

Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916-1946

*Rhetoric of quantification:
tuberculosis, statistics and
the labor world in Colombia,
1916-1946*

Victoria Estrada Orrego

Doctora en Historia.
Carrera 41, n.14-27
050021 – Medellín – Colombia
vestradao@yahoo.com

Oscar Gallo

Doctor en Historia.
Carrera 79C, n.45-35, bloque 10, apto 202
050031 – Medellín – Colombia
oscargallovelez@gmail.com

Jorge Márquez Valderrama

Profesor, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas/
Universidad Nacional de Colombia.
Calle 59A, n.63-20, ofc. 43-404
050034 – Medellín – Colombia
jmarquez@unal.edu.co

Recebido para publicação em outubro de 2013.

Aprovado para publicação em abril de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015005000013>

ESTRADA ORREGO, Victoria; GALLO, Oscar; MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916-1946. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.277-299.

Resumen

Este artículo examina los usos de estadísticas de tuberculosis en discursos médicos colombianos, la distancia entre éstos y las cifras publicadas oficialmente, así como la relación de la dinámica de lo cuantitativo con la campaña antituberculosa y con la objetivación de la tuberculosis en el mundo laboral en Colombia, en el periodo que va desde el inicio de la campaña (1916) al momento en que la tuberculosis entra en la lista de las enfermedades profesionales (1946). Analiza también la función crítica que las estadísticas laborales tuvieron en las primeras formulaciones del sistema de seguridad social colombiano y en la delimitación de las enfermedades profesionales. Estos procesos históricos se estudiaron según su inserción en el contexto internacional.

Palabras clave: estadística; tuberculosis; seguridad social; enfermedad profesional; historia del siglo XX.

Abstract

This article examines the application of tuberculosis statistics in the Colombian medical discourse, the gap between these statistics and data officially published, as well as the relationship between the quantitative dynamics, the anti-tuberculosis campaign and the objectivation of tuberculosis in labor world in Colombia over the period ranging from the beginning of the campaign (1916) to the inclusion of tuberculosis in the list of professional diseases (1946). It also analyzes the critical role that labor statistics played in the first developments of the Colombian social security system and in the definition of professional diseases. These historical processes were studied according to its insertion in the international context.

Keywords: statistics; tuberculosis; social security; professional disease; history of the twentieth century.

La lucha antituberculosa en Colombia nace oficialmente con la expedición de la ley 66 de 1916, la cual retoma gran parte de las políticas europeas de control de la tuberculosis. A partir de 1920 comienza la incorporación al país de los lineamientos internacionales en este campo, acordados en conferencias *ad hoc*. De estas, la más influyente en la formulación de la campaña colombiana fue la Conferencia Internacional Antituberculosa”, organizada en París, en 1920, por el Comité National de Défense Contre la Tuberculose (Acosta, Leyva, 1948, p.22; Murard, Zilbermann, 1987, p.258) y motivada en parte por las graves secuelas de la Primera Guerra Mundial (Darmon, 2002, p.47). Entre los efectos de la Conferencia de París se destaca la creación de la Unión Internacional contra la Tuberculosis (institución aún activa) y la adopción de esos lineamientos, en 1921, en Génova, por parte del Consejo Médico de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, para promover la lucha antituberculosa en el mundo.

En Colombia, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja, creada el 30 de julio de 1915, asumió desde sus comienzos compromisos con la lucha antituberculosa. Esto influyó en que la campaña colombiana siguiera los lineamientos pactados por muchos países occidentales desde 1920. Según estos, una campaña antituberculosa debía basarse en dos frentes de combate: el control de los focos de contagio y el aumento de la resistencia individual y colectiva.

Durante la primera mitad del siglo XX, se distinguían “medidas directas e indirectas”. Las primeras buscaban neutralizar la infección tuberculosa. Con las otras se intentaba promover estándares de vida sana, buena alimentación, viviendas salubres, en fin, mejorar las condiciones de vida de la población. Como medidas directas se señalaron cinco en 1920: declaración obligatoria de la tuberculosis (TBC) humana;¹ fundación de dispensarios antituberculosos para el control de los datos clínicos; creación de instituciones especializadas para el cuidado de los tuberculosos; apoyo a organizaciones destinadas a la resolución de las dificultades económicas del entorno familiar del enfermo y control del aprovisionamiento de leche (Acosta, Leyva, 1948, p.22).

