Latina para orientar reformas sanitarias contra las enfermedades.¹⁵⁶

Las iniciativas de la fundación para el control de las enfermedades infecciosas, fueron consolidando una nueva medicina y una salud pública científica.¹⁵⁷ El rol de la fundación fue decisivo en la organización de servicios independientes por enfermedad y la promoción de

¹⁵⁰ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 91.

¹⁵¹ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 97.

¹⁵² Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 51.

¹⁵³ González, “Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar”, 11-12.

¹⁵⁴ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

¹⁵⁵ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

¹⁵⁶ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

¹⁵⁷ Urquía, “Teorías dominantes y alternativas en epidemiología”, 51.

la medicina curativa y de control de las patologías de una medicina integral y educativa.¹⁵⁸ Aun cuando los avances en bacteriología ilustraban sobre gérmenes patógenos como causa única de las enfermedades, las nociones hereditarias coexistieron en la construcción de un discurso médico mixto en la etiología de las patologías infecto-contagiosas.

A pesar de la recepción y el desarrollo de la bacteriología, la eugenesia y la herencia no fueron totalmente abandonadas, en la definición, diagnóstico y medidas diseñadas en el control de las enfermedades, hubo un universo de nociones y conceptos entre ambas teorías. Es el caso de la tuberculosis, el descubrimiento del bacilo en 1882 marcó el comienzo de la era bacteriológica y estableció la hipótesis etiológica de que cada enfermedad estaba asociada a una causa única y específica, a un microorganismo determinado.¹⁵⁹ Esta fue una de las tantas patologías interpretadas en el marco de las dos teorías etiológicas.

La tuberculosis representó una gran amenaza entre fines del siglo XIX, momento en que sostuvo su mayor crecimiento y se le constituyó como un problema sanitario, hasta mediados del siglo XX, cuando aparecieron las primeras curas efectivas para su tratamiento.¹⁶⁰ Esta patología fue asumida con un fuerte componente urbano asociado a la pobreza, al hacinamiento, a las condiciones laborales; también se le relacionaba con la raza y la vida disipada, propia de la mirada médica de fines del siglo XIX y mediados del XX.¹⁶¹ Asimismo, fue comprendida como una enfermedad infecto contagiosa.

En ese sentido, los distintos gremios médicos de América Latina estructuraron un marco de interpretación con una variada gama de nociones y conceptos provenientes de la mixtura teórica para la etiología de la tuberculosis. Estas agendas podían tener mayor afinidad por las teorías de la herencia y la eugenesia, otras podían estar mayormente relacionadas con la bacteriología, el terreno o el clima. Dependiendo del tipo de influencia en la construcción de estas interpretaciones, los médicos señalaron cuerpos, lugares, objetos, medios de contagio y medidas para controlar la enfermedad, que estuviesen relacionados con este mal.

¹⁵⁸ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 51.

¹⁵⁹ Urquía, “Teorías dominantes y alternativas en epidemiología”, 47.

¹⁶⁰ Adrián Carbonetti, “Historia de la tuberculosis en América Latina. A modo de introducción”, *Estudios Digital*, (2012): 13. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/restudios/article/view/2547/1502> (Consultado el 29 de abril de 2023).

¹⁶¹ Carbonetti, “Historia de la tuberculosis en América Latina. A modo de introducción”, 13.

De este modo, cada marco interpretativo fue elaborado según el contexto específico de cada país, así las explicaciones para definir y combatir una enfermedad, no fueron necesariamente las mismas en cada territorio.¹⁶² La tuberculosis adquirió una relevancia y significado simbólico que variaban según el contexto nacional, regional o local, influenciados por los niveles de urbanización, las estructuras demográficas y los factores científicos, tecnológicos, políticos y culturales presentes en cada lugar.¹⁶³ Así pues, cada contexto implementó estrategias de intervención según el marco de interpretación del cual partían.

Los médicos desarrollaron una serie de estrategias educativas y de higiene, así como medidas de fomento de la inmigración, orientadas especialmente a las clases pobres. Estas estrategias abarcaban aspectos como la cantidad y calidad de los alimentos que debían ser consumidos, el establecimiento de la higiene pública y privada, el fomento del aseo personal, la modificación de los hábitos físicos, la reglamentación de los horarios de trabajo y estudio, el análisis de los productos alimenticios y del agua, así como el desarrollo de campañas de profilaxis y control de algunas enfermedades, entre las cuales se destacaba la tuberculosis.¹⁶⁴

En el marco del movimiento eugenésico en América Latina, en Brasil y Argentina esta ciencia tuvo su mayor desarrollo, se produjo la fundación de las asociaciones más importantes, la Sociedad Eugenésica de Sao Paulo en 1918 y la Asociación Argentina de Biopotología, Eugenesia y Medicina Social en 1932.¹⁶⁵ Por otra parte, Colombia, a diferencia de otros países de la región, no llegó a adoptar medidas de claro corte eugenésico, en general los estudios y debates sobre el tema estuvieron más cerca a la higiene social, prueba de ello es la ausencia de instituciones, medidas y estudios en el marco de la eugenesia.¹⁶⁶

Aun así, la circulación del discurso eugenésico y las estrategias derivadas de este, explican las reformas en salud pública, asistencia médica, educación, mejoramiento racial y control de la inmigración.¹⁶⁷ Dicho discurso impactó la vida cotidiana de las personas, las prácticas

¹⁶² Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 51.

¹⁶³ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50-51.

¹⁶⁴ María Fernanda Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro 25, supl (2018): 150-151. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vsSrgfMYqM7DZkcHLFnWzpv/?lang=es> (Consultado el 11 de agosto de 2023).

¹⁶⁵ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 91.

¹⁶⁶ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 98.

¹⁶⁷ Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social...”. 146.

sociales, la creación y aplicación de determinadas políticas y reformas públicas en los diversos contextos.¹⁶⁸ La eugenesia se difundió rápidamente desde 1880 hasta alcanzar su mayor popularidad entre 1920 y 1930, las prácticas ejercidas bajo esta concepción, variaron según la geografía, pero compartieron un lenguaje y objetivos comunes.¹⁶⁹

En un momento en que la expansión del capitalismo industrial incorporaba a las economías latinoamericanas en el mercado mundial, la población fue entendida como capital humano, el cual podía ser mejorado o revalorizado.¹⁷⁰ En el marco del pensamiento de las razas consideradas inferiores y superiores, América Latina fue vista como un continente degenerado, pues la presencia indígena y afroamericana era considerada como un sinónimo de atraso.¹⁷¹ Asimismo, el progreso y la modernidad fueron nociones utilizadas para hablar de la raza caucásica y la economía capitalista industrial.¹⁷²

En ese ambiente, las clases dirigentes centraron su atención en las razas débiles que transmitían sus condiciones negativas a sus descendientes, quienes eran incapaces de integrarse en la estructura productiva del capitalismo.¹⁷³ En ese sentido, los gobiernos impulsaron políticas para importar migrantes europeos, buscando mejorar la calidad de la población a través de la selección matrimonial, la restricción de la inmigración indeseada y una serie de medidas para optimizar el rendimiento físico e intelectual, en otras palabras, buscaban impedir la degeneración de la raza mediante el cruce de razas deseadas.¹⁷⁴

Como hemos dicho antes, las estrategias de mejoramiento y perfeccionamiento racial fueron moldeadas por los médicos bajo una agenda eugenésica. A diferencia de países como Brasil y Argentina, Colombia nunca tuvo una inmigración considerable, aunque se expidieron multitud de actos legislativos que buscaron promoverla.¹⁷⁵ Ante la ausencia de procesos masivos de inmigración al país, los médicos colombianos vieron en la higiene y la educación

¹⁶⁸ Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social...”. 146.

¹⁶⁹ Reggiani, “Historia mínima de la eugenesia en América Latina”. 37.

¹⁷⁰ Reggiani, “Historia mínima de la eugenesia en América Latina”. 17.

¹⁷¹ Reggiani, “Historia mínima de la eugenesia en América Latina”. 17-20.

¹⁷² Reggiani, “Historia mínima de la eugenesia en América Latina”. 17.

¹⁷³ Reggiani, “Historia mínima de la eugenesia en América Latina”. 17.

¹⁷⁴ Reggiani, “Historia mínima de la eugenesia en América Latina”. 13-20.

¹⁷⁵ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 102.

la forma de fortalecer la población, a través de una acción directa sobre hábitos y costumbres de la sociedad, se intentó conducir a la población a los caminos del progreso.¹⁷⁶

En ese sentido, los médicos debatieron las medidas sociales y políticas más adecuadas para lograr la vigorización o restauración fisiológica de la raza, la cual era amenazada por la degeneración causada por la alimentación deficiente, los malos hábitos, las enfermedades, la ignorancia y la pobreza.¹⁷⁷ Por lo tanto, los galenos se empeñaron en diseñar estrategias dirigidas a transformar hábitos o controlar enfermedades que estaban enlistadas dentro de los factores que degeneraban la sociedad, entre las cuales, se destacaba la tuberculosis, señalada como un obstáculo para alcanzar el progreso por su etiología hereditaria y contagiosa.

Todo lo anteriormente mencionado, es de utilidad para comprender el contexto en el cual los médicos latinoamericanos construyeron su discurso, sin el cual es imposible entender las medidas impulsadas, pues la relación discurso-prácticas es establecida según el margen de los marcos de interpretación constituidos en las agendas para pensar en la enfermedad y en el individuo que la posee. La tuberculosis fue señalada por los médicos bajo estas concepciones, quienes representaron biológica y socialmente esta dolencia, como también, diseñaron las acciones a emprender para controlarla.

De esta manera, los galenos a lo largo de América Latina interpretaron esta enfermedad a partir de la variedad etiológica existente para la época, influenciados por los movimientos científicos de Europa definieron la tuberculosis de acuerdo con los paradigmas del conocimiento científico médico dominante. Las teorías médicas confluyeron para crear agendas mixtas que consideraron el origen de esta patología en diversos factores que oscilaron entre lo biológico y social, estructurando en el discurso la enfermedad de las diversas causas por excelencia.

En ese sentido, a continuación, se analizan los discursos médicos producidos con relación a la tuberculosis en las ciudades de Buenos Aires y Santiago de Cali, entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX. Ello, con la intención de encontrar similitudes y diferencias en la representación que realizaron los gremios médicos sobre esta enfermedad, que afectó de manera significativa a ambas ciudades, y a su vez comprender la originalidad de cada caso y

¹⁷⁶ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 102.

¹⁷⁷ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 102-112.

los factores que influyeron en la estructuración de dichos discursos. Para dar cumplimiento a lo anterior, se realiza un estudio comparativo de los principales conceptos encontrados en los discursos.

CAPÍTULO II: ENTRE CIUDADES IMPURAS

2.1. Representación de la enfermedad: tuberculosis en los discursos médicos

A finales del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX, la tuberculosis fue interpretada a partir de las principales corrientes del pensamiento científico médico, en la búsqueda de una etiología certera para comprender su dinámica contagiosa, ante la cual la medicina fue incapaz de formular cura alguna.¹⁷⁸ Debido a lo anterior, la exploración de un tratamiento efectivo generó una incesante serie de esfuerzos explicativos que iban desde las tesis hereditarias hasta las dimensiones sociales o psicosomáticas, y la tisis apareció como un mal asociado a una infinidad de causas.¹⁷⁹

Ante la falta de certeza sobre cómo proceder frente a esta afección, esta fue cargada de significados que excedían lo patológico, una suerte de imágenes, asociaciones y experiencias que crearon una subcultura de la tisis.¹⁸⁰ Con esta subcultura proliferaron las narrativas que buscaron explicar la enfermedad, asociaciones de presencia efímera y otras de notable perdurabilidad.¹⁸¹ El discurso médico que se tejió alrededor de la tuberculosis, tuvo una doble dolencia crítica, una anatómica y otra social, o moral.¹⁸² Este discurso es importante para comprender la construcción de la representación social de la tisis.

A su vez, solo puede ser comprendido considerando los códigos socioculturales y los paradigmas que dominaban en el momento, las categorías como raza, fatiga, degeneración,

¹⁷⁸ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 61.

¹⁷⁹ Hilderman Cardona Rodas y Zandra Pedraza Gómez, *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales (Ediciones Uniandes: Universidad de Medellín, 2014). 275.

¹⁸⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 16-25.

¹⁸¹ Cardona y Pedraza. “Al otro lado del cuerpo...”, 275-276.

¹⁸² Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 61.

herencia, pueblo, agotamiento, clima, profilaxis, higiene social, bacteriología, alcoholismo, entre otras; estructuraron un imaginario que dio sentido a la tuberculosis y al tuberculoso.¹⁸³ Esta construcción discursiva de la enfermedad, se materializa en el repertorio de prácticas que son legitimadas y desarrolladas en políticas públicas, la canalización de ansiedades sociales de todo tipo y la justificación del uso de ciertas tecnologías.¹⁸⁴

Asimismo, la representación del enfermo, sobre su cuerpo individual y/o colectivo es mediado a partir de sistemas culturales concretos, expresado mediante el discurso estructurado de acuerdo a una construcción simbólica que difiere según la temporalidad, las clases, las circunstancias y la cultura.¹⁸⁵ Razones particulares y coyunturas temporales enmarcan una enfermedad, ya que las experiencias en torno a esta no son iguales, pues cada sociedad da un sentido específico a sus diversos padecimientos,¹⁸⁶ puesto que las enfermedades son fenómenos multifacéticos, un problema más allá de lo biológico.

Así pues, la tuberculosis fue objeto de estudio entre los médicos, interpretada a partir de un repertorio de construcciones discursivas y prácticas que buscaron dar sentido a esta patología.¹⁸⁷ Lo anterior, debido a un panorama donde predominaba la incertidumbre a causa de la falta de respuestas eficaces y la necesidad de iniciativas supranacionales para controlar el impacto de esta patología. En ese sentido, se busca realizar un acercamiento a los significados específicos con los que construyeron la existencia social de la enfermedad, y a su vez, legitimaron políticas públicas.

A este respecto, a continuación, se constatan las principales similitudes y diferencias del discurso médico construido sobre la tuberculosis en los casos de Buenos Aires y Cali entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Se presentan aspectos que contribuyen al análisis de la narrativa local que permitirá la discusión sobre la tuberculosis en sus múltiples dimensiones.¹⁸⁸ Con la intención de determinar los rasgos precisos que distinguen las dos sociedades afectadas por un mismo fenómeno, se hace un ejercicio de contraste con el fin de

¹⁸³ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 45-61.

¹⁸⁴ 29-30.

¹⁸⁵ Roy Peter, “Capítulo 10: Historia del cuerpo”, en *Formas de hacer historia*, ed. por Peter Burke (Barcelona: Alianza Universidad, 1993), 258-270. <https://historiacaride.files.wordpress.com/2016/05/burke-peter-formas-de-hacer-historia.pdf> (Consultado el 26 de agosto de 2023).

¹⁸⁶ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 30-33.

¹⁸⁷ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 30-32.

¹⁸⁸ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 32.

aprehender la individualidad que se destaca en ambos casos, posibilitando de esta forma, el registro de relaciones causales, espaciales y temporales.¹⁸⁹

2.2 Etiologías para comprender un mal: entre la herencia y el contagio

En el caso de Buenos Aires, durante la segunda mitad del siglo XIX, la enfermedad estuvo marcada por la incertidumbre y poco o nada se sabía de su origen y sus víctimas.¹⁹⁰ A través de las tesis doctorales de la Universidad de Buenos Aires, el gremio médico decimonónico ofrecía explicaciones sobre las posibles causas de la tuberculosis, apoyándose en los trabajos médicos europeos atribuyeron a la herencia un papel importante, señalando que inevitablemente un padre o madre enfermos por tuberculosis, engendrarían hijos tísicos, o en todo caso, una aptitud o predisposición a padecer la enfermedad.¹⁹¹

La tuberculosis era pensada como resultado de un desbalance constitucional basado en una narrativa etiológica mecanicista.¹⁹² En 1866, el médico Domingo Salvarezza indicaba que tenían mayor susceptibilidad de contraer la tisis los individuos de constitución pobre, delgada o débil, con piel pálida y pecho estrecho, ubicados en ambientes urbanos insalubres, húmedos y mal ventilados, mal alimentados, así como aquellos que sufrían afecciones morales y practicaban excesos venéreos, al igual que los que llevaban una vida sedentaria y con falta de insolación, los que tenían cargas laborales fatigosas para los pulmones y se exponían a sustancias nocivas.¹⁹³

Con respecto a la heredabilidad de la tisis, la comunidad médica porteña basada en los estudios franceses consideró que los hijos de padres tuberculosos podían nacer sanos, pero con una debilidad congénita,¹⁹⁴ es decir, predispuestos. No obstante, finalizando el siglo XIX, luego del descubrimiento del bacilo en 1882, surgió la convicción de que la tuberculosis no era una enfermedad de carácter hereditario y constitucional, sino que era infecciosa y causada

¹⁸⁹ Danilo Torres Reina, “El método comparativo en la investigación social y en el análisis histórico”, *Historia y Espacio* 17, n.º 57 (2021): 300-305. https://historiayespacio.univalle.edu.co/index.php/historia_y_espacio/article/view/10117/14472 (Consultado el 06 de septiembre de 2023).

¹⁹⁰ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 107.

¹⁹¹ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 137-138.

¹⁹² Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 137.

¹⁹³ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 137-138.

¹⁹⁴ Rodríguez, “*Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...*”, 202.

por un microorganismo.¹⁹⁵ En ese sentido, los médicos explicaron la transmisión de la enfermedad a partir de la teoría del contagio.

Empero, la noción del agente etiológico de la tisis no fue incorporada y aceptada de forma inmediata, coexistió con muchas de las interpretaciones que realizó la comunidad médica a lo largo del siglo XIX, a través de las tesis doctorales es posible evidenciar que el saber médico académico sobre la enfermedad desde la bacteriología no desplazó las otras teorías existentes.¹⁹⁶ De hecho, bien entrados al siglo XX, los médicos continuaron insistiendo en la cuestión de la herencia, utilizaron esta etología para explicar la tisis aun cuando la irrupción de la bacteriología moderna había postulado su carácter contagioso.

Sirva de ejemplo, la tesis escrita en 1895 por Abel Domínguez, quien a pesar de la popularidad de la teoría microbiana, hablaba de la llegada de la tuberculosis al organismo del enfermo como resultado de un proceso heredo contagioso y de heredo predisposición.¹⁹⁷ En 1918 Leticia Acosta, afirmaba que la tuberculosis no se heredaba pero que existía en los hijos de los tuberculosos una predisposición, en 1919 Leónidas Silva, cuestionaba el contagio de la enfermedad postulado por las investigaciones de Koch.¹⁹⁸ Así pues, se estableció una mixtura teórica entre el contagio, la herencia y la predisposición para explicar la causa de la enfermedad.

Por otra parte, en lo que respecta al caso de Cali, Colombia, la explicación que ofrecieron los galenos para la época permite evidenciar que adoptaron las etiologías provenientes de Francia para buscar una definición de la enfermedad. El debate sobre la etiología de la tuberculosis estuvo ligado a tres paradigmas médicos, el del terreno, la herencia y el contagio; aun cuando esta última hipótesis estableció el agente causal biológico, no se desplazaron las demás teorías, sino que hubo una mixtura ecléctica, pues las tres concepciones se mezclaban y complementaban entre sí.¹⁹⁹

Es posible conocer las causas adjudicadas a la tisis a través de los diferentes números de la publicación de la revista *Boletín de Medicina del Cauca*, producida por la *Sociedad de*

¹⁹⁵ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138.

¹⁹⁶ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138.

¹⁹⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138.

¹⁹⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138.

¹⁹⁹ Márquez y Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”. 84-86

*Medicina del Cauca*²⁰⁰, la cual circuló entre 1887 y 1910. Aquí los médicos discutieron esta enfermedad y la postularon como hereditaria, pero al mismo tiempo, como contagiosa. Ambas teorías fueron utilizadas para explicar el origen y desarrollo de esta patología, algunos médicos las emplearon en conjunto, otros proclamaron solo la validez de una teoría, pero en todo caso, la enfermedad fue concebida de acuerdo con varias etiologías de la época.

Un ejemplo de ello se puede apreciar en 1887, cuando desde la redacción de la revista establecieron que: “*error grave que ha habido de creer que esta enfermedad no era contagiosa y sí hereditaria*”, por el contrario “*esta enfermedad es debida á un microbio ó “basilius” transmisible de hombre á hombre*”.²⁰¹ A través de la prensa, para la misma fecha el Dr. Pablo García señaló que la tuberculosis era “*contagiosa, transmisible, causada por un microbio, el bacilo de Koch*”.²⁰² En ambos casos la tisis fue considerada según la doctrina bacteriológica, no obstante, la teoría de la herencia no fue abandonada completamente.