Solo dos meses después de la conferencia de París, la sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Montevideo, con representación colombiana, propuso a los estados miembros el estudio y la promoción del “mutualismo antituberculoso” como factor importante de la lucha contra la enfermedad.² Por otra parte, esta conferencia recomendó a los países con ciudades ubicadas a gran altitud, que hicieran de forma minuciosa las estadísticas de la tuberculosis pulmonar, la bronquitis, la neumonía y el coqueluche. Además, los delegados recomendaron incluir en la conferencia siguiente el estudio de la tuberculosis desde los puntos de vista sanitario y social. Los tres hechos son legibles en el afán explícito de las autoridades sanitarias colombianas por ponerse a la altura de las exigencias y sugerencias de los compromisos internacionales en la materia.

Estudios anteriores a este han presentado las concepciones básicas de la lucha antituberculosa en Colombia (Márquez, Gallo, 2011; Márquez, mayo 2012). Muestran que las estrategias sanitarias adoptadas en el país, en la primera mitad del siglo XX (periodo pre antibiótico) son las mismas utilizadas en casi todo el mundo occidental. Esto se explica porque la medicina colombiana dominante, en ese periodo, es la medicina universitaria vigente en el mundo occidental y no otra (Márquez, García, Delvalle, 2012). Esas estrategias se pueden resumir en: preventivas, como el aislamiento, la tecnología del dispensario, la higiene y la profilaxis social (examen, visitas); diagnósticas, como el laboratorio, la prueba de rayos X,

la observación clínica; terapéuticas, como las biológicas (tuberculina, BCG); y las quirúrgicas, como el neumotórax artificial. Con sus tiempos y sus formas singulares de apropiación, estas estrategias respondieron a lo que los médicos y políticos colombianos consideraron como la peor amenaza patológica que sufriera el pueblo colombiano después de la lepra.

Este artículo responde a la pregunta: ¿qué usos tuvieron las estadísticas de tuberculosis y qué relación guardan con la objetivación de esta dolencia como “enfermedad social” y como “enfermedad profesional” en Colombia?³ Para ello se ha consultado un importante acervo documental colombiano de la primera mitad del siglo XX, compuesto de tesis y artículos médicos, legislación especializada y anuarios estadísticos.

Balances historiográficos sobre historia de la tuberculosis y sobre las enfermedades profesionales muestran que no se había estudiado el doble problema que aquí se trata, a saber: el uso de las cifras en el conocimiento de la tuberculosis en Colombia y la relación entre ese conocimiento y la historia de la seguridad social en el país (Gallo, Márquez, 2011; Márquez, Gallo, 2011).

Una nación de tísicos: la retórica de las cifras

Al igual que sucedió con la lepra a finales del siglo XIX (Martínez, Guatibonza, 2005; Obregón, 2002), durante el periodo 1890-1940, la “estadística de la tuberculosis” en Colombia sirvió más como argumento político-médico en favor de la lucha antituberculosa que como conocimiento cuantitativo del problema. En la argumentación acerca de esta dolencia como enfermedad colectiva, contaron más ciertas valoraciones previas ligadas a la representación de la enfermedad (Sontag, 1996; Dormandy, 1999) que los datos mismos. En ese periodo no se contaba en Colombia con datos claros sobre el número de personas afectadas, ni métodos ni técnicas para recopilarlos. Las cifras que se usaban se calculaban con estimativas basadas en índices establecidos en otros países o se suponían y se publicaban cifras cada vez más exageradas para mostrar un alto grado de contaminación de la población. En el caso de la lepra, la motivación era sobre todo la búsqueda de una posición social influyente del cuerpo médico en el gobierno de la población, así como la constitución de una “medicina nacional”. En el caso de la tuberculosis, la exageración de las cifras parece obedecer más a una voz unánime de la élite política y la burguesía cafetalera y comercial que expresaban su miedo al contagio en plena industrialización y urbanización del país. Ese temor se manifiesta aún más en el país en los años 1920 y 1930, a la par del crecimiento de la industria, del éxodo rural, del aumento de barrios miserables en las ciudades y del descontento obrero frente a las precarias condiciones de trabajo. Las páginas que siguen mostrarán aspectos importantes de la formación de una argumentación basada en lo cuantitativo o una retórica de las cifras.