El gremio médico sostuvo en su discurso el origen hereditario de la tuberculosis, de acuerdo a esta teoría, en 1899 el Dr. J.T. Henao postulaba que la enfermedad “*se adquiere por contagio y por herencia: es éste un hecho que hoy ya nadie pone en duda*”.²⁰³ Para la misma fecha el Dr. Modesto Guerrero, señalaba las causas en “*la herencia de la tisis y en su contagio*”²⁰⁴, por su parte, el Dr. P.P. Scarpetta indicaba que un niño débil de “*padres tuberculosos*”, podía “*evitar la herencia (...) cuidándose mucho del contagio*”.²⁰⁵ Asimismo, la tisis estuvo relacionada como propia de algunas familias, a causa de la herencia:

Lo que se observa, desde remotos tiempos, es lo que el vulgo expresa con los adagios: “*Hijo de tigre sale pintado, hijo de gato caza ratón,*” y á ese fenómeno, que comprueba la

²⁰⁰ La revista circuló a partir de abril de 1887 hasta septiembre de 1910 con un total de 205 números publicados de forma mensual, contiene trabajos científicos, médicos, reseñas de reuniones académicas y temas referentes a la salud y a la práctica profesional; estas publicaciones reflejan la colaboración de médicos de diferentes localidades del Cauca, como los Dres. Evaristo García y Quijano Wallis, quienes discutían los temas de salubridad, higiene y enfermedad del momento en el Valle del Cauca. Véase, Orozco, Guillermo. *450 años de medicina en Cali*. Cali: Feriva, 1986.-98.

²⁰¹ La redacción. Boletín de Medicina del Cauca. *Boletín de Medicina del Cauca*, abril de 1889, núm. 1, p. 2.

²⁰² Pablo García A. Propagación de la tisis (Colaboración). *El Ferrocarril*, año 8º, trim. 2º, Cali, 22 de noviembre de 1889, núm. 357. 1230.

²⁰³ J.T. Henao. Contagio de la tuberculosis (Tisis). *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1899, núm. 138, pp. 457-458.

²⁰⁴ Dr. Modesto Guerrero. Breves consideraciones sobre higiene. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero de 1899, núm. 137, p. 440.

²⁰⁵ P.P. Scarpetta. La higiene en relación con la educación y la moral. *Boletín de Medicina del Cauca*, septiembre de 1899, núm. 145, p. 564.

experiencia de los siglos, se le da el nombre de herencia. En el hombre y en los animales se heredan las disposiciones físicas, intelectuales y aun morales; eso no da lugar á dudas. ¿Por qué no se ha de heredar la predisposición patológica? El cáncer, la tuberculosis, la lepra (...) aparecen en individuos ligados á ciertas familias; eso tampoco puede remitirse á dudas.²⁰⁶

Así pues, la noción de la predisposición fue utilizada para explicar que podía haber un contagio de la enfermedad, pero que el factor importante para el desarrollo de esta era estar predispuesto. Por esta razón, a inicios del siglo XX, el Dr. Pablo García, afirmaba que había que tener especial cuidado con aquellos “*individuos considerados como predispuestos á contraer la tuberculosis; tales como nacidos de padres tuberculosos*”.²⁰⁷ La noción de la predisposición fue utilizada en conjunto con la teoría del contagio, de tal manera que se construyó una mixtura teórica para entender la dinámica de la enfermedad.

En ese sentido, el debate de la herencia y la predisposición fue combinado con la hipótesis del contagio, de acuerdo al Dr. J.T. Henao, esta era una condición necesaria para adquirir la enfermedad puesto que “*si el individuo está predispuesto (...) el germen principia á desarrollarse*”.²⁰⁸ Es decir, que la herencia fue utilizada para tratar de explicar la falta de certeza médica frente al interrogante acerca de si todos estaban expuestos al bacilo, ¿por qué solamente algunas personas desarrollaban la enfermedad?. Al respecto, el Dr. Modesto Guerrero afirmaba que “*se nace predispuesto al mal para contagiarse luego*”.²⁰⁹

En ambos casos, el discurso médico que buscó determinar el origen a la enfermedad estuvo influenciado en gran medida por la medicina europea, región en la que se desarrollaban los debates más importantes entre las sociedades médicas de mayor relevancia.²¹⁰ La incertidumbre médica en torno al origen de la enfermedad refleja que no existió una idea clara sobre el modo de transmisión de esta. A su vez, significa que en ambos casos se trató

²⁰⁶ Evaristo García. Gacetilla. *Boletín de Medicina del Cauca*, diciembre de 1898, núm. 136, p. 433.

²⁰⁷ Pablo García A. Propagación de la tisis (Colaboración). *El Ferrocarril*, año 8º, trim. 2º, Cali, 22 de noviembre de 1889, núm. 357. 1431.

²⁰⁸ J.T. Henao. Contagio de la tuberculosis (Tisis). *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1899, núm. 138, p. 458.

²⁰⁹ Dr. Modesto Guerrero. Breves consideraciones sobre higiene. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero de 1899, núm. 137, p. 440.

²¹⁰ Luis Felipe Ortega, “La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde la regulación del espacio físico (1916-1936)”, *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 27, n.º 2 (2022): <https://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/13446/12527> (Consultado el 20 de mayo de 2023).

de una patología incontrolable, y a modo de reacción, los médicos buscaron la explicación de la enfermedad en toda información que llegara de los referentes científicos del momento.

El hecho de que la teoría de la herencia haya coexistido con la teoría del contagio, se debe, entre otros motivos, a que hacia el último tercio del siglo XIX, la tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires seguía teniendo una mortalidad inexplicable.²¹¹ Sin la existencia de una cura efectiva para la enfermedad, con una mortalidad en alza y sin posibilidad de tratamiento, el gremio médico con gran ansiedad por una respuesta oportuna a este padecimiento, otorgaba el origen de la tisis a múltiples teorías.²¹² De tal forma que el dilema ante esta dolencia, dio pie a diferentes interpretaciones dentro del mismo gremio médico.

En el caso de la ciudad de Cali, el panorama de la tuberculosis era desalentador. A inicios del siglo XX según el Dr. Borrero, era posible “*contemplar tantos cuadros de miseria (...) de tísicos de edades diferentes y de diversos sexos*”, a causa del “*incremento á diario que va tomando la tuberculosis en nuestra ciudad de Cali*”.²¹³ Y esta situación, postulaba el Dr. Carlos Solarte, se debía a que “*desgraciadamente la Ciencia permanece impotente para curar los estragos del bacillus*”, pues no existía “*un verdadero consuelo de tan numerosos pacientes*”.²¹⁴ Así, el boletín médico reflejaba la imprecisión médica sobre la enfermedad:

Nos quedamos sin saber lo que es la tuberculosis (...) porque no nos dan á conocer ni la marcha ó evolución del proceso, ni que circunstancias abonan el terreno, ni qué órganos son los más predispuestos (...) la confusión de las confusiones.²¹⁵

Sin una idea clara del contagio, los médicos buscaron otras formas de explicar las causas de la tuberculosis, en aras de apaciguar su impacto en las ciudades, se apoyaron en las ideas provenientes de los principales círculos científicos-médicos de la época. Así pues, en el caso de los galenos porteños, en las tres primeras décadas del siglo XX utilizaron la noción de la predisposición racial para señalar una causa más atribuida a la tuberculosis.²¹⁶ Momento en

²¹¹ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 138.

²¹² Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 248-268.

²¹³ Pablo Borrero Ayerbe. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 38-40.

²¹⁴ Carlos Solarte B. Discurso. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero y febrero de 1907, núm. 176 y 177, p. 392.

²¹⁵ D. Antonio Mut. El diagnóstico integral clínico debe predominar sobre el topográfico en clínica médica. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, p. 48.

²¹⁶ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 137.

el cual se tenía noción de que solo una parte de la población contraía esta patología y que la gran mayoría estaba infectada, pero sin tener la enfermedad en modo activo.²¹⁷

2.3. Representación social, raza y tuberculosis

Un interrogante que reforzaría aún más las explicaciones hereditarias y constitucionales se centró en determinar ¿quién terminaría enfermo y quién no?, ello obedecía a que el razonamiento sobre lo que enfermaba a un individuo y no a otro, se atribuía a la susceptibilidad que tenía este para desarrollar la enfermedad.²¹⁸ Frente a este problema de la susceptibilidad relativa, bajo los postulados de la ciencia positiva y el evolucionismo, se relacionó la tuberculosis con la cuestión de la raza, para afirmar que ciertos tipos de razas eran más propensos que otros a enfermarse.²¹⁹ En ese entorno fueron adquiriendo relevancia una serie de concepciones frente a la raza y la tuberculosis.

Así pues, el concepto de raza en Argentina fue utilizado para pensar el mejoramiento de una raza nacional, idea marcada por la eugenesia positiva y el transformismo lamarckista, bajo la cual se argumentó que era posible una hibridación a través de la mezcla de razas superiores con las inferiores, que darían pie a una raza nacional resistente.²²⁰ Aquí la herencia fue pensada como un terreno en el cual la nutrición, la crianza, el entorno y la educación eran factores decisivos para el proceso de gestación de los más aptos.²²¹ En ese sentido, el medio y la voluntad humana jugaban como un recurso para el mejoramiento racial.²²²

Por esta razón, fue discutido qué podía deteriorar el capital hereditario y la salud de la población, momento en el que la tuberculosis fue identificada como un peligro degeneracionista.²²³ De esta manera se consideró la selección racial como una forma de deshacerse de aquello que deterioraba el capital hereditario.²²⁴ La cuestión racial se centró en la cuestión inmigratoria, los médicos porteños vieron en la llegada de las razas

²¹⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138.

²¹⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138-139.

²¹⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 138-140.

²²⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 140-144.

²²¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 144.

²²² Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 144.

²²³ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 144.

²²⁴ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 107.

anglosajonas un modo de forjar una raza nacional argentina superior con condiciones inmunitarias que podían hacer frente a la infección por tuberculosis.²²⁵

En ese orden de ideas, se incorporó en la agenda eugenésica de Argentina la idea de la selección del migrante, cuando la tuberculosis era considerada una afección hereditaria, se promovió la inmigración de razas que no tuvieran esta enfermedad.²²⁶ Aun con esta política migratoria y las estrategias eugenésicas de mejoramiento racial, los médicos señalaron que, junto a las causas biológicas de la tisis, existían factores sociales que predisponían a la enfermedad, entre los que se destacaban el alcoholismo, la habitación insalubre, la mala alimentación y los excesos.²²⁷

Es decir, el discurso médico le otorgó a la tuberculosis un origen contagioso, pero, asimismo, la predisposición por factores externos al bacilo que afectaban al organismo del individuo y lo hacían débil a resistir al microbio.²²⁸ La pregunta recurrente era por qué si todos estaban expuestos al microbio, no todos terminaban enfermándose, las explicaciones estaban del lado de la biomedicina y los factores originados en el individuo y el medio ambiente.²²⁹ En este orden de ideas, fue tomando forma un catálogo de conductas excesivas que facilitaban la adquisición de la enfermedad, es decir, una representación social.²³⁰

De forma similar, los galenos en la ciudad de Cali apoyados en las hipótesis del contagio y la herencia buscaron definir la tisis, pues el desconcierto ocasionado por esta, como resultado de la falta de control médico, la complejidad de su contagio y su fatalidad en la sociedad,²³¹ generó la búsqueda de teorías para añadir a la agenda de causas de la tuberculosis. Es así como a principios del siglo XX se estableció la teoría del terreno, para dar explicación a las formas de desarrollo de esta patología en el cuerpo humano.²³² Ello dio origen a un debate de la etiología de la tisis ligado a tres paradigmas médicos.

²²⁵ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 144-145.

²²⁶ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 145-154.

²²⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 173.

²²⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 145.

²²⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 173.

²³⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 173.

²³¹ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 45-46.

²³² Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 45-46.

En ese sentido, los médicos señalaban que las causas de la enfermedad debían de buscarse en las condiciones de vida de los individuos, las cuales incidían en el desarrollo de la enfermedad si el individuo se encontraba predispuesto a causa de la herencia. Así también achacaron la enfermedad a las condiciones miserables derivadas de vicios y malos hábitos, así como a la existencia de un agente causal biológico.²³³ Esta mixtura teórica se sumó a una causalidad moral que señaló los vicios como generadores de terrenos propicios al contagio, momento en que la tuberculosis fue representada como una enfermedad social, así el discurso médico se cargó de una connotación moral, biológica y social.²³⁴

Así pues, al contrario de los médicos porteños que se apoyaron en la predisposición racial y en el movimiento eugenésico de la época para explicar las causas de la tuberculosis en Buenos Aires, en la ciudad de Cali el concepto de raza de mano del discurso eugenésico que promovió la existencia de razas fuertes y débiles, no se consolidó. En Cali, la tisis se percibió como un factor degradante, sin embargo, este tipo de conjeturas basadas en la cuestión racial no tuvo eco en el gremio médico. Prueba de ello es que en las fuentes referenciadas para construir el discurso médico sobre la tisis en Cali, no hay alusión a una cuestión de raza.

Mientras que en Buenos Aires la cuestión del mejoramiento racial para fortalecer la raza nacional fue pensada como un proceso de inmigración de razas superiores europeas, en Cali, por el contrario, no pudo replicarse esta concepción por la falta de una inmigración considerable para hablar de mejoramiento racial. Ante la ausencia de procesos masivos de inmigración, los médicos vieron en la higiene y la educación el modo fortalecer la población, es decir, ejercer una acción directa sobre los hábitos y costumbres de los individuos para lograr por esta vía el mejoramiento o restauración fisiológica y moral.²³⁵

A pesar de esta diferencia paradigmática, la rejilla discursiva construida para diagnosticar las causas de la tuberculosis, en ambos casos, estuvo fuertemente influenciada por los movimientos intelectuales europeos. Sin embargo, ante fenómenos como el movimiento migratorio europeo en América Latina, que se hizo manifiesto según el contexto, se dio pie a moldear concepciones distintas sobre la noción de una raza debilitada que podía mejorarse

²³³ Márquez y Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”, 84.

²³⁴ Márquez y Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”, 84-87.

²³⁵ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 94-102.

a través de este proceso. Aun así, la concepción que sí tuvo recepción en ambos casos fue la representación social de la tuberculosis.

2.4. Causas sociales de la tuberculosis: excesos, vicios y miseria

La configuración social de esta enfermedad tuvo asiento en los procesos acelerados de urbanización e industrialización vividos en Europa durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX.²³⁶ Entre los principales círculos médicos se reconoció la relación de la tuberculosis con las pésimas condiciones urbanas, ambientales y sociales que había en las ciudades, otorgándole a esta patología un sentido que excedía lo meramente biológico. De esta forma, los galenos señalaron los factores sociales que hacían proliferar la enfermedad en la población, indicando hábitos, espacios y conductas que reproducían esta dolencia.

En este hilo de ideas, la tuberculosis fue transformada en una enfermedad asociada a la miseria, los excesos y la falta de higiene en que vivían la mayoría de personas en las ciudades, por tal razón fue representada como una enfermedad urbana.²³⁷ En el discurso médico de Buenos Aires, se exponía que ciertos estilos de vida excesivos debilitaban al organismo y reducían su resistencia física, entre los factores sociales relacionados con la enfermedad se destacaban las dietas desbalanceadas, la ejercitación desmedida, la falta de descanso, los placeres mundanos y las bebidas alcohólicas, desenfrenos que facilitaban el camino hacia la tuberculosis.²³⁸

En este marco de factores causales, los médicos señalaban una fogosa sexualidad que debilitaba las defensas orgánicas del individuo, el alcoholismo que provocaba el empobrecimiento vital, la fatiga laboral que degradaba las fuerzas del obrero, el hacinamiento y la promiscuidad que reinaba en las viviendas de los pobres.²³⁹ Estos factores sociales acunados a la enfermedad, la transformaron en una patología del desgaste, pues era un mal que revelaba que el cuerpo humano tenía una resistencia limitada y que ciertas condiciones externas podían debilitarlo y facilitar el desarrollo de cuadros patológicos.²⁴⁰

²³⁶ Márquez y Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”, 85.

²³⁷ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 61-62.

²³⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 174-175.

²³⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 174-203.

²⁴⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 173.

Durante las primeras décadas del siglo XX, la provincia atravesaría por un gran crecimiento debido a su lugar central en la economía de Argentina como una ciudad agroexportadora y en expansión agropecuaria.²⁴¹ Esto trajo como consecuencia la inmigración de miles de agricultores y trabajadores rurales, como también un grueso de inmigración ultramarina europea.²⁴² Ello devino en un gran crecimiento poblacional para la década del treinta, consolidando a Buenos Aires, como una de las ciudades más grandes del mundo con más de cuatro millones de habitantes.²⁴³

A su vez, la expansión urbanizadora debido al gran incremento de la población, generó el surgimiento de múltiples suburbios.²⁴⁴ Frente a esta situación, los médicos asociaron la vivienda popular al hacinamiento, la precariedad material, la privación del aire, la falta de ventilación y luz, como características de las viviendas de los pobres.²⁴⁵ Se pensaba entonces que este tipo de hogares eran causantes de la tuberculosis por las míseras condiciones de vida, según el médico Guillermo Rawson, que “*en la casa del pobre se reproducen por millares los gérmenes; en ese aire envenenado*”.²⁴⁶

La noción entre los médicos porteños era que las pésimas condiciones de vida y el decaimiento derivado del exceso del trabajo, terminaban debilitando al organismo al punto de hacerlo tuberculoso.²⁴⁷ En este contexto el individuo fue objeto de discusión metafórica a partir de la cual se hizo alusión a este como un motor humano, una máquina cuyo buen funcionamiento era alimentado por la combustión de la materia orgánica, proceso del que emergía la energía para el trabajo, el cual no debía superar el umbral de la fatiga porque

²⁴¹ Hernán Otero, *Historia de la provincia de Buenos Aires: tomo 1: población, ambiente y territorio*. 1ª ed. (Buenos Aires: Edhasa, 2012). 18-19. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/unipe/20200408112545/HPBA1.pdf> (Consultado el 18 de septiembre de 2023).

²⁴² Otero, “*Historia de la provincia de Buenos Aires...*”. 18-20.

²⁴³ Ana Helena Gómez Pintus, “La configuración histórica del Gran Buenos Aires: transformaciones y debates en torno al objeto”, *Revista colombiana de geografía* 24, n.º 1 (2015): 175. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcdg/v24n1/v24n1a12.pdf> (Consultado el 18 de septiembre de 2023).

²⁴⁴ Gómez, “La configuración histórica del Gran Buenos Aires...”. 175-177.

²⁴⁵ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 201-217.

²⁴⁶ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 201.

²⁴⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 188-190.

afectaría la capacidad de producción y debilitaría al obrero hasta hacerlo presa fácil de las enfermedades.²⁴⁸

La asociación entre el exceso de trabajo y la tuberculosis, terminó categorizando a la tisis bajo el concepto de enfermedades profesionales, es decir, que la tisis presentaba cierta incidencia en ciertos grupos ocupacionales y procesos de trabajo, según la clase de trabajo que hubiera realizado la víctima.²⁴⁹ Es así como el desarrollo de trabajos en sitios que involucraban cierta aglomeración fueron señalados como tuberculizantes, de esta manera el oficio de zapateros, panaderos, costureras, auxiliares hospitalarios y obreros en fábricas, entre otros, fueron objeto de estigmatización.²⁵⁰ La tuberculosis era entonces la enfermedad de la sobrecarga, de la fatiga laboral, de la explotación y la usura del trabajo.²⁵¹

La falta de higiene fue también considerada como otro factor más, los galenos bonaerenses señalaban que la ausencia de las buenas condiciones de higiene y prácticas por parte de la población, incidían en los cuadros de tuberculosis.²⁵² De esta forma, una vez la gama de factores sociales fueron asociados con el desarrollo de esta enfermedad, el discurso estuvo atento al mejoramiento y fortalecimiento de los cuerpos, pues mejorar la raza nacional creando una conciencia higiénica utilizando recursos y estrategias de nutrimiento, ejercitación, alimentación, conductas apropiadas y saludables; resultaba el camino propicio para el mejoramiento racial.²⁵³

Asimismo, la tuberculosis fue concebida desde un enfoque ambientalista que la refirió como una enfermedad propiamente urbana, en cuyo desarrollo interactuaban no solo las dimensiones sociales, sino también un entorno ambiental degradado.²⁵⁴ Es así como la tuberculosis terminó siendo considerada como una enfermedad resultante de las deterioradas relaciones de la sociedad con el ambiente, y de este modo, el saber sobre esta etiología dio

²⁴⁸ Diego P. Roldán, “Discursos alrededor del cuerpo, la máquina, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la Argentina fin-de-siècle”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17, n.º 3 (2010): 645-647. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RqnXLQJxvN6L6ZkDsMz3HRj/?format=pdf&lang=es> (Consultado el 09 de agosto de 2023).

²⁴⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 187-188.

²⁵⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 187-191.

²⁵¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 191-192.

²⁵² Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 165-205.

²⁵³ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 190-272.

²⁵⁴ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 175.-206.

paso a una concepción social y epidemiológica desde la cual se produjo el reconocimiento de la multicausalidad de esta patología.²⁵⁵

Al mismo tiempo que la enfermedad estuvo relacionada con la clase obrera, también atravesó un proceso de feminización, en el cual se creía que las mujeres tenían mayor predisposición a contraer la enfermedad.²⁵⁶ Los médicos apuntaban a prendas femeninas como el corsé, pues se creía que comprimía y perturbaba los pulmones, impidiendo la buena respiración despejando así el camino para contraer la enfermedad.²⁵⁷ Las mujeres también estuvieron en el foco de los médicos, quienes consideraban que la degeneración se iniciaba en mujeres gestantes tuberculosas, pues se pensaba que heredaban hijos con deficiencia congénita.²⁵⁸

En el caso caleño, los médicos también estructuraron al discurso los factores sociales de la tuberculosis. El Dr. Pablo Borrero en 1906, con respecto a las causas de esta enfermedad afirmaba que primeramente estaba el contagio, pero que “*las condiciones sanitarias de las casas de habitación y la mala alimentación del caleño*” eran un factor determinante, pues el “*pésimo alojamiento*”, de un espacio en el que “*se vive más estrechamente en una atmósfera ya contaminada*”, provocaba una “*sensación repugnante (...) entre los que habitan ese asqueroso albergue*”, pues aglutinados vivían en una “*atmósfera saturada de muerte*”.²⁵⁹

Para los primeros años del siglo XX, la ciudad se encontraba atravesando por transformaciones asociadas con el impulso de la economía cafetera y el proceso urbanizador e industrial que auspiciaron procesos migratorios.²⁶⁰ Esto generó un gran aumento poblacional, pues para 1928 la población se cuadruplicó con respecto a la existente en 1910, y entre 1918 y 1928 el crecimiento de los habitantes fue de un 183%, el más alto del departamento.²⁶¹ De acuerdo al Boletín de Estadística Municipal de Cali, en 1928 había

²⁵⁵ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 175.-206.

²⁵⁶ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 111.

²⁵⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 235-239.

²⁵⁸ Rodríguez, “*Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...*”, 195-204.

²⁵⁹ Pablo Borrero Ayerbe. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 38-40.

²⁶⁰ Perafán, “*Las prácticas higienistas en el entorno urbano caleño...*”. 48.

²⁶¹ Andrés Felipe Castañeda Morales, “*En busca del progreso urbano*”, en *Encantos y peligros de la ciudad nocturna Cali 1910-1930*, (Cali: Universidad del Valle, 2015), 30-35. https://www.academia.edu/38335725/Encantos_y_peligros_de_la_ciudad_nocturna_Cali_de_1910_a_1930 (Consultado el 16 de septiembre de 2023).

128.988 habitantes, este acelerado aumento de la población, conllevó a una importante expansión urbana.²⁶²

En esta metamorfosis de lo urbano, los asentamientos populares que iban surgiendo en algunos sectores de la ciudad, se caracterizaban por su condición rudimentaria carente de servicios básicos, con escasa ventilación, estrechez, humedad y condiciones de hacinamiento.²⁶³ Estos factores generaban que la tuberculosis creciera vertiginosamente entre la población, pues con el aumento demográfico, según afirmaba el Dr. Borrero: “*el desarrollo que toma diariamente esta dolencia por nuestra incuria, es terrible y se debe en su mayor parte é indirectamente al aumento de la población*”.²⁶⁴

Frente a la mala alimentación, Borrero denunciaba que debido a la pésima ingesta de alimentos, el individuo sufría una desproporción en su “*energía vital pronta á contrarrestar la energía microbiana*”, pues “*una alimentación insuficiente no basta á la reparación de las pérdidas originadas por el trabajo*”.²⁶⁵ Asimismo, consideraba que la clase obrera era la que más “*necesita de una alimentación reparadora*” que combinada con nociones básicas de higiene, daría como resultado “*una descendencia vigorosa y no una decadente como es la generación que nos viene empujando*”.²⁶⁶

Asimismo, la falta de hábitos higiénicos fue denunciada como otro factor del desarrollo de la tuberculosis. Se señalaba que los enfermos tenían poca conciencia de su peligrosidad, cuando en su ignorancia, reproducían prácticas como el escupir en cualquier parte.²⁶⁷ Como declaraba el Dr. Borrero sobre este problema, que el tísico, “*ignorante de las precauciones convenientes de aseo y de posibilidad de contagio, difunde por doquiera prolíficos cultivos del bacilo*”.²⁶⁸ Pero también, los lesivos hábitos en higiene eran reproducidos entre la población sana, quienes parecían no estar al margen de los medios de transmisión:

²⁶² Castañeda, “En busca del progreso urbano”, 35-36.

²⁶³ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 165.

²⁶⁴ Pablo Borrero Ayerbe. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 39.

²⁶⁵ Pablo Borrero Ayerbe. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 38-40.

²⁶⁶ Pablo Borrero Ayerbe. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 38-40.

²⁶⁷ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 166.

²⁶⁸ Pablo Borrero Ayerbe. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 38-40.

constantemente vemos casos de contagio en familias que han ocupado habitaciones infectadas ó que han usado vestidos, utensilios de mesa, muebles &, pertenecientes á tuberculosos: hay aun la criminal costumbre de obsequiar á individuos pobres, los objetos que han servido á un tuberculoso durante su enfermedad, sin tener en cuenta que creyendo ejecutar un acto de caridad, lo que hacen es obsequiarles el gérmen de la terrible enfermedad que encuentra un terreno apropiado para su desarrollo.²⁶⁹

También, el consumo de bebidas alcohólicas fue diagnosticado como una causa más, al respecto, el Dr. Carlos Solarte indicaba que “*la tuberculosis es la enfermedad que más íntima relación tiene con el alcoholismo*”.²⁷⁰ De igual modo, el Dr. Francisco Cruz, añadía que el “*abuso de las bebidas alcohólicas transforma el organismo humano en un excelente medio de cultivo para el bacilo de Koch*”.²⁷¹ El gremio médico consideraba que había una estrecha relación entre el crecimiento de los enfermos por tisis y el consumo de bebidas alcohólicas.²⁷² Esta sustancia fue considerada como nociva y debilitante para el cuerpo.

Los factores sociales reseñados dieron pie a la concepción de la tuberculosis como una enfermedad, que según el Dr. Carlos Solarte era fruto de la “*miseria y el agotamiento físico y moral*”.²⁷³ En ese sentido, fue catalogada como una patología del desgaste, pues los factores sociales acuñados hacen referencia a acciones que generaban un deterioro, debilidad o degradación en el individuo, y que esto abriría el paso al bacilo. A su vez, los médicos estructuraron la figura del obrero como un sujeto que por su oficio sufría la fatiga del trabajo que desgastaba su organismo, razón por la que necesitaba cuidarse de estos factores.

De esta manera, la representación social de la tuberculosis como una enfermedad del desgaste, con la que corría riesgo especialmente la clase trabajadora, fue adoptada en ambos casos analizados para hacer referencia a una concepción organicista del cuerpo cuyo funcionamiento fue equiparado al de una máquina que dependía de la combustión de materia orgánica y de un proceso de nutrición que produciría energía para hacer frente al bacilo.²⁷⁴

²⁶⁹ Andrés SAA. Meningitis tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, marzo de 1908, núm. 186, 704.

²⁷⁰ Carlos Solarte B. Discurso. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero y febrero de 1907, núm. 176 y 177, p. 392.

²⁷¹ Francisco Cruz V. Informe del secretario de la sociedad de medicina. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero y febrero de 1907, núm. 176 y 177, pp. 398 - 399.

²⁷² Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 166-167.

²⁷³ Carlos Solarte. Discurso. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero y febrero de 1907, núm. 176 y 177, p. 391.

²⁷⁴ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 52-53.

En suma, era indispensable una alimentación suficiente para un organismo vigoroso y saludable que resistiera a los estragos de la tuberculosis.

La analogía cuerpo-máquina señaló a la clase obrera y su capacidad de trabajo, regida por una ética del productivismo energético, los médicos plantearon estrategias de alimentación, higiene y hábitos saludables para promover el buen funcionamiento, optimización y aumento del rendimiento al trabajo y resistencia a las enfermedades.²⁷⁵ Las premisas de este discurso médico se ven reflejadas en la prensa a lo largo del siglo XX, la imaginación publicitaria fue impregnada por las nociones para pensar al sujeto tuberculoso, las cuales hacen parte de los códigos de referencia que hacen comprensible la agenda médico-higienista.²⁷⁶

Fue entonces usual la publicidad de productos fortalecedores, en el caso de Buenos Aires, el sector farmacéutico impulsó un mercado de productos que ofrecían al consumidor todo tipo de brebajes fortificantes y reconstituyentes antituberculosos.²⁷⁷ Los avisos publicitarios anunciaban tónicos, píldoras, jarabes o emulsiones reconstituyentes, prometiendo tratamientos antituberculosos, por ejemplo, en el diario *La Prensa*, la Emulsión Kepler era definida como una solución perfecta, elaborada con el más fino aceite de hígado de bacalao.²⁷⁸ También el Alquitrán de Guyot fue sugerido como un recurso eficaz para dominar y curar la tuberculosis.²⁷⁹

Por otra parte, en Cali, los comerciales del Emulsión Scott aparecían en periódicos como *El Correo del Valle*, donde se leía que “*La Emulsión de Scott de Aceite puro de hígado de bacalao hace todo, porque es una medicina verdadera, que no contiene alcohol, sino solamente ingredientes que imparten fortaleza*”²⁸⁰, un brebaje cuya función era “*restaurar las fuerzas é impartir resistencia y vitalidad*”²⁸¹, pues en su lucha contra enfermedades como

²⁷⁵ Stefan Pohl-Valero, “La raza entra por la boca”: nutrición y eugenesia en Colombia, 1890-1940”, en *Recorridos de La Historia Cultural En Colombia*, eds. por Hernando Cepeda Sánchez y Sebastián Vargas Álvarez (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2019), 398-424. https://www.academia.edu/43062758/La_raza_entra_por_la_boca_nutrici%C3%B3n_y_eugenesia_en_Colombia_1890_1940&nav_from=1c108ace-8d98-4bc0-905f-86b070f82fd3&rw_pos=0 (Consultado el 10 de agosto de 2023).

²⁷⁶ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 55-57.

²⁷⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 305-308.

²⁷⁸ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 308.

²⁷⁹ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 308-309.

²⁸⁰ Habla la Ciencia. *El Correo del Valle*, año XVIII, febrero 22 de 1912, núm. 456. 8343.

²⁸¹ Maximas de higiene. *El Correo del Valle*, año XVIII, mayo 02 de 1912, núm. 462. 8439.

la tuberculosis, “*removerá eficazmente las causas predisponentes de la enfermedad, fortaleciendo el cuerpo*”.²⁸²

Estos factores sociales de la enfermedad, estuvieron signados por una causalidad moral que señalaba los vicios como generadores del contagio, y con esto, la tuberculosis y su profilaxis se convirtieron en argumentos fuertes para que la higiene pública como discurso moral, médico y educador pudiera legitimarse y penetrar en la vida privada.²⁸³ Se evidencia en ambos casos el uso de categorías como degradación, debilidad, fatiga, desgaste; nociones que fueron empleadas en una trama discursiva que proclamó a la tuberculosis como una enfermedad del desgaste.

Ello obedece a que en este momento el pensamiento intelectual latinoamericano estuvo influenciado por los esquemas culturales europeos que concebían el cuerpo humano como un mecanismo,²⁸⁴ a lo que se suma la visión acerca del progreso y la modernidad que introdujo la noción de higiene personal y colectiva.²⁸⁵ Así, emergieron las nociones modernas de lo pulcro, lo limpio, lo sucio, lo fétido, el buen vivir, el aseo del cuerpo, la buena alimentación y el cálculo y conocimiento de los entornos y los grupos humanos junto a sus padecimientos,²⁸⁶ de tal forma, que fueron señalados hábitos y conductas atávicas por parte del gremio médico.

En ese sentido, la enfermedad devino en un recurso organizador y legitimador de una trama discursiva que proyectó, racionalizó y consensuó estilos de vida donde la responsabilidad individual y la medida eran lo más importante.²⁸⁷ Las causas sociales, no fueron suficientes para explicar la mortalidad por tuberculosis, razón por la cual, los médicos utilizaron metáforas, asociaciones y variadas percepciones sobre la enfermedad, donde la estigmatización del enfermo fue construida alrededor de sujetos específicos en la sociedad.²⁸⁸ Estos fueron reseñados según la concepción de la enfermedad como producto del desgaste.

²⁸² Maximas de higiene. *El Correo del Valle*, año XVIII, mayo 02 de 1912, núm. 462. 8439.

²⁸³ Márquez y Gallo, “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”, 85-87.

²⁸⁴ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 55.

²⁸⁵ Diego Armus, “Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina en la historia de la tuberculosis. Buenos Aires, 1870-1950”. En *Al otro lado del cuerpo: Estudios biopolíticos en América Latina*, coord. por Hilderman Cardona Rojas y Zandra Pedraza Gómez (Bogotá: Ediciones Uniandes, 2014), 273-275.

²⁸⁶ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 54-55.

²⁸⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 175.

²⁸⁸ Armus, “Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina...”.278.

Así, los excesos vinculados variaron de un lugar geográfico a otro, mientras que fue común el señalamiento de tópicos como la fatiga laboral, deficiente alimentación o la poca higiene; Argentina resalta el tópico de sexualidad desgastante. En ambos discursos, los sujetos de mayor señalamiento fueron aquellos que eran más susceptibles a poseer un organismo debilitado, es decir, los obreros fatigados y los pobres que vivían en la miseria.

Resulta de especial interés el caso de Buenos Aires, donde los médicos discutieron la tuberculosis como una enfermedad feminizada. Allí la narrativa enfatizó en la mujer, en su vestimenta, en el corsé femenino que fue catalogado como nocivo porque inducía a un tipo de respiración que disminuía las defensas en el organismo.²⁸⁹ Los médicos asociaron el uso del corsé a la tuberculosis, razón por la que impulsaron campañas higiénicas destinadas a prevenir su uso entre las mujeres.²⁹⁰ Sin embargo, la moda y el consumo de esta prenda estaba muy popularizado, pues su uso estuvo vigente hasta bien entrado el siglo XX.²⁹¹

Las mujeres encontraban en el uso del corsé un recurso que les ayudaba a expresar una ambigua sensibilidad, donde se resaltaba un espíritu refinado asociado a la delicadeza, la tristeza, la debilidad y un inocultado erotismo.²⁹² Estos rasgos están presentes en la imagen de la tuberculosis como una enfermedad romántica, del alma, de las pasiones, pues al final las caras pálidas y lánguidas, los desmayos inexplicables, la dificultad en respirar, la sexualidad sin frenos, fueron conductas asociadas a mujeres que usaban corsé.²⁹³ Esta imagen de la mujer tuberculosa, alimentó la creación de un discurso médico-moral.²⁹⁴

A su vez, fueron señaladas las dietas de las mujeres que querían lograr un tipo estético grácil, con una imagen lánguida, propia del romanticismo europeo.²⁹⁵ Moda femenina que en el afán de mejorar la figura o conservar la silueta, conducía a regímenes de hambre y extenuación, produciendo un desequilibrio nutritivo que disminuiría las defensas del organismo y favorecería la diseminación del bacilo.²⁹⁶ Los médicos señalaban que en especial esta moda

²⁸⁹ Armus, "Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina..." 278-282.

²⁹⁰ Armus, "Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina..." 278-282.

²⁹¹ Armus, "Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina..." 278-285.

²⁹² Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 246.

²⁹³ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 246.

²⁹⁴ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 246.

²⁹⁵ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 174.

²⁹⁶ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 174.

era seguida por mujeres aristócratas, quienes seguían la descripción romántica de la tuberculosis como una enfermedad bella y elegante.²⁹⁷

De esta forma, los médicos desplegaron todos los esfuerzos necesarios para advertir acerca de esta prenda como un instrumento de tortura que facilitaba el camino a la tuberculosis.²⁹⁸ En cambio, en el discurso médico caleño no se logra evidenciar una crítica al uso del corsé femenino y su relación con la enfermedad. Lo más seguro es que, al tratarse de un tema de moda y consumo, entre las mujeres de Cali no estuvo tan popularizado su uso. Aunque en ambos casos las formas de vestir seguían los estilos franceses e ingleses, la vestimenta se regía a partir de un valor construido entre la necesidad y el deseo del textil.²⁹⁹

Es posible evidenciar que los médicos construyeron en su discurso la imagen del individuo predispuesto a la enfermedad describiendo una apariencia propia de las personas susceptibles a desarrollarla. En ese sentido, se trató de la interpretación de los signos físicos de la persona afectada, consistentes en una apariencia que la delataban como portadora del mal, frente a lo que los médicos afirmaban que era propio de este padecimiento, como el hecho de ser de contextura lánguida, débil y agraciada, claramente se hace uso de las categorías del movimiento romántico europeo de siglo XIX. Al respecto, el Dr. Scarpetta describía la apariencia del enfermo, indicando que:

El individuo que está predispuesto á la tisis es flaco y delicado, de forma animada, con un sistema muscular delgado y poco desarrollado. Sus cabellos son largos y suaves, á menudo blondos, de una belleza notable, lo mismo que las cejas y los dientes. El sistema piloso es muy desarrollado. Los dedos son deformados y terminados en masa con las uñas bombeadas; el carácter es á la vez indolente é irritable y á menudo melancólico; la esclerótica tiene un tinte azulado que da á la mirada una gran dulzura; la debilidad, la fatiga, la alteración de la voz sobrevienen después del menor ejercicio.³⁰⁰

²⁹⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 174.

²⁹⁸ Armus, “Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina...”.278-285.

²⁹⁹ Brayhan Arévalo Meneses. “Una modernización importada. Consumo de artículos extranjeros en el Valle del Cauca (1850-1900)”, *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 26, n.º 1. (2021): 207-208. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/11799/11237> (Consultado el 13 de septiembre de 2023).

³⁰⁰ P.P. Scarpetta. Clasificación y enumeración de las enfermedades. *Boletín de Medicina del Cauca*, abril de 1896, núm. 106, p. 85.

En este caso, vemos cómo aflora una explicación constitucional a partir de la teoría de la herencia mediante la cual se afirma que el aspecto del individuo predispuesto se debía a que había heredado las condiciones físicas de sus padres: delicado, flaco, débil y fatigado. Esta descripción física se relaciona con una construcción metafórica de la enfermedad, una representación creada a partir de una narrativa que recogía el movimiento literario de la romantización europea de la tisis del siglo XIX, vinculada con los poetas, escritores y bohemios.³⁰¹ Una descripción de la enfermedad ligada a cualidades estéticas.

En ese sentido, las características físicas otorgadas al tísico, como un individuo de “*cabellos largos y suaves*”, que poseía una “*belleza notable*”, que en su mirada expresaba “*gran dulzura*”,³⁰² refieren a que se elevaba su apariencia física a un nivel de individuo escultural, un ideal de belleza que floreció en Europa en el siglo XVIII.³⁰³ Hubo una construcción social que consideraba que ser delgado y pálido eran características físicas hermosas, por lo tanto, la sociedad no condenó al ostracismo al tuberculoso, por el contrario, el afligido era una persona de alto mérito estético.³⁰⁴

Aunque no se logra evidenciar una asociación con la mujer, es posible reconocer una descripción romántica. Mientras que en Buenos Aires el corsé femenino se vinculó a la belleza por ser una prenda que alteraba su cuerpo adecuándolo a una silueta marcada por el dictado de la moda francesa,³⁰⁵ en Cali, aunque la vestimenta femenina fue influenciada por la moda parisina, los textiles se componían en su mayoría de driles, linos, zarazas, ruanas, capisayos, sombreros, vestidos con sacos, chalecos, etc.³⁰⁶ De tal manera, que, por la poca popularidad del corsé, no hubo motivo de señalamiento por parte de los médicos.

Lo que es posible evidenciar en ambos casos es la representación social de la enfermedad, cuando las teorías en boga no lograron dar explicación al desarrollo de la tuberculosis en las ciudades y cuando la mortalidad y los cuadros patológicos devenían en una sensación de

³⁰¹ Miranda, *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. 47.

³⁰² P.P. Scarpetta. Clasificación y enumeración de las enfermedades. *Boletín de Medicina del Cauca*, abril de 1896, núm. 106, p. 84

³⁰³ Ouro, “Tuberculosis considered as the ideal of beauty disease in romantic literature”, 2.

³⁰⁴ Ouro, “Tuberculosis considered as the ideal of beauty disease in romantic literature”, 3-4.

³⁰⁵ María Isabel Baldasarre, “Fantasías parisienses y sastrerías londinenses. Moda, comercio y publicidad en Buenos Aires a fines del siglo XIX”, *doxa revista da Associação Brasileira de Estudos de Pesquisas em Moda* 14, n.º 29 (2020): 287-290. <https://dobras.emnuvens.com.br/dobras/article/view/1147/631> (Consultado el 13 de septiembre de 2023).

³⁰⁶ Arévalo, “Una modernización importada. Consumo de artículos extranjeros...”. 207-209.

impotencia e incertidumbre médica. Se inició la búsqueda en otras teorías médicas, encontrando cobijo en las teorías mecanicistas, raciales, eugenésicas y de desgaste; los gremios médicos postularon entonces que la causa de esta enfermedad debía de buscarse en las causas sociales, siendo este un punto relevante en la agenda médica.

En el caso bonaerense, la mirada sobre la tuberculosis terminó entretejiendo explicaciones médico bacteriológicas y sociales con tensiones morales, donde las interpretaciones psicologizantes, agendas socio-políticas e intereses económicos vincularon esta enfermedad a una vida de excesos desgastante propia de los individuos pobres.³⁰⁷ En el caso caleño, también se señalaron aquellos individuos susceptibles a enfermarse por las condiciones de vida, específicamente aquellos que vivían en la pobreza o que tenían oficios que denotaban un excesivo desgaste, lo que constituye una mirada moral y médica.