En un estudio realizado por médicos de la Academia Nacional de Medicina (Leyva et al., 1934), para responder a la consulta del presidente de la república, Alfonso López Pumarejo, sobre el estado general de la higiene y la asistencia pública en Colombia, los autores comienzan con el enunciado sobre las estadísticas que ya era ritual en la literatura médica colombiana: “Desgraciadamente, nuestras estadísticas a este respecto [la TBC en Colombia] son fragmentarias e incompletas y los datos oficiales y privados no se prestan para

tal empresa” (p.781). Sorprende que ni el gobierno nacional ni la Academia consideraran el uso de las cifras de causas de muerte publicadas en los anuarios estadísticos oficiales desde 1917. Si bien es cierto que el funcionamiento de las oficinas de estadística no era el ideal, tal parece que para la comisión médica que presentó este estudio la ilegitimidad de las cifras oficiales era un hecho que no merecía ser discutido.

Como en otros discursos médicos, los autores procedieron a hacer cálculos desproporcionados y a una utilización retórica de las cifras. En este caso afirman: “trataremos de levantar algún cálculo sobre los datos que hemos podido obtener.” Y “Se puede estimar aproximadamente por las estadísticas demográficas mejor llevadas en el país que la tuberculosis contribuye en un 8 por 100 de la mortalidad general” (Leyva et al., 1934, p.781).

Y continúan los mismos médicos:

siete mil quinientos colombianos mueren víctimas de esta enfermedad anualmente ... si hacemos uso del índice aceptado para calcular la morbilidad tuberculosa sobre las cifras de mortalidad alcanzada por la enfermedad, escogiendo el promedio de los índices señalados por algunos autores, es decir, el índice 7, obtendremos una cifra de 52.500 tuberculosos en Colombia, individuos debilitados en sus energías y capacidades, muchos de ellos totalmente inútiles para la comunidad, y lo que es peor, otras tantas fuentes de contagio para la población sana (Leyva et al., 1934, p.781).

Después de aportar cifras presumibles, los autores presentan elaboradas explicaciones de la alta presencia de la TBC en Colombia para mostrar que se trata de una “enfermedad social” y de la peor amenaza mórbida del momento. Los factores son sobre todo económicos y sociales: aumento de la inmigración, industrialización, urbanización, auge de las exportaciones de café, éxodos internos de población, crecimiento del proletariado, “miseria y pauperismo”, cambios en la vida urbana (Leyva et al., 1934, p.781).

Luego presentan lo que consideran como la estrategia ideal de lucha antituberculosa. Se trata, en rasgos generales, de la misma propuesta de la Conferencia de 1920 ya citada. Seguidamente, hacen un balance de la situación colombiana. Consideran que el problema es ante todo urbano y que la campaña es muy débil y atrasada con respecto a otros países. Que la ley sobre declaración obligatoria de la enfermedad solo existe en el papel, porque casi “no existen instituciones donde se pueda aislar y tratar al enfermo debidamente” lo que impide exigirle al médico “la violación del secreto profesional, que no tendría otra consecuencia quizás que colocar al enfermo en situación desesperada, rechazado de todas partes, sin encontrar un refugio ni un asilo”. Al final agregan: “Los fines estadísticos que persigue la declaración obligatoria no han sido alcanzados en países mejor organizados que el nuestro, y hoy hay la tendencia a no insistir sobre esta declaración, dejando a los dispensarios el levantamiento de la estadística tuberculosa” (Leyva et al., 1934, p.781).