2.5. Cuestión social y problema público: La tuberculosis evitable

Despuntando el siglo XX, las dimensiones sociales de la tuberculosis terminaron articulando nociones para relacionar esta enfermedad como un problema de lo urbano, la vivienda, los excesos, la pobreza y los trabajos fatigantes. Entre otras nociones que fueron empleadas para explicar que las causas de la enfermedad debían buscarse en los factores sociales, con un enfoque ambientalista que pensaba que una ciudad contaminada tenía una incidencia negativa en el individuo, momento en el que el peso de la cuestión social entraría en juego para pensar el problema de la tuberculosis como una enfermedad evitable en lo social.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, la inmigración, la urbanización y los primeros y modestos desarrollos industriales, fueron dando forma y sustento a una cuestión social que posicionaba a la enfermedad como un problema social de primer orden que debía ser atendido.³⁰⁸ En este marco de pensamiento la degeneración ocasionada por la tuberculosis era un problema porque representaba la pérdida de la cantidad y calidad de un conjunto de individuos que se consideraban necesarios para alcanzar el progreso y la civilización.³⁰⁹ La tuberculosis fue señalada como una enfermedad social.³¹⁰

³⁰⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 175-203.

³⁰⁸ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 276.

³⁰⁹ Vázquez, “*Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social...*”. 152.

³¹⁰ Márquez y Gallo, “*Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia*”, 85.

La mezcla de concepciones sobre la etiología de la tuberculosis, no generó una mirada filantrópica para mejorar las condiciones de vida de los pobres, sino que reforzó la política segregacionista fundamentada en la idea de ubicar al enfermo y aislarlo del resto de la sociedad.³¹¹ La cuestión social fue asumida como objeto de gobierno y como problema político a partir de la primera década de 1920, cuando surgen políticas de asistencia pública e higiene social a través de campañas orientadas a combatir las enfermedades sociales, entre estas la tuberculosis.³¹²

La intención de este movimiento legislativo se vio reflejado en acciones dirigidas a transformar hábitos, comportamientos o percepciones de sectores de la población en aquellos espacios donde la decadencia biológica de la raza fue vista como resultado de problemáticas como una alimentación deficiente, condiciones de pobreza, ignorancia y el consumo de alcohol.³¹³ De esta forma, fueron señalados vicios, conductas y objetos perniciosos que se relacionaron con el contagio de la tuberculosis, pues la miseria económica obligaba a vivir en condiciones de hacinamiento que favorecían con mayor rapidez la transmisión de la enfermedad.

Con esta dimensión de lo social, la tuberculosis fue abordada como una patología que podía ser evitada a través de la higiene, una herramienta que atendería directamente este problema.³¹⁴ Así, devino en un discurso preventivo y prescriptivo de normas cotidianas en las ciudades, una prédica que enfatizaba en la responsabilidad individual y colectiva, que acogía los ideales de la higiene.³¹⁵ De manera que, la concepción médica de la tuberculosis como una enfermedad contagiosa, infecciosa, social, pero evitable, legitimó un discurso de las prácticas de higiene privada y pública.³¹⁶

Por tanto, la higiene se fue perfilando como un recurso necesario para todo aquel que pretendiera vivir en las ciudades, este discurso estuvo atento especialmente al mejoramiento y fortalecimiento de los cuerpos y la renovación de las costumbres.³¹⁷ Se le equiparó a una

³¹¹ Márquez y Gallo, "Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia". 86.

³¹² Vásquez, "Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social...". 147.

³¹³ Noguera, "Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...". 112-115.

³¹⁴ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 275-276.

³¹⁵ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 214.

³¹⁶ Márquez y Gallo, "Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia", 85-87.

³¹⁷ Armus, "La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950", 214.

ciencia que permitiría el cambio social, y fue alineada junto a una ristra de esfuerzos normativos-edificantes.³¹⁸ La llegada de la higiene como forma de combatir a la tuberculosis, estuvo presente con la llegada de la modernidad.³¹⁹ Tanto en Cali, como en Buenos Aires, fue construida una prédica higienista que buscó menguar el impacto de esta enfermedad.

Así pues, en ambos contextos geográficos, los gremios médicos respectivos buscaron en la higiene las estrategias necesarias para atender este problema, una serie de esfuerzos al calor de las preocupaciones por la mortalidad y morbilidad de la tuberculosis. En el caso argentino, la higiene fue proclamada por diversos medios a través prohibiciones, castigos e información enfocada en instruir y educar al individuo, con la intención de desarrollar conductas higiénicas donde los valores de la salud terminaban mezclándose con cierto ideal de la belleza y la modernidad.³²⁰

¿Qué hacer con el tuberculoso?, ¿cómo regular su presencia en el núcleo familiar y en la sociedad?, ¿cómo estimar los riesgos potenciales que acompañaban su libre circulación por la ciudad?,³²¹ fueron estas las preocupaciones del gremio médico que pensó en el aislamiento del enfermo para separarlo de la sociedad, no agruparlo con los sanos, ni con otros enfermos infectocontagiosos.³²² El discurso impulsó el ideal de la salud para recomendar la educación física, la sexualidad controlada, la buena alimentación, la vestimenta, la vivienda ventilada y el trabajo sin gran esfuerzo físico.³²³

Por su parte en Cali, la higiene se convirtió en un modelo para los ciudadanos sanos y libres de enfermedades que les impedirían llevar vidas industriosas y honorables.³²⁴ Los esfuerzos estuvieron encaminados según los lineamientos europeos en combatir los focos de contagio y propender por la resistencia social frente a la enfermedad.³²⁵ De esta forma recalcaban las condiciones higiénicas óptimas para tratar al enfermo, regulando su espacio privado y público, prohibiendo ciertos hábitos que iban en contra de este discurso de la modernidad.³²⁶

³¹⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-215.

³¹⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-215.

³²⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-215.

³²¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-217.

³²² Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-217.

³²³ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-217.

³²⁴ Arévalo, “Una modernización importada. Consumo de artículos extranjeros...”. 204.

³²⁵ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 168.

³²⁶ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 168-170.

En ambos casos se trató de incidir en la formación de un ideal de ciudadano higiénico. En un esfuerzo por cruzar la medicina con las ciencias sociales y la política, se produjo lo que se llamó higiene social,³²⁷ una suerte de catecismo higiénico que debía ofrecer las herramientas para luchar contra la tuberculosis.³²⁸ En ese contexto, la enfermedad quedó relegada a un problema público, cuestión que debía ser atendida por los gobiernos que encaminaron sus esfuerzos en alcanzar la modernidad, propósito frente al cual la tuberculosis representaba un gran obstáculo que debía superarse.³²⁹

Hasta la década del treinta, el discurso médico sobre la tuberculosis se caracterizó por una variedad de nociones de origen europeo que fueron integradas para construir marcos de interpretación tanto socioculturales como científicos. Esta trama discursiva fue acogida por el aparato estatal en forma de estructuras institucionales que impulsaron y direccionaron la política higiénica para la profilaxis de la tuberculosis. Los conceptos fueron utilizados para señalar al tísico y representarlo como una amenaza para el progreso, y para promover la imagen de un individuo libre de vicios, higiénico y vigoroso.

En ese orden de ideas, el discurso médico bajo la influencia de la bacteriología moderna y los factores sociales acuñados a esta patología terminó tejiendo una prédica antituberculosa que hizo frente a los diversos factores asociados a la transmisión la enfermedad. Esto daría pie al surgimiento de medidas consistentes en la expedición de normativas y esfuerzos institucionales que buscarían menoscabar este problema. En ambas ciudades, aunque se buscaba el mismo fin en la lucha contra la tuberculosis, la respuesta del gremio médico y del sector dirigente varió según las influencias intelectuales y científicas del momento.

A continuación, se muestran cuáles fueron las acciones principales desplegadas para combatir este mal en el marco del movimiento de la lucha antituberculosa. Se establece que hubo una estrecha relación entre discurso-medida que orientó el tipo de prácticas específicas llevadas a cabo para prevenir el contagio de esta enfermedad en las ciudades. En ese sentido, se busca exponer la normatividad surgida que dictaminó las medidas, profesiones e

³²⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-216.

³²⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 214-215.

³²⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 276.

instituciones necesarias para combatir la tuberculosis, como también, mostrar el objetivo principal de este movimiento en los campos de estudio analizados.

Cabe destacar, que el conjunto de acciones relacionadas con el control de la tuberculosis solo es entendible a partir de la rejilla conceptual, paradigmas y avatares del conocimiento médico científico que buscaron interpretar esta patología en el discurso médico. De esta forma, una vez se produjo el reconocimiento del origen, factores y tratamiento de la enfermedad, los médicos estructuraron las medidas que creyeron convenientes para controlar el impacto de esta afección. Así pues, haber analizado las principales bases del discurso médico construido sobre la tuberculosis permite comprender el por qué se ejecutaron las medidas destinadas a controlar este mal.

Conviene advertir al lector, que esta no es una historia sobre la efectividad de dichas medidas, se busca solamente mostrar el conjunto de acciones asociadas a la lucha antituberculosa, los resultados que arrojó dicho movimiento no son puestos en análisis por la escasez de fuentes cuantificables de la época. Aun con esto, la intención es evidenciar la dinámica presente en los casos de estudio, estableciendo entre ellos un contraste para conocer de qué manera se hizo frente a esta enfermedad en cada contexto, resaltando las principales diferencias y similitudes presentes en cada caso.

CAPÍTULO III: RESPUESTAS DESPLEGADAS PARA CONTROLAR EL MAL

3.1. La Lucha antituberculosa

Una vez se produjo la concepción de la enfermedad como un problema público, el gremio médico buscó por todos los medios posibles impulsar el papel del Estado para intervenir sobre esta patología, de manera que se promovió la creación de normas e instituciones orientadas a materializar las medidas profilácticas necesarias para mitigar los estragos de esta afección en las ciudades. Estos esfuerzos, encaminados a evitar el contagio de la enfermedad, estuvieron demarcados con una especie de tinte militar que utilizaba nociones como lucha y guerra, con la intención de hacer frente al enemigo común representado en la tuberculosis.

De ahí que, en las primeras décadas del siglo XX se haya formulado la creación de una serie de medidas específicas destinadas a prevenir y controlar el contagio, las cuales conformaron el movimiento de la lucha antituberculosa. Estas medidas de origen europeo y norteamericano fueron aplicadas según el contexto propio de cada territorio, donde los factores sociales, económicos, políticos y culturales influyeron en la adaptación de los preceptos de la lucha antituberculosa. En ese sentido, a continuación, se muestra la adopción y desarrollo de la lucha antituberculosa en los casos de estudio.

Los médicos en la ciudad de Buenos Aires al reconocer la tuberculosis como una enfermedad social emprendieron una serie de acciones para prevenir su contagio. Las iniciativas dirigidas a combatir la tuberculosis a partir de la diseminación de ciertos modos de vida considerados higiénicos y sanos, la producción de legislación específica y la oferta de servicios integrados a una red institucional de atención y prevención, conformaron el núcleo en torno del cual se

armó la lucha antituberculosa,³³⁰ nombre otorgado al conjunto de iniciativas específicas que intentaron controlar la enfermedad en el país.

Mientras tanto en la ciudad de Cali, el gremio médico también partió del reconocimiento de la tuberculosis como una enfermedad social e impulsó el desarrollo de normativas orientadas a frenar la mortalidad asociada a este mal.³³¹ Ello se vio expresado a través de la conformación de instituciones para difundir información y controlar el contagio, la creación de legislación específica en medidas profilácticas, el registro estadístico del número de multas y castigos a infracciones antihigiénicas; siendo este un conjunto de medidas que conformaron la base de estrategias desplegadas para iniciar la lucha contra la tuberculosis.³³²

En ese sentido, en ambas ciudades el gremio médico protagonizó el papel principal en las iniciativas llevadas a cabo para combatir esta enfermedad y tratar de mitigar el impacto que esta generaba. A medida que la bacteriología moderna tomaba impulso y se desarrollaba la representación social de la tuberculosis, los médicos buscaban contextualizar el contagio de esta enfermedad mediante ideas, experiencias y metáforas que asociaron al contagio de esta patología.³³³ A este respecto, se resalta el papel del hacinamiento, la herencia biológica o racial, los malos hábitos cotidianos, el ambiente laboral, la pésima alimentación, la pobreza, la inmigración, y el propio bacilo, entre otros.³³⁴

Así pues, con el afirmamiento de la estadística y la consolidación de agencias estatales abocadas en cuestiones de la salud pública, los médicos dialogaron con distintos actores en el ámbito político, religioso y legal, jugando un rol decisivo en la modernización del equipamiento urbano y las redes de asistencia, reforma y control social.³³⁵ De esta manera, incidieron en la conformación de las luchas contra las enfermedades infectocontagiosas, en campañas cuasi militaristas en su retórica, definiendo a los microorganismos como enemigos de gran peligrosidad, alentando a intervenciones intrusivas y algunas veces violentas.³³⁶

³³⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 292.

³³¹ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 167.

³³² Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 167-168.

³³³ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 48.

³³⁴ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 48.

³³⁵ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 48.

³³⁶ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 48.

En otros casos, las estrategias enfatizaron en la persuasión y la educación, apuntando a difundir entre la población un código higiénico.³³⁷ Esta gama de esfuerzos por erradicar la enfermedad fue movida por la interpretación particular de la tuberculosis, según la significación simbólica que solo se puede aprehender cuando se contextualiza la historia nacional, regional o local, cuando se le tensiona con estructuras demográficas y los distintos avatares que marcan la elaboración de las estrategias.³³⁸ Así pues, se muestran las principales similitudes y diferencias de la lucha antituberculosa en ambas ciudades.

Es por esto por lo que, a partir del enfoque de la historia de la salud pública, se analizan las políticas de salud y las acciones dirigidas a combatir esta enfermedad. En ese sentido, la intención es discutir el poder, las instituciones, las medidas y la profesión médica en torno a las acciones políticas concretas destinadas a preservar o restaurar la salud colectiva, en momentos en los que el Estado o algunos sectores de la sociedad llevaron a cabo iniciativas higiénicas para detener el avance de esta patología, sustentadas en razones epidemiológicas, políticas, económicas, culturales, científicas, tecnológicas y sociales.³³⁹

3.2. Leyes e instituciones creadas para prevenir el contagio y tratar al enfermo

En relación a la ciudad porteña de Buenos Aires, el gremio médico definió una ambiciosa agenda higiénica para combatir este mal, basada en el mejoramiento de los estándares de vida de la población, en la incentivación de la educación higiénica de las personas y en la ampliación de la oferta y la accesibilidad a los servicios de atención a los individuos enfermos.³⁴⁰ Ello, con el objetivo principal de difundir el catálogo de hábitos y conductas higiénicas que se suponía podrían servir para evitar el contagio de la tuberculosis.³⁴¹ Bajo estos pilares, se formuló el objetivo principal de la lucha antituberculosa, buscar la prevención y el control del contagio. Ello se promulgó a través de propuestas ambiciosas presentadas generalmente por médicos higienistas que reclamaron un mayor protagonismo estatal para exigir recursos que permitieran el crecimiento de la infraestructura hospitalaria, la creación de un grupo antituberculoso y una mayor penetración de la educación higiénica,

³³⁷ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50.

³³⁸ Armus, “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, 50-51.

³³⁹ Armus, “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? ...”, 26.

³⁴⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 293.

³⁴¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 293.

iniciativas estas que llegaron a plasmarse en políticas públicas específicas.³⁴² De este modo, se fue creando y consolidando una burocracia médico-administrativa que fue capaz de transformar la tuberculosis en un problema público con atención por parte del Estado.³⁴³

De acuerdo con el reporte de la Oficina Sanitaria Panamericana, citado por Herrero y Carbonetti, la lucha antituberculosa en la ciudad de Buenos Aires comenzó en 1901 con la fundación de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, un año más tarde se dictaron las primeras ordenanzas relativas a la declaración obligatoria de los casos, desinfección de habitaciones, prohibición de ciertos oficios a los enfermos y de hábitos como el escupir en el suelo.³⁴⁴ Posteriormente, en 1904 se construyeron los hospitales Tornú y Muñiz, establecimientos dedicados a tratar clínicamente a los tuberculosos.³⁴⁵

Conforme a lo anterior, el Hospital Tornú comenzó teniendo grandes salas donde agrupaban y atendían a los enfermos por tuberculosis, pero desde fines de los años veinte comenzó a dividir dichas salas en espacios pequeños de atención especializada según el grado de avance de la afección, esto con el fin de evitar la desmoralización por los cuadros críticos que solían mostrar los enfermos de gravedad.³⁴⁶ Dicho hospital estaba rodeado de jardines que trataron de reproducir el paisaje de un sanatorio no urbano, los cuales se supone que debían estar en zonas alejadas de las ciudades donde los tuberculosos tuvieran los beneficios del clima.³⁴⁷

Este espacio trató de funcionar como un lugar de atención clínica para curar a los tuberculosos, atendiendo a los conocimientos que había en ese momento en materia de los tratamientos sugeridos para los enfermos. Asimismo, funcionó como un lugar de educación para los tísicos, tratando de moldear sus conductas higiénicas y creando conciencia sobre el contagio. De esta manera, a través de las curas de reposo, reglamentos y rutinas de higiene

³⁴² Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 273-293.

³⁴³ Diego Armus, “La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires: entre la obsesión del contagio, el consenso y el marketing social”, *Horizontes* 21 (2003): 61-62. <https://works.swarthmore.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1041&context=fac-history> (Consultado el 3 de octubre de 2023).

³⁴⁴ María Belén Herrero, y Adrián Carbonetti, “La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro* 20, n.º 2 (2013): 526-527. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/H34QSxMM6D6ksfPZKrx3cQH/?format=pdf&lang=es> (Consultado el 16 de octubre de 2023).

³⁴⁵ Herrero y Carbonetti, “La mortalidad por tuberculosis en Argentina...”, 527.

³⁴⁶ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 283-335.

³⁴⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 335-336.

individual y de comportamiento, ejercicios de respiración, caminatas, dietas alimenticias, y demás funciones del hospital, se buscó atender clínicamente a los enfermos.³⁴⁸

Cabe resaltar, que los médicos porteños establecieron una asociación entre tuberculosis y embarazo, en algunos hospitales de la ciudad se llevaron a cabo prácticas médicas de intervención en pacientes tísicas embarazadas, implementando el recurso del aborto cuando el parto representaba ser letal para la madre.³⁴⁹ Dichas prácticas fueron implementadas por ginecólogos y tisiólogos quienes actuaron siguiendo las nociones neo-lamarckianas acerca de la transmisión de la tuberculosis madre-hijo, acorde a la influencia francesa que determinaba el factor de la herencia en la tisis.³⁵⁰

Empero, los casos de intervención fueron escasos, ya que imperaron indicadores y criterios terapéuticos por parte de los médicos locales que desalentaron estas intervenciones, pues las veían como limitantes de la reproducción, idea ligada a pautas conservadoras de la gestación en las mujeres.³⁵¹ De esta forma, el aborto tendió a ser descartado en el tratamiento de las tísicas embarazadas, mostrando por parte de los médicos un cuestionamiento a los criterios de la medicina europea.³⁵² En ese sentido, los médicos porteños establecieron un asistencialismo abstencionista en favor de una terapia conservadora de la madre gestante.³⁵³

Dicho lo anterior, en 1925 se estableció la institución denominada Primera Maternidad Sudamericana para tísicos, junto a un plan que dispuso un hospital para enfermos graves y otro para curables, que incluían cinco dispensarios en distintos barrios con visitadoras de higiene, una maternidad y un sistema de colocación del recién nacido con preventorios.³⁵⁴ En este caso, se destaca el papel relevante que se otorgó al cuidado de la infancia, lo cual se vio reflejado en las campañas de profilaxis antituberculosas del recién nacido. Entre 1928 y 1935 por ejemplo, la Asistencia Pública municipal alojó a más de mil niños nacidos de madres tuberculosas.³⁵⁵

³⁴⁸ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 335-336.

³⁴⁹ Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 194-203.

³⁵⁰ Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 194-202.

³⁵¹ Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 194-196.

³⁵² Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 197.

³⁵³ Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 198.

³⁵⁴ Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 201.

³⁵⁵ Rodríguez, “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico...”, 201.

Asimismo, proliferaron las colonias y escuelas para niños débiles, las cuales funcionaron para atender a niños pretuberculosos, ofreciendo estadías donde se buscaba por diversos medios el fortalecimiento físico del cuerpo, una alimentación cuidada y supervisada, el contacto intenso con el aire y el sol, el desarrollo de hábitos cotidianos de disciplina, higiene personal y buena conducta.³⁵⁶ Estos espacios terminaron siendo un recurso educativo y recreativo, donde los médicos y los educadores, tuvieron la tarea de fortalecer el cuerpo, la mente y los sentimientos de los niños que podían desarrollar la enfermedad.³⁵⁷

Volviendo a la importante red de establecimientos en atención a los enfermos, a partir de 1910 se da un importante asistencialismo antituberculoso que se expandió de modo sostenido, ofreciendo consultorios y dispensarios barriales externos a los hospitales.³⁵⁸ Los dispensarios no albergaban enfermos, entre sus funciones se destaca que debían diagnosticar casos tempranos de tuberculosis, remitir a los hospitales los casos que eran necesarios, ofrecer tratamientos ambulatorios, educar a la población en general, brindar asistencia, orientación y apoyo a los enfermos y sus familias.³⁵⁹

Años más tarde, en 1920 se crearon 5 dispensarios antituberculosos y en 1924 se aprobó la construcción de la maternidad para tuberculosas en el Hospital Tornú, como también la fundación del Preventorio Roca para niños tuberculosos.³⁶⁰ Asimismo, en la lucha participaron el Departamento Nacional de Higiene, los dispensarios nacionales, las ligas Argentina israelita contra el mal, diversas mutualidades y la Sociedad de Beneficencia.³⁶¹ En esa misma línea, la Asistencia Pública Municipal creó la Dirección de la Lucha Antituberculosa Municipal.³⁶²

De manera que, cada una de estas instituciones buscó aportar a la causa mediante diversas iniciativas que involucraron el financiamiento en la construcción de los espacios adecuados para atender clínicamente a los enfermos, la compra de insumos para las habitaciones de los tuberculosos, el apoyo a las organizaciones de menor tamaño, la educación higiénica para

³⁵⁶ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 98.

³⁵⁷ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 98-102.

³⁵⁸ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 284.

³⁵⁹ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 335-336.

³⁶⁰ Herrero y Carbonetti, *“La mortalidad por tuberculosis en Argentina...”*, 527.

³⁶¹ Herrero y Carbonetti, *“La mortalidad por tuberculosis en Argentina...”*, 527.

³⁶² Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 284.

preservar y advertir sobre este mal.³⁶³ Todo lo anterior, con la intención de contribuir a mermar el impacto de esta patología en la ciudad, buscando que los enfermos tuvieran atención médica y social en los sanatorios y dispensarios.³⁶⁴

No obstante, al momento de intentar plasmar estas iniciativas en políticas concretas, los resultados fueron modestos y la actividad parlamentaria no logró la creación de leyes específicas en apoyo a esta red de instituciones.³⁶⁵ Desde el Congreso Nacional, apenas se discutió el tema y la producción legislativa relacionada a la tuberculosis fue pobre.³⁶⁶ A pesar de que la lucha por combatir esta enfermedad era impulsada por el Poder Ejecutivo y Legislativo, la tuberculosis quedó relegada a debates que no dieron resultados reales para combatir esta afección desde el ámbito político y normativo.³⁶⁷ Ello, en razón a que entre 1916 y 1930 el Poder Legislativo entró en una parálisis que le impidió hacer de la legislación un instrumento efectivo de reforma política y social, ya que la intensidad de los conflictos partidistas del momento no lo permitía.³⁶⁸ Los médicos argumentaban que el Estado debía de intervenir frente a los flagelos sociales, donde figuraba la tuberculosis, en defensa de la salud de los individuos atendiendo a la cuestión social.³⁶⁹ Aun con todo lo anterior, es posible evidenciar un lento surgimiento normativo, impulsado por los médicos en los principales debates que se llevaban a cabo en el Congreso.

Conforme a ello, las medidas que más resaltan planteaban la necesidad de crear una Comisión Nacional Antituberculosa, sanatorios, hospitales urbanos y de montaña, de preventorios antituberculosos infantiles y colonias de vacaciones para niños débiles.³⁷⁰ Los proyectos demandaban la legislación prohibitiva de los trabajos tuberculizantes, adquisición de recursos para sufragar los gastos de las campañas contra la tisis, la puesta en marcha de un seguro nacional obligatorio de profilaxis e higiene, la formación de especialistas en tisiología y la organización de la educación higiénica antituberculosa en la sociedad.³⁷¹

³⁶³ Herrero y Carbonetti, “La mortalidad por tuberculosis en Argentina...”, 524-527.

³⁶⁴ Herrero y Carbonetti, “La mortalidad por tuberculosis en Argentina...”, 527.

³⁶⁵ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 278.

³⁶⁶ Armus, “La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires...”. 63.

³⁶⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 278.

³⁶⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 278.

³⁶⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 279.

³⁷⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 279.

³⁷¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 279.

A pesar de las demandas del sector médico, solo se logró la aprobación de unas pocas leyes que otorgaron fondos para algún proyecto muy puntual, o leyes menores como el caso de la ley 11.338, enfocada en la prohibición del trabajo nocturno en las panaderías.³⁷² Solo sería hasta después de 1930 que se subrayó la atención necesaria a la lucha antituberculosa, década en la que la cuestión de la enfermedad apareció constantemente en los debates del Congreso, impulsados por la creciente formación de los médicos-administrativos que instigaban en la necesidad de aprobar las propuestas legislativas.³⁷³

De modo que, durante la década del treinta tuvieron lugar algunos de los logros legislativos que serían materializados más tarde con cierta lentitud, aun con esto, estos intentos revelan acciones concretas de una intención en producir instrumentos legales, y a su vez, una atención a la cuestión de la tuberculosis.³⁷⁴ En este período, entre 1935 y 1938, surgieron las leyes 12.229, 12.294 y 12.560; destinadas a concretar la ampliación del Hospital Tornú y la construcción de 18 hospitales y 12 sanatorios en distintos lugares del país. Asimismo, la ley 12.233 de 1935 para la subvención de la Liga Argentina contra la Tuberculosis.³⁷⁵

Se debe agregar que, esta última institución buscó replicar las estrategias que se tomaban en Norteamérica con la cuestión de la tuberculosis, en ese sentido, los esfuerzos de esta liga se basaron en la recolección de recursos y en difundir el código higiénico antituberculoso.³⁷⁶ Su objetivo principal fue el intento de crear una conciencia en el Estado y la sociedad en relación a la enfermedad a través de diversas campañas amparadas en una educación popular antituberculosa, asimismo, apoyó financieramente otras instituciones que atendían a los tuberculosos, como también ayudó a coordinar organizaciones pequeñas en esta sintonía.³⁷⁷

Además, otro movimiento destacado fue la Cruzada contra la Tuberculosis, y un año más tarde, la inclusión de esta afección a la lista de enfermedades profesionales.³⁷⁸ Posteriormente, en 1938 se produjo la creación de la ley 12.397 que estableció la Comisión Nacional contra la Tuberculosis, indicando la necesidad de expandir la infraestructura de

³⁷² Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 279.

³⁷³ Armus, *“La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires...”*, 63.

³⁷⁴ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 279-280.

³⁷⁵ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 280.

³⁷⁶ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 287.

³⁷⁷ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 287-289.

³⁷⁸ Armus, *“La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”*, 280.

servicios de atención en el país y en Buenos Aires, definiendo los mecanismos de gestión a nivel nacional, provincial y municipal, otorgando recursos a las actividades de los diferentes organismos antituberculosos.³⁷⁹

Como resultado, toda esta gama de movimientos, instituciones y legislación surgida en torno a la tuberculosis representa una importante expansión de la red de servicios para atender dicha patología. Estas medidas tuvieron lugar en el marco del reformismo higienista que desde la reforma electoral de 1912 apuntaba a la ampliación de la ciudadanía social, un proceso de expansión de instituciones y servicios de atención y asistencia.³⁸⁰ Dicho proceso estuvo liderado por un creciente grupo de médicos que lograron articular desde el Estado, la diseminación con relativo éxito de un código higiénico y preventivo antituberculoso.³⁸¹

De esta forma, se consolidó un conjunto de médicos profesionales especializados nombrados como tisiólogos, los cuales estarían atentos a las necesidades de salud de la sociedad.³⁸² Los tisiólogos desde principios de la década del veinte liderarían varios de los debates en torno a la necesidad de organizar la lucha antituberculosa,³⁸³ creando en 1925 la Sociedad Argentina de Tisiología, desde la cual se publicarían los *Archivos Argentinos de Tisiología* influyendo en la aparición de estudios especializados en tisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.³⁸⁴

Con relación al caso de Cali, la lucha antituberculosa devino en una apuesta legislativa marcada por la insistencia de los médicos en generar los mecanismos normativos necesarios para combatir este mal. Desde la Junta Central de Higiene³⁸⁵, se expidieron normativas de higiene y desinfección que debían ser acatadas con estricto cumplimiento por parte del gremio médico y la comunidad en general.³⁸⁶ Así lo resalta Perafán, citando la Resolución

³⁷⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 280.

³⁸⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 284.

³⁸¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 284.

³⁸² Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 284-285.

³⁸³ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 284-285.

³⁸⁴ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 284-285.

³⁸⁵ A partir de la constitución de 1886, se instauró en Colombia la fase del modelo higienista, creándose en dicho año la ley 30, la cual dio origen a la Junta Central de Higiene, institución que residió en Bogotá y estuvo conformada por cuatro miembros, los cuales eran médicos graduados. Véase, Romero, “Aspectos sociales y políticos en la lucha anti-tuberculosa en Cartagena de Indias 1900 – 1970...”.

³⁸⁶ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 168.

del 3 de diciembre de 1913, donde se expedían las medidas profilácticas para enfermedades infectocontagiosas para el caso de la tuberculosis:

- 1.º El médico del enfermo hará conocer, tanto a este como a las personas que lo rodean, los peligros del contagio, la manera como éste pueda efectuarse, el modo de evitarlo, y hará a la familia las indicaciones que la higiene prescribe.
- 2.º Se prohibirá en absoluto que el enfermo escupa en el suelo. Se lo proveerá de escupideras de caucho que puedan cerrarse, en que recogerán los esputos cuando salga de la alcoba; en ésta se tendrán siempre escupideras en que se mantendrán una solución de formol, al 3 por 100, o de cresol al 5 por 100, para recibir en ella los esputos. Es preferible usar escupideras de cartón impermeable, que se incinerarán con los esputos.
- 3.º El enfermo habitará en una pieza espaciosa y bien ventilada.
- 4.º Se destinarán especialmente al enfermo utensilios de mesa, de tocador, etc., para su uso exclusivo. Todos ellos se lavarán siempre con una solución de formol o de cresol, luégo [sic] en agua hirviendo.
- 5.º Debe prohibirse barrer en seco en toda la casa, pues el polvo que se levanta puede transmitir la enfermedad.
- 6.º Las ropas de cama y las demás del enfermo se mantendrán siempre separadas de las destinadas para personas sanas. La ropa de lino o de algodón, las sábanas, etc., que use el enfermo, se pondrán durante una hora en una solución de formol, al 3 por 100, o de cresol, al 5 por 100, antes de entregarla a la lavandera.
- 7.º Se prohibirá al enfermo el hábito de besar, y muy principalmente a los niños, y ocuparse en industrias o profesiones e que se manejen sustancias alimenticias, y en la fabricación de ciertos artículos como cigarros, cigarrillos, etc.
- 8.º Cuando el paciente muera, o cambie de domicilio, se hará la desinfección de toda la casa que habitó.³⁸⁷

Las normativas orientadas a frenar la mortalidad por tuberculosis devinieron en el impulso de postular a nivel nacional la lucha antituberculosa, siendo el doctor Francisco Sorzano, Senador del Departamento de Santander, quien presentó el proyecto de ley de lucha contra

³⁸⁷ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali....* 168-169.

esta enfermedad.³⁸⁸ Esta iniciativa se consolidó más tarde en la Ley 66 de 1916³⁸⁹, cuyo objetivo principal está expresado en su artículo 1° “*contener y combatir la propagación de la tuberculosis en el país*”.³⁹⁰ Dicha ley creó juntas de orden municipal, departamental y nacional encargadas de establecer las medidas profilácticas contra la tuberculosis.³⁹¹

Entre las medidas destacadas, se encuentran acciones como la difusión mediante diversos medios de los saberes en torno a la enfermedad, el control riguroso del ganado empleado para el consumo humano, propender por el aislamiento de los enfermos en sitios especiales destinados para ellos, el registro estadístico de los casos por tuberculosis, proveer auxilios a los dispensarios antituberculosos y multar a los infractores de esta ley en los casos que fuera necesario.³⁹² Asimismo, esta ley determinó el rol de las autoridades sanitarias establecidas para contener y combatir la propagación de la tuberculosis.³⁹³

Debido a la recurrencia de la enfermedad en las escuelas, se consideraba ineludible la realización de un examen de salud obligatorio al menos dos veces al año para obtener un diagnóstico previo de la enfermedad y de esta manera evitar su propagación, este estaba dirigido especialmente a los maestros, quienes eran algunos de los más afectados.³⁹⁴ Años más tarde, como complemento a las medidas expedidas entre 1913 y 1916, la Junta Central de Higiene emitió el Acuerdo Número 33 del 21 de mayo de 1917 sobre profilaxis de la tuberculosis.³⁹⁵

En este caso, se resaltan las medidas que buscaban informar a la población en general sobre las actividades de cuidado directo, personal y relacional del paciente, la precaución que debía tener el propio enfermo en su espacio privado y público para evitar propagar el contagio, la prohibición de tuberculosos en el servicio militar, la destinación de lugares especiales en los hospitales, la regularización de la jornada laboral de los enfermos en una de menor

³⁸⁸ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali*.... 167.

³⁸⁹ Ley 66 de 14 de diciembre de 1916. Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1617398> (Consultado el 30 de octubre de 2023).

³⁹⁰ Ley 66 de 14 de diciembre de 1916...

³⁹¹ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali*.... 168-169.

³⁹² Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali*.... 167-169.

³⁹³ Ley 66 de 14 de diciembre de 1916

³⁹⁴ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali*...169.

³⁹⁵ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali*...169.

intensidad, la regulación de alimentos como el alcohol, las carnes, la leche y los dulces; entre otras medidas que buscaron controlar esta patología y menguar su impacto.³⁹⁶

A su vez, este acuerdo estableció que se debían crear instituciones especializadas para atender al enfermo por tuberculosis, en su artículo 20 ° decretaba la “*creación de dispensarios y sanatorios para los tuberculosos, y de aquellos establecimientos reconocidos como eficaces para prevenir el desarrollo de la enfermedad*”.³⁹⁷ Además de estos espacios de tratamiento, dicho artículo mencionaba las instituciones específicas destinadas al cuidado de los niños, considerados susceptibles a desarrollar esta patología, razón por la cual se decretó la creación de Restauradores escolares, colonias de vacaciones y Gotas de Leche.³⁹⁸

Posteriormente, en concordancia con las leyes anteriormente mencionadas, con la finalidad de erradicar ciertos hábitos peligrosos de los tuberculosos se establecieron resoluciones específicas que acompañaron a esta oleada legislativa. En ese sentido, se resalta que la costumbre antihigiénica de escupir en cualquier lugar fue prohibida por parte del gremio médico, quienes veían en esta acción un mal para la sociedad en general.³⁹⁹ Según lo señalado por Perafán, la Dirección Departamental de Higiene estableció, mediante la resolución número 16, las directrices para atender este problema:

CONSIDERANDO

Que ciertas enfermedades (especialmente la tisis), se transmite por medio de los esputos que, desecados y pulverizados, vienen a entrar en el organismo por las vías respiratorias o por la ingestión:

Que es posible evitar la propagación de las enfermedades por este medio, recogiendo los esputos y desinfectándolos debidamente:

RESUELVE

Artículo 1. ° Es prohibido escupir en el suelo.

³⁹⁶ Acuerdo Núm. 33 de mayo 31 de 1917. Sobre profilaxis de la tuberculosis. pp. 759-763. Archivo Histórico de Cali. Fondo Miscelánea, Higiene 1927.

³⁹⁷ Artículo 20...

³⁹⁸ Artículo 20...

³⁹⁹ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...*170.

Artículo 2. ° Es obligatorio colocar escupideras en todos aquellos lugares donde se reúnen varias personas, como iglesias, teatros, cacinos [sic], oficinas, peluquerías, almacenes, clubs, ect.

Artículo 3. ° Los esputos no deben recibirse en escupideras secas; es preciso mantener en ellas un líquido antiséptico, como cresol al 5 por ciento, o formol al 3 por ciento.

Artículo 4. ° Hay necesidad de hacer diariamente el aseo de las escupideras, para lo cual se lavarán con agua hirviente o con una de las soluciones indicadas arriba.⁴⁰⁰

En esa misma línea, la resolución 16 de 1919 estableció las condiciones higiénicas que debían de tener las habitaciones, espacios de reposo, convivencia e intimidad, señalando que estos debían de contar con buena ventilación, luz y espacios libres de hacinamiento.⁴⁰¹ A su vez, postulaba qué hacer en los casos de presentarse un enfermo, señalando que el espacio debía someterse a una desinfección antes de someterse de nuevo.⁴⁰² Para dar cumplimiento a dichas directrices, la Ley 46 de 1918 facultó a los funcionarios de policía para averiguar sobre las condiciones higiénicas determinadas en los espacios.⁴⁰³

Adicionalmente, para la década del veinte esta enfermedad atravesó un proceso de institucionalización en la atención del tísico, con la Ley 90 del 7 de diciembre de 1922 y la Ley 15 del 31 de enero de 1925; la primera, determinó la declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas, entre las que estaba la tuberculosis; la segunda, estableció que los hospitales debían destinar un pabellón para tuberculosos incurables, y un sanatorio para tuberculosos que podían ser cuidados hasta obtener su curación.⁴⁰⁴ De este modo, en la ciudad de Cali se buscó construir un espacio especializado para los tuberculosos.

Como resultado, a partir de 1925 el doctor Mario Correa Rengifo, promotor de la campaña antituberculosa en la ciudad, junto con miembros del Concejo, buscó un sitio conveniente en las afueras de Cali para crear un establecimiento especializado para los tuberculosos.⁴⁰⁵ De

⁴⁰⁰ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 170.

⁴⁰¹ Ortega, “La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde la regulación del espacio físico...”. 199.

⁴⁰² Ortega, “La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde la regulación del espacio físico...”. 199.

⁴⁰³ Ortega, “La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde la regulación del espacio físico...”. 199.

⁴⁰⁴ Jorge Luis Bilbao Ramírez, “Legislación en Salud y Tuberculosis en Colombia en el periodo 1886-1946”, *Advocatus*, n.º 20 (2013): 348. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/advocatus/article/view/3539/2937> (Consultado el 2 de noviembre de 2023).

⁴⁰⁵ Isabel Cristina Bermúdez, “La modernización del hospital”, en *Hospital San Juan de Dios, remedio y júbilo eterno para Santiago de Cali*, (Cali: Gerencia Cultural del Valle, 1997), 165.

ahí que se haya contemplado la posibilidad de adquirir un lote de terreno en la región de Siloé a quince kilómetros de la ciudad, con la finalidad de construir dicha obra.⁴⁰⁶ No obstante, desde la Junta se otorgó un espacio en un edificio ubicado en la carrera 3 y calle 18, donde se construyó y funcionó el Pabellón de tuberculosos.⁴⁰⁷

Esto, debido a que en los lugares donde se buscó construir dicho espacio, hubo vecinos que se opusieron a tal construcción.⁴⁰⁸ A pesar de lo anterior, se pudo construir un pabellón destinado a la atención de los enfermos, el cual estuvo bajo la jurisdicción del Hospital San Juan de Dios.⁴⁰⁹ Esta iniciativa fue posible gracias al esfuerzo del doctor Correa, quien, una vez obtuvo la posición de Diputado, logró que se expidiera la ordenanza para la habilitación de dicho espacio. Durante la década del treinta, este pabellón funcionó como un salón especial para atender a los tuberculosos.⁴¹⁰ A pesar de esto, este establecimiento se caracterizó por su estado deplorable y carente de recursos.⁴¹¹

A pesar de ello, la Dirección Departamental de Higiene continuó promulgando los actos legislativos tales como la resolución número 8 de 1927, por la cual se dictaron unas medidas sobre higiene y salubridad. Esta resolución determinó que, en los sitios de gran aglomeración de personas, como cárceles, cuarteles, establecimientos de instrucción pública, comunidades religiosas, fábricas, talleres, etc., la policía debía supervisar la realización de una desinfección rigurosa.⁴¹² Asimismo, se dispuso el aseo obligatorio de las calles, plazas y habitaciones donde hubiera muerto una persona enferma.⁴¹³ A su vez, se les negó su presencia en lugares de gran aglomeración, como lo muestra el artículo 9° de la citada resolución:

Prohíbese a personas infectadas de alguna enfermedad contagiosa, como gripa, fiebre tifoidea etc., su asistencia a los templos, colegios, escuelas y en general a todo lugar donde queden expuestas otras personas al contagio por su presencia.⁴¹⁴

⁴⁰⁶ Perafán, “Las prácticas higienistas en el entorno urbano caleño...”. 48-49.

⁴⁰⁷ Bermúdez, “La modernización del hospital...”. 165.

⁴⁰⁸ Bermúdez, “La modernización del hospital...”. 165.

⁴⁰⁹ Bermúdez, “La modernización del hospital...”. 165.

⁴¹⁰ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 172.

⁴¹¹ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 172.

⁴¹² “Resolución 8 por la cual se dictan unas medidas sobre higiene y salubridad”, *Gaceta Departamental del Valle*, enero 31 de 1927, año XVII, núm. 1550, p. 4524.

⁴¹³ *Gaceta Departamental del Valle*, enero 31 de 1927, año XVII, núm. 1550, p. 4524.

⁴¹⁴ *Gaceta Departamental del Valle*, enero 31 de 1927, año XVII, núm. 1550, p. 4525.

Prosiguiendo con la oleada legislativa, en 1932 fue creada la sección de lucha contra la tuberculosis que en 1936 se convirtió en Departamento Nacional, en 1938 se organizó la Campaña Antituberculosa Nacional y se originaron los comités voluntarios contra esta enfermedad, mismo año en el que surgió el Comité Femenino Antituberculoso de la Cruz Roja Nacional, que al año siguiente cambió su nombre a Liga Antituberculosa Colombiana.⁴¹⁵ Estas instituciones coordinarían a nivel nacional, departamental y municipal los aspectos relacionados con la profilaxis de la tuberculosis, representando una importante red clínico médica.