Años más tarde, la situación era casi la misma. Así lo revela una conferencia dictada por el médico Pedro Rojas, con ocasión de la Segunda Conferencia Nacional de la Tuberculosis, celebrada en Cali, en 1940. Repite la táctica de la retórica de las cifras para reactivar la alerta en los poderes públicos y la sociedad:

¿Cómo se traduce en nuestro país ese fenómeno económico-social creado por el problema de la tuberculosis? Algunos datos estadísticos podrían iluminarnos ... :

Si tenemos en cuenta los datos demográficos de las repúblicas americanas, publicados en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* y algunos datos, gentilmente suministrados por los que se han ocupado de la lucha antituberculosa en el país, tenemos que el promedio de mortalidad anual por tuberculosis en Colombia es de ciento cincuenta (150) muertos por cien mil (100.000) habitantes, lo que para el número [actual] de éstos ... daría un total de trece mil quinientos (13.500) muertos por tuberculosis al año, es decir, treinta y ocho (38) muertos al día. ... si tenemos en cuenta que por cada individuo que muere de tuberculosis, según los trabajos practicados en Massachusetts, existen de cinco (5) a diez (10) casos activos creados por el contagio, tendríamos que sobre la cifra anterior de mortalidad ... existirían en el país alrededor de cien mil (100.000) tuberculosos (Rojas, 1940a, p.19).

Según Rojas, el panorama era aún más desolador, pues al cálculo del número de tuberculosos en el país se añadía el monto de las pérdidas de 10 millones de pesos por año que la enfermedad le causaba al país. El cálculo incluía lo que los enfermos dejaban de consumir, lo que los empresarios dejaban de producir por ausencias de trabajadores enfermos y lo que el gobierno gastaba en la asistencia a tuberculosos (Rojas, 1940a, p.19). La cifra de la pérdida parece ser muy elevada si se considera que, en 1940, el presupuesto total del Estado fue cercano a los 111 millones de pesos y el asignado a la higiene y asistencia públicas no excedió los seis (Colombia, 1940, p.155-157).

Hay que recordar que en el informe panamericano, del cual afirma Rojas haber extraído una parte de las cifras de tuberculosis, la situación de Colombia no parece tan terrible como las de otras naciones americanas. En cuanto a la situación de otros países de la región, la tasa por cien mil habitantes en Argentina, en ese mismo año, estaba en 113, pero la de las ciudades de Buenos Aires y Santa Fe eran 139 y 230, respectivamente. Por su parte, las ciudades de Brasil presentaban cifras más alarmantes: 287 para Rio de Janeiro, 243 para Belém y 234 para Belo Horizonte.⁴

Sin embargo ¿por qué omite Rojas la comparación entre Colombia y los países vecinos? Una razón puede estar ligada a que su utilización retórica de las cifras le servía para llamar la atención de los poderes públicos y así obtener una financiación conveniente para la campaña. Para tal fin, quizás, no era pertinente mostrar que la tuberculosis no se iba tantas vidas humanas en Colombia como en los países vecinos. Según ese mismo informe, la tasa de mortalidad por tuberculosis en Colombia, en 1935, era de 45,2 por cien mil habitantes. En cambio, en Bogotá, capital del país, esa tasa era de 150 y en la ciudad portuaria de Barranquilla era de 170. Es claro, pues, que la cifra que Rojas usa para su argumentación es la de Bogotá y no la de Colombia. El sesgo tomado por Rojas, al presentar solamente la cifra de la capital, no es fácil de explicar. ¿Fue por error que omitió la media nacional y la reemplazó por la de Bogotá? ¿Escogió, entre ambas, la cifra más alarmante? ¿Le parecían más fiables los datos de Bogotá, cuyas condiciones de obtención quizás él conocía mejor? En todo caso, el uso de cifras que hace es muy restringido. Como si las cifras debieran hablar por sí mismas. Esto se nota en la ausencia, en su argumentación, de comparaciones cuantitativas para explicar y contrastar más claramente la situación de Colombia frente a la TBC. Rojas utiliza las cifras con la misma lógica de un higienista del siglo XIX. Inútil buscar en su trabajo la mirada del epidemiólogo.

Las cifras oficiales sobre mortalidad por tuberculosis

¿Hay correspondencia entre las cifras de muertes anuales por TBC utilizadas por algunos médicos para calcular la incidencia de la enfermedad y las publicadas por la estadística oficial? Antes de contrastarlas es necesario hacer precisiones sobre el surgimiento de las estadísticas de causas de muerte en Colombia.

Los primeros debates en el país sobre la adopción de la nomenclatura internacional de causas de muerte se dieron en 1899 (ANM, 1899; Arboleda, 18 jul. 1899; Castañeda, 28 jul. 1899). Colombia solo firmará y adoptará la convención internacional en 1909. Sin embargo, la recolección regular de estos datos implicaba prácticas y transformaciones previas como la comprobación de la muerte por un médico, la expedición del certificado de defunción, la notificación médica obligatoria de las enfermedades transmisibles (y también de las epidemias y endemias). Este conjunto de prácticas, incluso si no fue completamente desconocido por los gobernantes y médicos, exigía un aparato de Estado consolidado.

La historiografía señala a 1915 como el año de la modernización de la estadística colombiana. Las razones invocadas son las reformas realizadas por el gobierno para centralizar la estadística nacional y la aparición de los anuarios estadísticos (Vidales, 1978, p.79). Pero una mirada más mesurada revela que a pesar de la ley 63 de 1914, que dispuso la creación de la Dirección General de Estadística y de las direcciones subalternas en todos los departamentos (Lleras, 1938, p.10-11), no fue muy expedita la puesta en marcha de esta estructura administrativa, como tampoco lo fue la publicación de los anuarios. La aparición de una primera ley de estadística sanitaria y causas de muerte data de 1916 (ley 66) y su reglamentación de 1918, mediante el acuerdo número 39.⁵

En las décadas siguientes se realizaron modificaciones en cuanto a la entidad que debía encargarse de centralizar la información y al modo de recolección de las cifras. Así, en la década 1920, la Dirección Nacional de Higiene estableció que los alcaldes debían recopilar los datos aportados por los curas párrocos sobre nacimientos y muertes, así como los entregados por los médicos sobre enfermedades infecto-contagiosas y causas de muertes.⁶ En 1935, se hizo un nuevo intento de centralización de las estadísticas en la Dirección Nacional de Estadística y desapareció la sección de estadística vital del Departamento Nacional de Higiene (DepNH), encargada de las estadísticas demográficas y nosológicas (Lleras, 1938, p.28).

Si los anuarios estadísticos colombianos se publicaron con cierta regularidad a partir de 1917, su organización y contenidos variaron. Por ese motivo, no es posible conocer el número oficial de muertes por TBC para todos los años. La fiabilidad de las cifras es un punto sensible, en especial para las primeras décadas. Primero, debido a la escasa presencia de médicos graduados en muchas regiones del país, responsables de elaborar el certificado de defunción. Segundo, por las tentativas de muchas personas de evitar declarar que sus familiares habían muerto de TBC y, tercero, por problemas posteriores relacionados con la centralización y la publicación técnica de las cifras.

Pese al denunciado sub-registro, compilamos estas estadísticas de los años 1930 y 1940 para contrastarlas con las cifras y estimaciones utilizadas por algunos médicos colombianos ¿recurrían a los datos disponibles en los anuarios? ¿Se discutían esas cifras y se comparaban con las usadas por ellos? Al ver en detalle las cifras de los anuarios, la respuesta más plausible es negativa (Tabla 1).

Tabla 1: Estadísticas de muertes registradas por TBC y fiebre tifoidea en Colombia, 1915-1949

Año	Población total calculada	Muertes totales (MT)	Muertes por TBC (M.TBC)	Porcentaje de M.TBC	M.TBC cien mil habitantes	Muertes por fiebre tifoidea (M.FT)	Porcentaje de M.FT	M.FT por cien mil habitantes
1915	5.447.000	101.277	2.219	2,19	40,74	3.032	2,99	55,66
1918	5.855.000	91.639	2.679	2,92	45,76	1.703	1,86	29,09
1919	5.999.000	93.113	8.270*	8,88	137,86	2.907	3,12	31,22
1920	6.147.000	83.099	7.828*	9,42	127,35	1.564	1,88	18,82
1923	6.618.000	90.184	2.321	2,57	35,07	2.034	2,26	30,73
1927	7.320.000	106.039	2.533	2,39	34,60	3.144	2,96	42,95
1928	7.338.000**	107.574	2.350	2,18	32,03	2.903	2,70	39,56
1929	7.492.000	102.929	2.372	2,30	31,66	2.842	2,76	37,93
1930	7.649.000	94.125	2.153	2,29	28,15	2.229	2,37	29,14
1931	7.810.000	103.364	2.399	2,32	30,72	1.948	1,88	24,94
1936	8.665.000	129.976	3.860	2,97	44,55	2.641	2,03	30,48
1938	8.701.816	150.650	4.087	2,71	46,97	2.578	1,71	29,63
1940	9.075.795	137.786	4.139	3,00	45,60	2.503	1,82	25,80
1941	9.269.915	144.095	4.311	2,99	46,51	2.663	1,85	28,73
1942	9.469.069	151.809	4.270	2,81	45,09	2.503	1,65	26,43
1943	9.673.312	155.749	4.383	2,81	45,31	1.377	0,88	14,24
1944	9.892.859	162.323	5.102	3,14	51,57	1.685	1,04	17,03
1945	10.097.825	159.159	4.608	2,90	45,63	2.234	1,40	22,12
1946	10.318.411	160.460	4.480	2,79	43,42	2.077	1,29	20,13
1947	10.544.676	152.411	4.451	2,92	42,21	1.509	0,99	14,31
1948	10.776.890	154.392	4.623	2,99	42,90	1.560	1,01	14,48
1949	11.015.150	154.552	4.293	2,78	38,97	1.956	1,27	17,76