Conforme a esta gran ola de normatividad y legislación surgida en torno al tema de la tuberculosis, los médicos de la ciudad de Cali adoptaron las directrices creadas desde la Junta Central de Higiene, con la finalidad de atender este problema en su territorio. Desde la Sociedad de Medicina del Cauca y la Junta de Higiene Departamental de Cali, se difundieron las lecciones profilácticas para evitar la propagación de la enfermedad, como también, el desarrollo de medidas como la creación de pabellones especializados para albergar a los infectados por tuberculosis.⁴¹⁶

En el año de 1915 se produjo la creación de la Comisión Sanitaria que estuvo dirigida por médicos higienistas y tuvo la responsabilidad de solucionar los problemas que aquejaban a la sociedad en aspectos relacionados con la higiene y las enfermedades.⁴¹⁷ Entre los asuntos que gestionaba dicha comisión se encontraba la intervención sobre patologías como la tuberculosis, mediante la elaboración de informes y controles que dieron cuenta al Consejo Municipal sobre el problema que representaba la enfermedad, siendo esta una cuestión que era necesario enfrentar.⁴¹⁸

Habría que decir también, que se llevaron a cabo otras medidas profilácticas en torno al problema de la tuberculosis por parte de la Unidad Sanitaria consistentes en servicios de desinfección y fumigaciones en aquellos domicilios de la ciudad donde se habían presentado

⁴¹⁵ Álvaro Javier Idrovo, “Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia”, *Biomédica* 24, n.º 4 (2004): 361. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1285/1400> (Consultado el 2 de noviembre de 2023).

⁴¹⁶ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 88-89.

⁴¹⁷ Ávila, “La Comisión Sanitaria de Cali y los focos de infección...” 31.

⁴¹⁸ Ávila, “La Comisión Sanitaria de Cali y los focos de infección...” 31-47.

casos de esta patología.⁴¹⁹ La variada gama de legislación, medidas e instituciones higiénicas surgidas en el marco de la lucha antituberculosa, representan un esfuerzo de los médicos colombianos que trataron por cuanto medio fuese necesario frenar el impacto de esta enfermedad en la sociedad.

Tal como se mostró anteriormente, en ambos casos de estudio, los médicos tuvieron que situarse en puestos determinantes para la promoción de la normatividad necesaria por parte del Estado, lo que demuestra la conformación de un grupo médico-administrativo atento al conocimiento médico sobre la enfermedad, sobre su etiología y profilaxis, el cual se encargó de llevar este conocimiento a los congresos, debates y espacios de decisión política del país. Estos médicos lograron calar a través de puestos como diputados o congresistas, consiguiendo mover la atención necesaria del Estado al problema de la tuberculosis.

Sin embargo, la mayor diferencia encontrada en el caso argentino se ve expresada en el contexto político de inicios del siglo XX, el cual se encontraba en un conflicto que impidió llevar a cabo una legislación concreta sobre la lucha antituberculosa. Fue únicamente a partir de la década del treinta cuando empezaron a surgir las primeras leyes modestas al respecto. Mientras que, en Colombia, la tuberculosis fue atendida en el panorama legislativo desde la primera década del siglo XX, surgiendo una variada gama de resoluciones y acuerdos que buscó atender este problema, articulando la responsabilidad del Estado en estos asuntos.

Cabe resaltar que, en ambos casos desde finales del siglo XIX la higiene y la profilaxis se perfilaron como indispensables para atender las distintas situaciones de insalubridad que se presentaban, creándose un importante movimiento médico que enfatizó en la necesidad de combatir las enfermedades reconocidas como contagiosas, en las que destacaba la tuberculosis. Esta ciencia se presentó como una herramienta de ejercicio del poder, una técnica preventiva para abordar los problemas colectivos del ambiente urbano, y un instrumento para corregir, mejorar o reinventar la salud del cuerpo social.⁴²⁰

De esta forma, aunque haya surgido una importante red de instituciones higiénicas nacionales, departamentales y municipales; en lo que respecta a la promoción de leyes concretas, el caso colombiano muestra la atención legislativa dada a la tuberculosis desde la

⁴¹⁹ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 171.

⁴²⁰ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 31.

primera década del siglo XX. A pesar de lo anterior, se resalta el hecho de que los médicos porteños llevaron a cabo movimientos antituberculosos por sus medios, creando una notable red de sanatorios, hospitales y dispensarios en atención a los tuberculosos, en ausencia de una intervención estatal.

Asimismo, en el caso de Buenos Aires se evidencia que el gremio médico tuvo un proceso de profesionalización sobre la tuberculosis, creando especialidades en tisiología que se dictaron en las principales universidades del país, las que otorgaban el título de tisiólogos, además, fueron instituciones donde fungieron revistas de divulgación científico-médica sobre el tema. En cambio, en el caso colombiano, los médicos que atendieron esta problemática fueron generalmente médicos higienistas que se organizaban en torno a las enfermedades infectocontagiosas.

Entre las medidas desplegadas en ambos contextos, se evidencia la similitud en las medidas implementadas en ambos contextos, particularmente en el tipo de intervención llevada a cabo por los médicos, quienes siguieron las directrices europeas de la lucha antituberculosa. Por esta razón, fue usual el tipo de medidas que enfatizaron en el aislamiento del enfermo, la construcción de sanatorios y dispensarios, la educación en conductas higiénicas, la regulación de los trabajos extenuantes, la atención dada a los sujetos susceptibles como los niños, entre otras medidas que fueron dispuestas en ambos contextos para prevenir el contagio de la tuberculosis.

Cabe resaltar, que las medidas estuvieron dirigidas exclusivamente a la profilaxis de la tuberculosis y al aislamiento de los enfermos, ya que para el momento no habían sido desarrollados los antibióticos efectivos para el tratamiento de los infectados por esta enfermedad. En ese sentido, el movimiento de la lucha antituberculosa en ambas ciudades se basó en contener el contagio separando a los individuos enfermos de los sanos, incidiendo en la formación de una educación higiénica, prohibiendo actos que reproducían el contagio; todo un conjunto de respuestas que se adoptaron según el contexto de cada ciudad.

Hay que mencionar, que debido a la oleada legislativa que hubo en relación con la tuberculosis en la ciudad de Cali, la policía tuvo un rol importante en el cumplimiento de las normas sanitarias dispuestas por ley poniendo multas a los infractores que efectuaran actos que difundieran el contagio. Aunque en Buenos Aires se implementaron medidas de

vigilancia médica dirigidas a individuos que violaran las prescripciones médicas sobre la higiene, en Cali el aparato legislativo permitió un control médico y sanciones frente a estas infracciones, algo que fue común por lo menos en las primeras décadas del siglo XX.

Vale la pena resaltar, que los médicos porteños llevaron a cabo un tipo de respuestas mucho más violentas y coactivas, como la realización de abortos en tísicas embarazadas. Aunque se presentaron pocos casos, es notable esta consideración en los modos de hacer frente a la enfermedad. Muy probablemente dichas medidas tuvieron que ver con el tipo de conocimiento científico médico adoptado en Argentina, pues como se ha referenciado antes, los médicos bonaerenses fueron influenciados mayormente por las doctrinas de corte eugenésico para atender el problema de las enfermedades en la sociedad.

En cambio, en el caso colombiano, la medida más drástica fue la relacionada con el aislamiento de los tuberculosos en espacios especializados para estos, es decir, los pabellones para tuberculosos. Lo anterior, debido a que las medidas eugenésicas para combatir las enfermedades infectocontagiosas no fueron plasmadas en este territorio, se trató más de una serie de medidas que oscilaron entre la eugenesia preventiva y la higiene social.⁴²¹ Como se ha afirmado con anterioridad, esto a causa de que los médicos vieron en la higiene y la educación, las estrategias más adecuadas para la preservación de la salud de la sociedad.⁴²²

3.3. Educación y conducta higiénica

Ahora vale la pena analizar la importancia dada a una educación dirigida al fortalecimiento de los cuerpos y el desarrollo de hábitos higiénicos para prevenir el contagio por tuberculosis, como uno de los principales objetivos de la lucha antituberculosa. Retomando ideas anteriores, la educación y la higiene fungieron como dos herramientas imprescindibles para combatir las enfermedades infectocontagiosas, ambos elementos fueron promovidos por los médicos. De acuerdo con lo anterior, es posible afirmar que la educación higiénica apuntó al desarrollo de un código higiénico basado en la formación del ciudadano moderno y civilizado.

⁴²¹ Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 94-98

⁴²² Noguera, “Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante...”. 98-100.

De esta manera, en el caso de Buenos Aires los médicos alentaron al desarrollo de la educación física como un modo de evitar la tuberculosis, a través de actividades como la gimnasia respiratoria, recomendada para el desarrollo de una buena respiración y el fortalecimiento físico de los cuerpos.⁴²³ Asimismo, promovieron la formación de la educación higiénica, específicamente en preceptos básicos de higiene personal y colectiva, donde enfatizaban en los ideales de la higiene moderna, destinados al desarrollo de conductas higiénicas propias del ciudadano moderno.⁴²⁴

En ese sentido, la educación estuvo dirigida al mejoramiento y fortalecimiento de los cuerpos y a la renovación de las costumbres cotidianas, la intención era construir una cultura del individuo higiénico a través de diversas vías, desde la instrucción hasta los castigos, donde la higiene se perfiló como una obligación para todos los ciudadanos.⁴²⁵ El catálogo de conductas higiénicas antituberculosas reclamaba el estar libre del microbio, pero también el instruir en que este agente era la materialización misma de la enfermedad, aunque fuera invisible a simple vista.⁴²⁶

Por lo tanto, la educación higiénica penetró en infinidad de esferas de la vida social e individual, en el hospital donde se realizaba la asepsia, en el hogar donde se asoció a la limpieza y a la ventilación de la vivienda, en el mundo laboral donde se postulaba el ambiente óptimo de trabajo, en la calle donde se destacaban los riesgos del contacto indiscriminado con la gente o los residuos, en el individuo donde se apuntaba al aseo personal y a la modificación de hábitos.⁴²⁷ Todo lo anterior, acorde a la prédica antituberculosa que enfatizaba en prevenir el contagio.

En ese orden de ideas, en el marco del despegue de la puericultura, la difusión del código higiénico estuvo presente en las escuelas, donde se divulgó el catálogo antituberculoso a través de libros de texto y folletos dirigidos a los niños, y se buscó la creación temprana de los hábitos higiénicos que se suponía evitaban el contagio, por ejemplo, haciendo énfasis en la importancia del aseo personal.⁴²⁸ Del mismo modo, contra las fuentes de contagio, como

⁴²³ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 75-78.

⁴²⁴ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 213-214.

⁴²⁵ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 213-214.

⁴²⁶ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 214-216.

⁴²⁷ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 216.

⁴²⁸ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 218-222.

el esputo y el polvo, se postuló de la mano de la bacteriología el recurso de la desinfección y la modificación de los modos de vida de los enfermos y los sanos.⁴²⁹

Además, la vivienda fue abordada desde una perspectiva de bacteriología doméstica, con el objetivo de prevenir las enfermedades en el hogar. Mediante la recomendación de consejos prácticos de higiene se buscó educar a las mujeres, consideradas como el eje de la familia y responsables de la gestión del aseo en el hogar.⁴³⁰ A su vez, se buscó desterrar las costumbres atávicas como el escupir en público, a través de la promoción de hábitos de autocontrol y comportamiento acorde a las ordenanzas municipales que indicaban la prohibición de este tipo de acciones, con lo cual, se ejerció un control médico de la vida privada de las personas.⁴³¹

También cabe destacar, que todas estas campañas educativas e higiénicas estuvieron dirigidas principalmente a difundir el código higiénico que debía evitar el contagio de la tuberculosis.⁴³² Este mensaje fue plasmado en variada publicidad, como carteles, afiches, folletos y volantes que buscaron informar y educar sobre la enfermedad.⁴³³ Se distribuían en trenes, fábricas, sociedades mutuales, hospitales, centros obreros, iglesias y escuelas.⁴³⁴ Hubo una gran difusión que fue tejiendo una trama donde el mensaje de la higiene moderna se mezclaba con la propaganda y el consumo.⁴³⁵

Por otra parte, en el caso de Cali los médicos promovieron a través de políticas de higiene el aseo personal, la limpieza en los hogares y en las calles, el control del alcoholismo, entre otras prácticas que trataron de modernizar las costumbres y formas de vida de las personas, especialmente de los sectores populares.⁴³⁶ De esta forma, la higiene representó el modelo de ciudadanos sanos y libres de enfermedades que podían llevar vidas industriosas en la sociedad moderna.⁴³⁷ En ese sentido, se trató de la formación de un código higiénico que debían acatar los ciudadanos.

⁴²⁹ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 222-224.

⁴³⁰ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 230-231.

⁴³¹ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 228.

⁴³² Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 272.

⁴³³ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 272.

⁴³⁴ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 272.

⁴³⁵ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 272.

⁴³⁶ Arévalo, “Una modernización importada. Consumo de artículos extranjeros...”. 203.

⁴³⁷ Arévalo, “Una modernización importada. Consumo de artículos extranjeros...”. 204.

Dicho lo anterior, siguiendo las directrices de la Junta Central de Higiene, el gremio médico construyó el discurso de lo pulcro y lo limpio para la realización de campañas educativas y/o punitivas que buscaron prevenir el contagio de esta enfermedad en la sociedad caleña, tratando de concientizar tanto al enfermo como al sano, sobre los peligros que representaba esta grave afección. Lo anterior se logra evidenciar en el objetivo principal de la lucha antituberculosa, basado en “*trabajar en el sentido de contener y combatir la propagación de la tuberculosis*”.⁴³⁸

Así pues, la legislación buscó modificar los hábitos catalogados como peligrosos, tanto en los enfermos como en las personas sanas. A modo de ejemplo, los tuberculosos debían “*someterse estrictamente a las prescripciones del médico*”, en especial si reproducían acciones como la “*pésima costumbre de arrojar al suelo los esputos y la saliva*”, y si salía de su establecimiento, se recomendaba que debían “*proveerse de una escupidera portátil*”.⁴³⁹ A su vez, sobre su presencia en el hogar, se disponía que debía “*ocupar una pieza especial y tendrá completamente separados todos los utensilios de que se sirva*”.⁴⁴⁰

Conviene subrayar, que la modificación de hábitos no estuvo solamente expresada como una recomendación, pues gracias a la normatividad que surgió en torno a la tuberculosis y la higiene pública, estas medidas fueron comunicadas a la sociedad como de obligatorio cumplimiento. Como se mostró con anterioridad, los ciudadanos que realizaran infracciones a las disposiciones de ley terminarían siendo castigados con multas que iban desde los cinco pesos hasta los cien pesos, las cuales serían impuestas por las autoridades sanitarias competentes, y su producto sería destinado al sostenimiento de dispensarios antituberculosos.⁴⁴¹

En ese sentido, para dar cumplimiento a dicha normatividad, en relación al control de los malos hábitos en los individuos, se estableció el servicio de la policía sanitaria con la intención de vigilar a las personas cuya conducta diera lugar a la propagación de esta enfermedad.⁴⁴² Es decir, a través de la práctica médica se dio paso a la medicalización de la

⁴³⁸ Ley 66 de 14 de diciembre de 1916...

⁴³⁹ Pablo García Medina, Cartilla de Higiene. Archivo Histórico de Cali. Fondo Miscelánea. Higiene 1927, p. 111.

⁴⁴⁰ García, Cartilla de Higiene, p. 111.

⁴⁴¹ Artículo 10. Ley 66 de 14 de diciembre de 1916...

⁴⁴² Artículo 8. Ley 66 de 14 de diciembre de 1916...

vida bajo las banderas de la higiene pública, la medicina buscó transformar las prácticas de los ciudadanos.⁴⁴³ De ahí que se hayan dispuesto las normas necesarias para lograr un efectivo cumplimiento y evitar que los enfermos esparcieran el contagio.

Cabe agregar, que el código higiénico se difundió por cuanto medio era posible, a través de avisos que debían ser fijados en lugares de gran afluencia de público como tranvías, ferrocarriles, bancos, fábricas, etc., acudiendo asimismo a los medios masivos como los periódicos y la proyección en cines.⁴⁴⁴ Dicha iniciativa estaba en línea con lo dispuesto en el Artículo 18° del Acuerdo Número 33 del 21 de mayo de 1917, que buscaba concientizar a la población sobre el riesgo de escupir en el suelo, acto considerado como peligroso por difundir el contagio:

En las estaciones de los ferrocarriles y tranvías en los vehículos respectivos, en toda clase de oficinas públicas, se fijará en lugar visible un aviso con esta leyenda: «Se prohíbe escupir en el suelo. La tisis y otras enfermedades se propagan por este medio».⁴⁴⁵

En consecuencia, es posible inferir que el conjunto de medidas expresadas con la intención de moldear conductas higiénicas en las personas sanas como enfermas responde a la intención médica de difundir entre la población el código higiénico necesario para prevenir el contagio. En ese momento la higiene se perfilaba como el mecanismo más idóneo para combatir las enfermedades. A través de distintas circulares se le definía como el único medio posible para prevenir el contagio. El Dr. Pablo García la recalcó como “*el arte de conservar la salud. Enseñar a evitar las enfermedades y a impedir su propagación cuando se presentan*”.⁴⁴⁶

Ahora bien, en el análisis de ambos casos en relación con la diseminación de una educación higiénica para eliminar hábitos considerados como peligrosos por difundir el contagio, se encuentra que las medidas referentes a la educación higiénica, de forma similar comparten la intención de construir un código higiénico que se suponía evitaría los casos de infección por tuberculosis. Aunque se impulsó la conciencia de la higiene personal y colectiva, y el

⁴⁴³ Laura Paola Ávila Quiroga, “La Comisión Sanitaria de Cali y los focos de infección: excusados y problemas sanitarios alrededor del agua a inicios del siglo XX” en *Hacer la ciudad moderna Cali en la primera mitad del Siglo XX*, (Cali, Universidad Icesi, 2022), 32-33. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/95341 (Consultado el 16 de noviembre de 2023).

⁴⁴⁴ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 170-171.

⁴⁴⁵ Artículo 18°

⁴⁴⁶ Pablo García Medina, *Cartilla de Higiene*, p. 74.

discurso de la higiene penetró en esferas de la vida pública y privada, los medios desplegados para lograr dicho objetivo son los que muestran una gran diferencia.

Para comenzar, en el caso del gremio médico porteño la educación a su vez estuvo dirigida al fortalecimiento físico de los cuerpos, tratando de prevenir la enfermedad desde muy temprana edad, a través de la formación de hábitos relacionados con la actividad física. Mientras que, en el caso del gremio médico caleño, aunque se demuestra una importancia dada a la infancia, el fortalecimiento del cuerpo estuvo relacionado con una buena alimentación, por lo menos esa es la única relación encontrada en la fuente consultada. Lo que evidencia que el concepto de “fortalecimiento”, fue distinto en cada contexto.

Cabe señalar, que, aunque en Colombia los debates médicos sobre la cuestión de la raza enfatizaron en el papel del ejercicio físico para el fortalecimiento de los cuerpos frente a los flagelos sociales y/o degenerantes como la tuberculosis,⁴⁴⁷ no se encuentra explícitamente una relación establecida con esta patología. Generalmente cuando los médicos evocaban el discurso de la educación física, postulaban que servía para la vigorización del cuerpo y la eliminación de las enfermedades físicas y morales,⁴⁴⁸ sin embargo, por lo menos en la fuente consultada no se logra evidenciar una relación entre actividad física y tuberculosis.

Por otra parte, se constata que, en el caso de Cali, la importancia dada al control de la enfermedad escaló a nivel de la producción de una legislación punitiva para controlar los hábitos que difundían el contagio, al mismo tiempo que se dispuso la intervención de la policía sanitaria para hacer cumplir dicha normatividad. Se evidencia que el papel del Estado influyó en los medios para hacer cumplir la modificación de los hábitos, pues como ya se ha mencionado, en el caso de Buenos Aires el panorama político no permitió emitir ley alguna en torno a la cuestión de la tuberculosis hasta después de la década del treinta. Por ejemplo, en referencia al caso de Cali, el artículo 12 de la resolución 8 de 1927 dispuso:

⁴⁴⁷ Diana Alexandra Alfonso Rodríguez, “Deporte y Educación física en Colombia: Inicio de la popularización del deporte 1916-194” (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana, 2012: 288-89), <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/2824/AlfonsoRodriguezDianaAlexandra2012.pdf;sequence=1> (Consultado el 26 de noviembre de 2023).

⁴⁴⁸ Edilson Efraín Bautista Salcedo, “Educación física en Bogotá (Colombia) durante el siglo XX: Juego – cuerpo, posibilidades o imaginarios en la escuela básica primaria” (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Plata, 2021, 92-93), <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.2110/te.2110.pdf> (Consultado el 27 de noviembre de 2023).

Toda infracción a cualquiera de las disposiciones de esta resolución será castigada con multas de uno a cien pesos, convertibles en cárcel, a razón de un día de arresto por cada peso de multa, multa que se hará pagar a las autoridades municipales de policía y administrativas que no hicieren darles estricto cumplimiento.⁴⁴⁹

Aun con esto, se demuestra la intención en ambos casos de generar el código higiénico en la construcción del ciudadano moderno, a través de un discurso médico dirigido al individuo, los hospitales, las cárceles, el espacio público y privado. Conforme a ello, se utilizó la publicidad como un medio infalible en la difusión de los mensajes de la higiene, donde los focos de contagio principalmente señalados, el esputo y el polvo, fueron motivo de distribución del código a través de cartillas, afiches, manuales y otros medios de comunicación que dispusieron en los espacios de mayor afluencia de personas.

3.4. Alcances de la lucha antituberculosa

Consideremos ahora las consecuencias de la lucha antituberculosa en ambos contextos, teniendo en cuenta que su objetivo principal fue el de controlar la dinámica contagiosa para disminuir la mortalidad asociada a esta patología, vamos a ver a continuación, si dio los resultados esperados. Cabe señalar, que por la naturaleza de los datos cuantitativos difícilmente es posible realizar el ejercicio de comparación en relación con los impactos de estas medidas, ya que haría falta una serie de variables significativas relacionadas con la mortalidad, el número de enfermos o pacientes curados. Aun así, se muestran someramente los alcances de la lucha antituberculosa para evidenciar un esbozo en ambos casos de análisis.

En referencia al caso de Buenos Aires, no se logró reducir significativamente los índices de mortalidad por tuberculosis ni se logró incorporar en los servicios de atención a la mayoría de enfermos, razón por la que esta enfermedad estuvo asociada a la impotencia y a la ausencia de soluciones y estrategias biomédicas eficaces.⁴⁵⁰ La difusión del catálogo de hábitos y conductas higiénicas que definían los tipos de conducta saludables, que supuestamente servían para evitar el contagio de la tuberculosis, fue aceptado con relativo éxito por los diversos sectores sociales.⁴⁵¹

⁴⁴⁹ Gaceta Departamental del Valle, enero 31 de 1927, año XVII, núm. 1550, p. 4525.

⁴⁵⁰ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 290-293.

⁴⁵¹ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 293.

En este sentido, la recepción y aceptación de este catálogo por parte de los diferentes sectores de la sociedad distó de ser uniforme o absoluta.⁴⁵² Por otra parte, solamente una mínima proporción de internados por tuberculosis se curaba. Según estadísticas del Hospital Tornú, en la segunda mitad de la década del veinte apenas un 2.6% lograba el alta, mientras que el 80% no lograba escapar de la muerte.⁴⁵³ Indiscutiblemente, la institucionalización médica del tuberculoso se basó en una internación en el hospital, a pesar de las intenciones curativas, estos espacios terminaron siendo un mundo en el que se confinaba al enfermo hasta su muerte.⁴⁵⁴

Habría que esperar hasta la década del cincuenta cuando la mortalidad por tuberculosis descendió significativamente gracias a la aparición de los antibióticos, los avances en atención de la biomedicina y sus instituciones.⁴⁵⁵ En ese sentido, la implementación de las quimioterapias, la estreptomina, el ácido para-aminosalicílico (PAS) y la isoniacida, incidieron para que la mortalidad por tuberculosis descendiera rápidamente.⁴⁵⁶ Se infiere entonces que, a pesar de la serie de acciones desplegadas en pro del control del contagio, sería la aparición de los antibióticos lo que generaría un impacto real.

Como se ha mostrado, tanto la red de asistencia institucional y el código higiénico resultaron ineficaces al momento de disminuir en términos de mortalidad el impacto ocasionado por la tuberculosis. Ello, debido a que, por una parte, las instituciones terminaron funcionando como espacios donde los enfermos eran reclusos, las curas de reposo y la dieta alimenticia no resultaron efectivas para su tratamiento. Fue habitual que los enfermos armasen sus propios itinerarios terapéuticos en un orden no necesariamente recomendado por los médicos, evitando el aislamiento hospitalario.⁴⁵⁷

Por esta razón, los mismos médicos cuestionaban la lucha antituberculosa y advertían sobre las limitaciones de la difusión del código higiénico e indicaban que las campañas resultaban genéricas y contribuían poco o nulamente a una verdadera educación higiénica que llegara a

⁴⁵² Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 293-295.

⁴⁵³ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 300.

⁴⁵⁴ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 300-327.

⁴⁵⁵ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 300.

⁴⁵⁶ Herrero y Carbonetti, “La mortalidad por tuberculosis en Argentina...”, 528.

⁴⁵⁷ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 300.

la gente común.⁴⁵⁸ También, subrayaban que la incontrolable presencia de la enfermedad era debido a que había gran precariedad en la red de instituciones creadas, en cuanto a los insumos disponibles y sus servicios de asistencia.⁴⁵⁹ Con esto, el descenso de la mortalidad por tuberculosis estuvo estancado hasta la década del cuarenta.⁴⁶⁰

Cabe advertir, que estimar la precisión de los efectos de los esfuerzos educativos, la diseminación de los tratamientos y la aparición de técnicas de cirugía, resulta una tarea casi imposible de realizar debido a la escasez de información sobre el tema.⁴⁶¹ Todo indica que no hubo un factor decisivo y fue la compleja trama tejida por los procesos de inmunidad colectiva y la tendencia al mejoramiento de los niveles de vida en materia de vivienda, salarios y condiciones de trabajo y alimentación, junto a las intervenciones médicas y sanitarias, las que explican el descenso de la mortalidad tuberculosa.

Ahora bien, en el caso de Cali los esfuerzos relacionados con la campaña de la lucha antituberculosa tampoco influyeron de forma determinante en la caída de la mortalidad asociada a esta enfermedad. La acción médica que enfatizaba en el aislamiento obligatorio en los espacios especializados para tratar al enfermo terminó siendo una medida que solo amontonaba a los tísicos en un espacio precario de toda condición sanitaria e higiénica, donde estos empeoraban lentamente hasta la muerte, hacinados en un ambiente cargado del olvido.⁴⁶²

Con relación a lo anterior, el pabellón antituberculoso dispuesto por el Hospital de San Juan de Dios estuvo caracterizado por su estado deplorable a causa de la falta de recursos económicos y apoyo estatal.⁴⁶³ Aquí los tuberculosos aparentemente no encontraban un tratamiento efectivo para su enfermedad, por el contrario, hallaban una muerte segura. Sin cura alguna, este establecimiento se caracterizó por ser un lugar creado para que los enfermos

⁴⁵⁸ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 290-296.

⁴⁵⁹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 399.

⁴⁶⁰ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 399.

⁴⁶¹ Armus, “La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950”, 399.

⁴⁶² Laura Juliana Muñoz Toro, “Cada respiro cuenta: Relatos de la tuberculosis en Bogotá” (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana, 2009: 14-16), <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/5356/tesis337.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (Consultado el 2 de noviembre de 2023).

⁴⁶³ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...* 172.

tuvieran un espacio donde esperar la muerte. De acuerdo con lo anterior en una nota periodística en *El Crisol*, citada por Perafán, se resalta sobre el pabellón:

Nadie que no sienta un profundo desafecto a la vida, se atreve a penetrar al recinto en donde 55 desgraciados esperan la muerte, en medio de la asfixia que la acelera de modo extraordinario. Hacen falta ventilación e higiene. Esta especie de calabozo destinado a la muerte de nuestros hermanos está muy lejos de constituir siquiera un lugar apropiado, en donde el hombre espere tranquilo el momento de la suprema lucha.

No hay allí ni campo, ni flores, ni ventanales que permitan el libre paso de los rayos del sol. Es un lugar de suplicio, en donde la sombra fatídica de la muerte se pasea ante la mirada vidriosa de los hombres caídos.⁴⁶⁴

Anudado a esto, los inadecuados hábitos de higiene y la carencia de una infraestructura de servicios básicos para la población, favorecieron la propagación y el contagio de la tuberculosis en un mayor número de personas, en un momento en el cual la ciudad experimentaba un alto crecimiento de la población.⁴⁶⁵ Situación que es posible evidenciar a través de estadística de la época, donde se aprecia que en 1921 el número de personas fallecidas fue de 75 y para 1931 ascendió a 124 personas,⁴⁶⁶ lo que representa un crecimiento de la tasa de mortalidad anual por tuberculosis del 7.14%.

Tal como el caso de Buenos Aires, habría que esperarse hasta que la bacteriología y la ciencia médica desarrollaran el tratamiento efectivo para tratar esta enfermedad, con la aparición de medicamentos como la estreptomycin, el ácido para-aminosalicílico y la isoniazida, la realización de cirugías complejas en los casos críticos o el uso de las quimioterapias, entre otros.⁴⁶⁷ Este conjunto de acciones representó un inventario de tratamientos efectivos para curar a los enfermos, siendo una opción menos severa como lo fue el aislamiento en el pabellón antituberculoso, donde los enfermos morían encerrados.

Asimismo, posiblemente con el mejoramiento de los servicios básicos y el nivel de la calidad de vida la población, en la década del cuarenta la tuberculosis quedó relegada cada vez a un problema de menor importancia en los índices de mortalidad en la ciudad. Cabe advertir que

⁴⁶⁴ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...*172.

⁴⁶⁵ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...*175.

⁴⁶⁶ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...*176.

⁴⁶⁷ Perafán, *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali...*177-178.

no es posible estimar la efectividad de los medicamentos en relación a los casos de curación que hubo en la ciudad por la indisponibilidad de fuente, se determina que un conjunto de factores influyó en corregir en general el problema de las enfermedades infectocontagiosas, entre las que destacaba la tuberculosis.

Conforme a ello, se concluye en relación con los casos de estudio analizados, que las acciones emprendidas en el marco de la lucha antituberculosa basadas en el aislamiento de los enfermos, su tratamiento y castigo no dieron los resultados esperados. Haría falta la llegada de los medicamentos efectivos para contrarrestar el impacto de la tuberculosis, como también el mejoramiento de las condiciones sociales y urbanas en las ciudades. Sin esta condición, estos esfuerzos estuvieron marcados por la impotencia y la ausencia de soluciones y estrategias biomédicas eficaces.⁴⁶⁸

Aunque no es posible realizar un análisis comparativo para evidenciar la efectividad de las medidas tomadas en relación a la tasa de mortalidad por tuberculosis, es decir, poder conocer un valor que nos aproxime a una visión panorámica del impacto de la enfermedad de acuerdo al número de personas fallecidas y la población en total, antes y después de la implementación de los medicamentos, los datos referenciados a lo largo del capítulo permiten brindar una visión somera del impacto del número de muertes generadas por esta enfermedad en el periodo de la lucha antituberculosa.

Por último, este capítulo permite constatar las medidas médicas implementadas para controlar la tuberculosis en ambos casos de estudio, con lo cual es posible admitir que de forma similar la lucha antituberculosa fue adoptada según el contexto con medidas que presentan mucha semejanza. Así, en un momento marcado por el triunfo de la bacteriología y la medicalización de la sociedad, varias décadas de mortalidad por esta enfermedad pudieron ser detenidas, logrando en gran medida que el tema de la tuberculosis hacia los años cincuenta, quedara relegado a un problema del pasado.

⁴⁶⁸ Armus, “*La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*”, 290-293.

CONCLUSIONES

La tuberculosis ha sido objeto de diversas interpretaciones a lo largo de la historia. En diferentes periodos históricos, se manifestó como una patología impactante para las sociedades que experimentaron la denominada "peste blanca". Fue solo al finalizar el siglo XIX que los avances en bacteriología moderna permitieron la identificación del bacilo, dando lugar a la implementación de medidas preventivas en anticipación al desarrollo de fármacos para el tratamiento de los enfermos. No obstante, la llegada de la bacteriología no excluyó otros esquemas de interpretación, sino que, en muchos casos, se fusionaron para conferir a la tuberculosis una complejidad significativa y multidimensional.

Las teorías de origen europeo fueron adoptadas en América Latina por los gremios médicos, quienes crearon marcos interpretativos para dar significado a la tuberculosis. La recepción de conocimientos y prácticas en esta región obedeció a un proceso de selección y ensamblaje, en el cual dichas teorías fueron adaptadas según los contextos culturales, políticos e institucionales locales. Este proceso confirió a la tuberculosis una característica tanto biológica como social dentro de la interpretación de la patología en la región, la cual es única en cada caso de estudio.

En los casos de Santiago de Cali y Buenos Aires, los médicos exploraron diversas explicaciones para la tuberculosis, una enfermedad de gran impacto en las ciudades, fundamentándose en las ideas predominantes de la época. Utilizaron conceptos como raza y degeneración, respaldados por las teorías de la herencia y el contagio los médicos dieron significado a esta patología. Mientras que en Buenos Aires, las nociones de raza tuvieron una mayor influencia debido al discurso eugenésico predominante en ese momento, en el caso de Cali, aunque la tuberculosis fue atribuida al factor de degeneración, no estuvo vinculada con cuestiones raciales. De este modo, los profesionales de la salud en Buenos Aires vieron en la migración de razas superiores una forma de fortalecer la raza nacional, mientras que en Cali, ante la falta de una migración significativa, buscaron fortalecer a la población mediante la higiene y la educación. Esto se tradujo en una acción directa sobre los hábitos y costumbres individuales, siendo la única vía para el mejoramiento racial.

Sin embargo, la noción que sí se replicó en ambos contextos fue la configuración social de la tuberculosis, arraigada en los procesos de urbanización e industrialización de ambas

ciudades. En este sentido, la tuberculosis se asoció con la miseria, los excesos y la falta de higiene que caracterizaban la vida de la mayoría de las personas en las ciudades, adquiriendo así la connotación de enfermedad urbana. En ambos casos, se elaboró una agenda de hábitos y costumbres perjudiciales que facilitaban la propagación de la enfermedad, diagnosticando los factores sociales de la tisis, con sujetos especialmente propensos a contraerla, como los obreros y los niños.

En este contexto, la enfermedad se convirtió en un recurso organizador y legitimador de una trama discursiva que proyectó, racionalizó y consensuó estilos de vida donde la responsabilidad individual y la medida eran prioritarias. En ambos casos, la perspectiva sobre la tuberculosis entrelazó explicaciones médico-bacteriológicas y sociales con tensiones morales, donde las interpretaciones psicologizantes, las agendas socio-políticas y los intereses económicos vincularon esta enfermedad a una vida de excesos desgastante propia de los individuos pobres. Cabe destacar que en el caso argentino, la tuberculosis fue feminizada, posiblemente debido a la moda femenina de la época, donde el corsé tenía gran popularidad entre las mujeres, situación que no se replicó en Cali porque los criterios de moda eran distintos.

Así pues, estas causas sociales de la tuberculosis se insertan en el marco de la cuestión social, cuando la enfermedad fue elevada a la categoría de un problema que requería la intervención del Estado. Momento en el cual la tuberculosis se erigió como la principal enfermedad social, pero, en lugar de generar una perspectiva filantrópica orientada a mejorar las condiciones de vida de los pobres, fortaleció una política segregacionista fundamentada en la idea de ubicar al enfermo y aislarlo del resto de la sociedad.

De este modo, la concepción médica de la tuberculosis como una enfermedad contagiosa, infecciosa y social, pero evitable, validó un discurso sobre las prácticas de higiene tanto privadas como públicas. En consecuencia, la higiene se presentó como un recurso imprescindible para aquellos que deseaban habitar en las ciudades, orientando este discurso hacia la mejora, el fortalecimiento de los cuerpos y la transformación de las costumbres. En ambos casos, se procuró influir en la formación de un ideal de ciudadano higiénico.

Con lo anterior, siendo la tuberculosis un obstáculo para el ansiado progreso, los gobiernos dirigieron sus esfuerzos hacia la consecución de la modernidad. Esto propició el surgimiento

de medidas que consistieron en la promulgación de normativas y esfuerzos institucionales destinados a mitigar este problema. A pesar de que en ambas ciudades se perseguía el mismo objetivo en la lucha contra la tuberculosis, la respuesta del gremio médico y del sector dirigente varió según las influencias intelectuales y científicas del momento, las que fueron acogidas según el contexto.

En ese sentido, en la ciudad porteña de Buenos Aires, el gremio médico diseñó una ambiciosa agenda higiénica para abordar la tuberculosis. Esta agenda se centró en mejorar los estándares de vida de la población, fomentar la educación higiénica de las personas y ampliar la oferta y accesibilidad de los servicios de atención para aquellos individuos afectados por la enfermedad. En el caso de Cali, la lucha antituberculosa adoptó una estrategia legislativa, destacándose por la insistencia de los médicos en la creación de mecanismos normativos para combatir la tuberculosis. Desde la Junta Central de Higiene, se promulgaron normativas de higiene y desinfección que debían ser cumplidas rigurosamente tanto por el gremio médico como por la comunidad en general.

En ambos casos, los gremios médicos desempeñaron roles fundamentales en la promoción de la normatividad estatal, lo que evidenció la formación de un grupo médico-administrativo comprometido con el conocimiento médico acerca de la enfermedad, su etiología y medidas preventivas. Este colectivo se encargó de difundir dicho conocimiento en congresos, debates y espacios de toma de decisiones políticas en el país. A través de su labor como diputados o congresistas, estos profesionales lograron captar la atención necesaria del Estado hacia el problema de la tuberculosis.

Siguiendo con este razonamiento, las medidas se centraron exclusivamente en la prevención de la tuberculosis y el aislamiento de los enfermos, ya que en ese momento no existían antibióticos efectivos para tratar a quienes padecían esta enfermedad. En este contexto, el movimiento de la lucha antituberculosa en ambas ciudades se fundamentó en frenar la propagación, al separar a los individuos enfermos de los sanos. Esto implicó un enfoque en la promoción de la educación higiénica, la prohibición de prácticas que pudieran facilitar el contagio y una serie de respuestas adaptadas a las circunstancias particulares de cada ciudad.

De acuerdo con lo anterior, las medidas adoptadas en el contexto de la lucha antituberculosa, centradas en el aislamiento, tratamiento y castigo de los enfermos, no arrojaron los resultados

anticipados. El verdadero cambio solo se produjo con la llegada de medicamentos eficaces para contrarrestar el impacto de la tuberculosis, así como con mejoras significativas en las condiciones sociales y urbanas de las ciudades. Sin estas condiciones, los esfuerzos realizados estuvieron marcados por la impotencia y la falta de soluciones y estrategias biomédicas eficaces. La eficacia de las intervenciones médicas, en última instancia, dependía no solo de las acciones médicas, sino también de las condiciones sociales y ambientales que permitían la propagación de la enfermedad. Este aspecto subraya la complejidad de abordar la tuberculosis y la necesidad desde un enfoque integral que considere tanto los factores biomédicos como los determinantes sociales y ambientales.

Aunque resulta un desafío realizar un análisis comparativo directo para evaluar la efectividad de las medidas adoptadas con respecto a la tasa de mortalidad por tuberculosis, es decir, obtener una métrica que nos ofrezca una visión completa del impacto de la enfermedad en términos de personas fallecidas en relación con la población total, tanto antes como después de la introducción de los medicamentos; los datos examinados a lo largo de este trabajo nos permiten ofrecer una visión preliminar del impacto en términos de la cantidad de muertes atribuibles a la tuberculosis durante el periodo de la lucha antituberculosa.

La información recopilada revela ciertos patrones y tendencias que sugieren cambios en las cifras de mortalidad asociadas a la tuberculosis a medida que se implementaban diversas medidas y tratamientos. Sin embargo, es crucial tener en cuenta las limitaciones inherentes a la disponibilidad y confiabilidad de los datos históricos. En futuras investigaciones, se podrían explorar en detalle registros más específicos y completos que permitan una evaluación más precisa del impacto de las intervenciones antituberculosas en términos de reducción de la mortalidad.

En este trabajo se abordaron narrativas que indagan en la historización de las nociones de normalidad y patología, así como en los discursos relacionados con el cuerpo tanto a nivel individual como social. Estas narrativas exploran las metáforas y experiencias asociadas a enfermedades específicas, así como los procesos de medicalización y la aplicación de medidas sobre la sociedad. El propósito es destacar que las enfermedades trascienden la simple presencia de un virus o bacteria, son fenómenos multidimensionales que, además de su aspecto biológico, llevan consigo una carga social. Representan un repertorio de prácticas

y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina. Este hecho se ilustra claramente en el caso de la tuberculosis, donde la enfermedad adquiere existencia cuando se logra un consenso que revela su percepción, denominación y la respuesta mediante acciones más o menos específicas.

La comparación detallada de estos fenómenos de estudio revela la posibilidad de abordarlos simultáneamente, ahondando aún más en la riqueza que ofrece la historia sociocultural de la enfermedad. Se evidencia principalmente que, aunque los gremios médicos hayan acogido ideas provenientes de los principales círculos intelectuales del momento, es el contexto socioeconómico, ambiental, cultural y político el que verdaderamente determina la construcción discursiva y las prácticas que se despliegan para combatir una patología. Finalmente, este trabajo constituye un esfuerzo por exponer las razones particulares que dan forma a una enfermedad más allá de su definición biológica, destacando la originalidad inherente a los casos de estudio y su contribución al entendimiento de estas complejas dinámicas históricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes primarias

Archivo Histórico de Cali: Fondo Miscelánea

Acuerdo Núm. 33 de mayo 31 de 1917. Sobre profilaxis de la tuberculosis. pp. 759-763.

Archivo Histórico de Cali. Fondo Miscelánea, Higiene 1927.

García Medina, Pablo. Cartilla de Higiene. Archivo Histórico de Cali. Fondo Miscelánea.

Higiene 1927, p. 111.

Boletín de Medicina del Cauca

Borrero Ayerbe, Pablo. Lucha anti-tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, pp. 38-40.

Cruz V, Francisco. Informe del secretario de la sociedad de medicina. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero y febrero de 1907, núm. 176 y 177, pp. 398 - 399.

García, Evaristo. Gacetilla. *Boletín de Medicina del Cauca*, diciembre de 1898, núm. 136, p. 433.

Guerrero, Modesto. Breves consideraciones sobre higiene. *Boletín de Medicina del Cauca*, enero de 1899, núm. 137, p. 440.

Henao, J.T. Contagio de la tuberculosis (Tisis). *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1899, núm. 138, pp. 457-458.

La redacción. Boletín de Medicina del Cauca. *Boletín de Medicina del Cauca*, abril de 1889, núm. 1, p. 2.

Mut, D. Antonio. El diagnóstico integral clínico debe predominar sobre el topográfico en clínica médica. *Boletín de Medicina del Cauca*, febrero de 1906, núm. 165, p. 48.

P.P. Scarpetta. Clasificación y enumeración de las enfermedades. *Boletín de Medicina del Cauca*, abril de 1896, núm. 106, p. 85.

SAA, Andrés. Meningitis tuberculosa. *Boletín de Medicina del Cauca*, marzo de 1908, núm. 186, 704.

Scarpetta, P.P. La higiene en relación con la educación y la moral. Boletín de Medicina del Cauca, septiembre de 1899, núm. 145, p. 564.

Solarte B, Carlos. Discurso. Boletín de Medicina del Cauca, enero y febrero de 1907, núm. 176 y 177, p. 392.

Periódico El Ferrocarril

Pablo García A. Propagación de la tisis (Colaboración). El Ferrocarril, año 8º, trim. 2º, Cali, 22 de noviembre de 1889, núm. 357. 1230.

Periódico El Correo del Valle

Habla la Ciencia. El Correo del Valle, año XVIII, febrero 22 de 1912, núm. 456. 8343.

Maximas de higiene. El Correo del Valle, año XVIII, mayo 02 de 1912, núm. 462. 8439.

Gaceta Departamental del Valle

Resolución 8 por la cual se dictan unas medidas sobre higiene y salubridad, Gaceta Departamental del Valle, enero 31 de 1927, año XVII, núm. 1550, p. 4524.

Legislación

Ley 66 de 14 de diciembre de 1916. Por la cual se organiza la lucha contra la tuberculosis y se adiciona y reforma la marcada con el número 84 de 1914, sobre higiene pública y privada. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1617398> (Consultado el 30 de octubre de 2023).

Fuentes secundarias

Libros

Armus, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007. https://www.academia.edu/34117394/La_ciudad_impura_Salud_tuberculosis_y_cultura_en_Buenos_Aires_1870-1950?fbclid=IwAR2Qf4r4sZSiciQ1Z0v1XJeS7qNUdmQGW3es3bne50gROWb-iO8EiVqIBa4 (Consultado el 29 de abril de 2023).

- Cardona Rodas, Hilderman y Zandra Pedraza Gómez. *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*. Bogotá. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales. Ediciones Uniandes: Universidad de Medellín, 2014.
- González Rodríguez, María Eugenia, Ofelia Flórez Echeverry, Germán Mauricio Vega Castro y Mercedes Salcedo Cifuentes. *Momentos históricos de la Bacteriología en Colombia: una aproximación disciplinar*. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2011. https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/18619/Momentos_historicos.pdf?sequence=1 (Consultado el 25 de marzo de 2023).
- Horacio Reggiani, Andrés. *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*, 1ª ed. Ciudad de México: El Colegio de México, 2019. <https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2022/07/3740.-Historia-minima-de-la-%E2%80%A6-Reggiani.pdf> (Consultado el 19 de abril de 2023).
- Noguera Ramírez, Carlos Ernesto. *Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2003.
- Orozco, Guillermo. *450 años de medicina en Cali*. Cali: Feriva, 1986.
- Salcedo, Dalín Miranda. *Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad 1900 – 1930*. Barranquilla: Sello Editorial Universidad del Atlántico, 2018. <https://repositorio.uniatlantico.edu.co/bitstream/handle/20.500.12834/1113/Tuberculosis%2C%2Bcultura%2By%2Bsociedad%2C%2B19001930.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 8 de agosto de 2023).
- Perafán Cabrera, Aceneth. *Higiene, salud y ambiente en perspectiva histórica: Cali a comienzos del siglo XX*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2021.
- Urquía, Marcelo Luis. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. 2ª ed. mejorada, compilado por Marcelo Luis Urquía. Universidad Nacional de Lanús: Remedios de Escalada, 2019. <http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Teorias->

[dominantes-y-alternativas-de-la-epidemiologia.pdf](#) (Consultado el 24 de marzo de 2023).

Capítulos de libro

Armus, Diego. “Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna”. En *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*, compilado por Diego Armus. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005. [https://www.academia.edu/34117533/Avatares de la medicalizaci%C3%B3n en Am%C3%A9rica Latina 1870 1970](https://www.academia.edu/34117533/Avatares_de_la_medicalizaci%C3%B3n_en_Am%C3%A9rica_Latina_1870_1970) (Consultado el 29 de marzo de 2024).

Ávila Quiroga, Laura Paola. “La Comisión Sanitaria de Cali y los focos de infección: excusados y problemas sanitarios alrededor del agua a inicios del siglo XX”. En *Hacer la ciudad moderna Cali en la primera mitad del Siglo XX*, 25-73. Cali, Universidad Icesi, 2022. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/95341 (Consultado el 16 de noviembre de 2023).

Bermúdez, Isabel Cristina. “La modernización del hospital”. En *Hospital San Juan de Dios, remedio y júbilo eterno para Santiago de Cali*, 161-167. Cali: Gerencia Cultural del Valle, 1997.

Castañeda Morales, Andrés Felipe. “En busca del progreso urbano”. En *Encantos y peligros de la ciudad nocturna Cali 1910-1930*, 27-39. Cali: Universidad del Valle, 2015. https://www.academia.edu/38335725/Encantos_y_peligros_de_la_ciudad_nocturna_Cali_de_1910_a_1930 (Consultado el 16 de septiembre de 2023).

Godoy Mayoral, Raúl, García Sánchez, Sergio y Wanda M. Almonte Batista, “Tuberculosis: historia y epidemiología”. En *Actualización en el manejo de la tuberculosis*, ed. por Ángel Molina Cano y Gregorio Romero Candel, 8-19. España: Fundación BIOTYC, 2018. https://www.chospab.es/biblioteca/libros/Manual_Tuberculosis.pdf (Consultado el 19 de marzo de 2023).

Peter, Roy. “Capítulo 10: Historia del cuerpo”. En *Formas de hacer historia*. ed. por Peter Burke, 255-287. Barcelona: Alianza Universidad, 1993.

<https://historiacaride.files.wordpress.com/2016/05/burke-peter-formas-de-hacer-historia.pdf> (Consultado el 26 de agosto de 2023).

Pohl-Valero, Stefan. “La raza entra por la boca”: nutrición y eugenesia en Colombia, 1890-1940”. En *Recorridos de La Historia Cultural En Colombia*. eds. por Hernando Cepeda Sánchez y Sebastián Vargas Álvarez, 455-486. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2019. [https://www.academia.edu/43062758/La raza entra por la boca nutri%C3%B3n y eugenesia en Colombia 1890 1940&nav from=1c108ace-8d98-4bc0-905f-86b070f82fd3&rw_pos=0](https://www.academia.edu/43062758/La_raza_entra_por_la_boca_nutri%C3%B3n_y_eugenesia_en_Colombia_1890_1940&nav_from=1c108ace-8d98-4bc0-905f-86b070f82fd3&rw_pos=0) (Consultado el 10 de agosto de 2023).

Volcy, Charles. “Capítulo III: La enfermedad y las adaptaciones de los microbios para esta función”. En *Lo malo y lo feo de los microbios*, 77-112. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53418/9587014006.PDF?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 27 de abril de 2023).

Artículos de revista

Álvarez Cordero, Rafael. “Tuberculosis, mal milenario que desaparecerá”. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 54, n.º 1 (2011): 46-50. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n1/v54n1a6.pdf> (Consultado el 16 de mayo de 2023).

Arévalo Meneses, Brayhan. “Una modernización importada. Consumo de artículos extranjeros en el Valle del Cauca (1850-1900)”. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 26, n.º 1. (2021): 187-219. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/11799/11237> (Consultado el 13 de septiembre de 2023).

Armus, Diego. “La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires: entre la obsesión del contagio, el consenso y el marketing social”. *Horizontes* 21 (2003): 61-67. <https://works.swarthmore.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1041&context=fac-history> (Consultado el 3 de octubre de 2023).

- _____. “La enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”. *Asclepio* 54, n.º 2 (2002): 41-60.
<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/140/137> (Consultado el 15 de agosto de 2023).
- _____. “¿Qué hacer con la enfermedad en la historia? Enfoques, problemas, historiografía”. *Investigaciones y Ensayos*, n.º 66 (2018): 23-40.
https://iye.anh.org.ar/index.php/iye/article/view/IyE_N_66_A2/7676-17439-1-PB (Consultado el 26 de agosto de 2023).
- Báguena Cervellera, María José. “La tuberculosis en la historia”. *Anales Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana*, vol. 12: 1-8.
<https://core.ac.uk/reader/71020360> (Consultado el 9 de mayo de 2023).
- Baldasarre, María Isabel. “Fantasías parisienses y sastrerías londinenses. Moda, comercio y publicidad en Buenos Aires a fines del siglo XIX”. *Dobra revista da Associação Brasileira de Estudos de Pesquisas em Moda* 14, n.º 29 (2020): 271-293.
<https://dobras.emnuvens.com.br/dobras/article/view/1147/631> (Consultado el 13 de septiembre de 2023).
- Bilbao Ramírez, Jorge Luis. “Legislación en Salud y Tuberculosis en Colombia en el periodo 1886-1946”. *Advocatus*, n.º 20 (2013): 347-348.
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/advocatus/article/view/3539/2937> (Consultado el 2 de noviembre de 2023).
- Caballero Escorcía, Boris Alexander. “La historia comparada. Un método para hacer Historia”. *Sociedad y Discurso*, n.º 28 (2015) 50-69.
<https://journals.aau.dk/index.php/sd/article/view/1434/1166> (Consultado el 08 de abril de 2024).
- Carbonetti, Adrián. “Historia de la tuberculosis en América Latina. A modo de introducción”, *Estudios Digital*, (2012): 11-16.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/restudios/article/view/2547/1502> (Consultado el 29 de abril de 2023).

- _____. “Historia epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina. 1914-1947”. *Estudios*, n.º especiales (2012): 37-52. https://www.researchgate.net/publication/277245481_Historia_epidemiologica_de_la_tuberculosis_en_la_Argentina_1914-1947 (Consultado el 29 de marzo de 2023).
- _____. María Laura Rodríguez y Lila Aizenberg. “Tuberculosis y tisióforia en Argentina: discursos y conflictos en la construcción del sanatorio de Ascochinga, 1925”, *Dynamis* 34, n.º 2 (2014): 447-464. https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v34n2/09_articulo3.pdf (Consultado el 29 de marzo de 2024).
- Cardona Rodas, Hilderman y María Fernanda Vásquez Valencia. “Enfermedad deformante, degeneración y clima en Colombia (1880-1920)”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro* 18, n.º2 (2011): 303-319. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/VSN65y8Ywv4m466nrxrDC69y/?format=pdf&lang=es> (Consultado el 17 de agosto de 2023).
- Cartes Parra, Juan Carlos. “Tisiología. Breve historia de la tuberculosis”. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 70, n.º 605 (2013): 145-150, <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131z.pdf> (Consultado el 19 de marzo de 2023).
- Delgado Ortiz, María Isabel y Jorge Lázaro Hernández Mujica. “Los virus ¿son organismos vivos? Discusión en la formación de profesores de Biología”. *VARONA*, n.º 61 (2015): 1-7. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422007.pdf> (Consultado el 28 de abril de 2023).
- Gallardo Marjorie. “Formulación de hipótesis en investigaciones históricas”. *Revista Ensayos Militares* 3, n.º 2 (2017): 101-117. <https://revistaensayosmilitares.cl/index.php/acague/article/view/71/72> (Consultado el 29 de marzo de 2024).
- González Soriano, Fabricio y Carlos López Beltrán. “Consanguinidad, sífilis, herencia y matrimonio: el lento advenimiento de la intervención médica en las leyes mexicanas del matrimonio”. *Memoria y Sociedad* 13, n.º 27 (2009): 87-100.

- <http://www.scielo.org.co/pdf/meso/v13n27/v13n27a06.pdf> (Consultado el 22 de abril de 2023).
- Gómez Pintos, Ana Helena. “La configuración histórica del Gran Buenos Aires: transformaciones y debates en torno al objeto”. *Revista colombiana de geografía* 24, n.º 1 (2015): 173-191. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcdg/v24n1/v24n1a12.pdf> (Consultado el 18 de septiembre de 2023).
- Guerrero, Ricardo y Mercedes Berlanga. “Los cambios de paradigma en microbiología”, *Actualidad* 42, (2015): 24-31. <https://www.sem microbiologia.org/wp-content/uploads/2021/10/SEM-42-7-Paradigma.pdf> (Consultado el 26 de abril de 2023).
- Herrero, María Belén y Adrián Carbonetti. “La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos Rio de Janeiro* 20, n.º 2 (2013): 521-536. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/H34QSxMM6D6ksfPZKrx3cQH/?format=pdf&lang=es> (Consultado el 16 de octubre de 2023).
- Idrovo, Álvaro. “Tuberculosis prehispánica en muisca de la sabana de Bogotá”. *Revista de la Facultad de Medicina* 45, n.º 1 (1997): 55-59. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31630/31653> (Consultado el 29 de marzo de 2024).
- _____. Álvaro. “Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia”. *Biomédica* 24, n.º 4 (2004): 356-365. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1285/1400> (Consultado el 2 de noviembre de 2023).
- J. Duarte, Adoni. “Historia de la histología”. *Revista Médica Hondureña* 83, n.º 1 y 8 (2015): 77-81. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2015/pdf/Vol83-1-2-2015-18.pdf> (Consultado el 26 de abril de 2023).
- López Beltrán, Carlos. “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia (c. 1750-c. 1870)”. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 23, n.º 91

- (2002): 236-278. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13709109> (Consultado el 13 de marzo de 2023).
- Maldonado, Héctor y Mario Hernández. “Memorias de un sanatorio antituberculoso” *Biomédica* 24, n.º 1 (2004): 27-33. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v24s1/v24sa05.pdf> (Consultado el 08 de abril de 2024).
- Márquez, Jorge y Oscar Gallo. “Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia”. *Politica & Sociedade* 10, n.º 19 (2011): 71-95. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2011v10n19p71/19594> (Consultado el 04 de agosto de 2023).
- M. Daniel, Thomas. “The history of tuberculosis”. *Respiratory Medicine* 100, Issue 11 (2006): 1863-1870. <https://www.resmedjournal.com/action/showPdf?pii=S0954-6111%2806%2900401-X> (Consultado el 29 de marzo de 2023).
- Neri-Vela, Rolando, Carrillo-Esper, Raúl y Ericka X Medina-González. “La tuberculosis pulmonar. Aspectos históricos”. *Revista Med Int Méx* 39, n.º 1 (2023): 114-126. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i1.5379> (Consultado el 21 de marzo de 2023).
- Ortega, Luis Felipe. “La lucha antituberculosa en Bucaramanga desde la regulación del espacio físico (1916-1936)”. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 27, n.º 2 (2022): 187-218. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/13446/12527> (Consultado el 20 de mayo de 2023).
- Ouro Agromartín, María Dolores. “Tuberculosis considered as the ideal of beauty disease in romantic literatura”. *HUMAN REVIEW. International Humanities Review / Revista Internacional De Humanidades*, 15, n.º 1 (2022): 2-9. <https://journals.eagora.org/revHUMAN/article/view/4200/2577> (Consultado el 16 de mayo de 2023).
- Ospina, Sigifredo. “La tuberculosis, una perspectiva histórico-epidemiológica”. *Infecto* 5 n.º 4 (2001): 241-250.

https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/371/386

(Consultado el 7 de noviembre de 2022).

Otero, Hernán. *Historia de la provincia de Buenos Aires: tomo 1: población, ambiente y territorio*. 1ª ed. Buenos Aires: Edhasa, 2012. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/unipe/20200408112545/HPBA1.pdf> (Consultado el 18 de septiembre de 2023).

Paneque Ramos, Ena, Rojas Rodríguez, Liana Yanet y Maritza Pérez Loyola. “La tuberculosis a través de la historia: un enemigo de la humanidad”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 17, n.º 3 (2018): 353-363. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n3/1729-519X-rhcm-17-03-353.pdf> (Consultado el 21 de marzo de 2023).

Perafán Cabrera, Aceneth. “Las prácticas higienistas en el entorno urbano caleño, durante la primera mitad del siglo XX”. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 18, n.º 1 (2013): 33-62. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/anuariohistoria/article/view/3411/3550> (Consultado el 16 de septiembre de 2023).

Rodríguez, María Laura. “Medicina, Eugenesia y Género: El Aborto Terapéutico En Las Mujeres Con Tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de La Cultura* 45, n.º 1 (2018): 191-213. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/67556/63550> (Consultado el 30 de abril de 2023).

Roldán, Diego P. “Discursos alrededor del cuerpo, la máquina, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la Argentina fin-de-siècle”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17, n.º 3 (2010): 643-661. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RqnXLQJxvN6L6ZkDsMz3HRj/?format=pdf&lang=es> (Consultado el 09 de agosto de 2023).

Rueda Pérez, Gilberto. “Resumen Histórico de la Tuberculosis”. *Revista MEDICINA* 25, n.º 2 (2003): 119-121. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/62-7/659> (Consultado el 16 de mayo de 2023).

- Ruiz Gutiérrez, Rosaura y Laura Suárez y López Guazo. “Eugenesia, herencia, selección y biometría en la obra de Francis Galton”. *ILUIL* 25, n.º 25 (2002): 85-107. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/266207.pdf> (Consultado el 19 de abril de 2023).
- Sánchez, Arturo y Angélica Murillo. “Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa”. *Debates por la Historia* 9, n.º 2 (2021): 147-181. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=655769223006> (Consultado el 29 de marzo de 2024).
- Sotomayor, Hugo, Javier Burgos y Magnolia Arango. “Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de Mycobacterium tuberculosis.” *Biomédica* 24, n.º 1 (2004): 18-26. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v24s1/v24sa04.pdf> (Consultado el 08 de abril de 2024).
- Torres Reina, Danilo. “El método comparativo en la investigación social y en el análisis histórico”. *Historia y Espacio* 17, n.º 57 (2021): 283-310. https://historiayespacio.univalle.edu.co/index.php/historia_y_espacio/article/view/10117/14472 (Consultado el 06 de septiembre de 2023).
- Vallejo, Mauro Sebastián. “El problema de la consanguinidad en la medicina francesa (1850-1880): Cuando heredar demasiado era un riesgo y un deseo”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LXIV, n.º 2 (2012): 517-540. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/531/533> (Consultado el 22 de abril de 2023).
- _____. “El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846)”. *ILUIL* 36, n.º 77 (2013): 133-157. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/26891/CONICET_Digital_Nro.713_d53ef-ac3d-4f8f-84d0-940eee8cd7fe_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y (Consultado el 17 de abril de 2023).
- Vásquez, María Fernanda. “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de

Janeiro 25, supl. (2018): 145-158.
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vsSrgfMYqM7DZkcHLFnWzpv/?lang=es>
(Consultado el 11 de agosto de 2023).

Volcy, Charles. “Génesis y evolución de los postulados de Koch y su relación con la fitopatología. Una revisión”, *Agronomía Colombiana* 26, n.º 1 (2008): 107-115.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180314729013> (Consultado el 23 de marzo de 2023).

_____. “Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología”. *Iatreia* 20, n.º 4 (2007): 407-421.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513860007> Consultado el 23 de marzo de 2023).

Trabajo académico

Alfonso Rodríguez, Diana Alexandra. “Deporte y Educación física en Colombia: Inicio de la popularización del deporte 1916-194”. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana, 2012.
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/2824/AlfonsoRodriguezDianaAlexandra2012.pdf;sequence=1> (Consultado el 26 de noviembre de 2023).

Bautista Salcedo, Edilson Efraín. “Educación física en Bogotá (Colombia) durante el siglo XX: Juego – cuerpo, posibilidades o imaginarios en la escuela básica primaria”. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Plata, 2021.
<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.2110/te.2110.pdf> (Consultado el 27 de noviembre de 2023).

Romero Arnedo, Álvaro Alfonso. “Aspectos sociales y políticos en la lucha anti-tuberculosa en Cartagena de Indias 1900 – 1970”. Tesis de pregrado, Universidad de Cartagena, 2013.
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/8446/la%20ciudad%20pug.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 16 de octubre de 2023).

Piñeiro Pérez, Roi. “Interpretación de la prueba de tuberculina en niños y vacunados con BCG”. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2012.

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/16457/1/T33897.pdf> (Consultado el 19 de marzo de 2023).

Muñoz Toro, Laura Juliana. “Cada respiro cuenta: Relatos de la tuberculosis en Bogotá”. Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana, 2009. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/5356/tesis337.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (Consultado el 2 de noviembre de 2023).