*El aumento en las cifras se debe al número de muertes registradas en el Departamento de Boyacá: 6.114 en 1919 y 6.189 en 1920. Estos casos no fueron incluidos en la categoría "tuberculosis pulmonar" de la nomenclatura internacional.

**La cifra utilizada corresponde al valor calculado y no al dato obtenido en el censo (7.881.000) que por sus valores inflados no fue aprobado por el Congreso nacional. Se incluyeron también las cifras de las muertes por fiebre tifoidea para tener datos comparativos entre dos enfermedades de carácter contagioso.

Fuente: Las cifras de defunciones (por tuberculosis, fiebre tifoidea y totales anuales) así como la población calculada fueron extraídas de los anuarios estadísticos de Colombia publicados entre 1917 y 1952 (Colombia, 1917, 1924, 1927, 1929, 1930, 1931, 1932, 1934, 1937, 1940, 1946, 1949, 1952). La proporción y la Tasa de mortalidad por cien mil habitantes fueron calculadas por los autores.

Si bien para los médicos colombianos de los años 1920 y 1930 las estimaciones cuantitativas ya eran consideradas como una herramienta de valoración del estado de salud de la población, las cifras oficiales parecían no interesarles. Es sorprendente que en ninguno de los ejemplos citados se utilicen las cifras oficiales de muertes por TBC disponibles en los anuarios para calcular la incidencia de la enfermedad, ni siquiera para criticarlas, rebatirlas o ajustarlas. Además, no es un acontecimiento menor que ello se haga desde posiciones de

saber y poder como las que tenían la Academia Nacional de Medicina y los estrados de la Segunda Conferencia Nacional de Tuberculosis, pues ambos fueron espacios privilegiados de circulación y de validación del saber médico de la TBC.

Para 1934, año del informe de la Academia de Medicina al presidente, ya se habían publicado al menos diez anuarios estadísticos colombianos que contenían datos de causas de muerte. Esto parece revelar la distancia de la Academia Nacional de Medicina con respecto a algunas instituciones oficiales. Según la información de los anuarios, el porcentaje anual de muertes por TBC osciló entre 2,18 y 2,92 en el período comprendido entre 1915 y 1931, y de 2,34% para 1931 (Tabla 1).

Las únicas cifras cercanas al 8% enunciado por los miembros de la Academia se registraron de manera excepcional en 1919 y 1920 (8,88% y 9,42% respectivamente), pues aparece en los registros de esos años un singular y enorme aumento de muertes por TBC en el Departamento de Boyacá (Tabla 1). Debido a la escasez de datos al respecto, es difícil explicar plenamente el origen de estas cifras. En un primer momento, consideramos que quizás se relacionaban con la manifestación en Colombia de la pandemia de gripe de 1918 y 1919, que afectó sobre todo la capital del país y su región circunvecina, los departamentos de Cundinamarca y Boyacá (Manrique et al., 2009, p.297). La epidemia comenzó en el departamento de Boyacá, a mediados de octubre de 1918, y se prolongó hasta agosto de 1919, con el más alto pico de mortalidad en el mes de noviembre. Ocasionó un aumento drástico de los decesos por gripe en varios de sus municipios entre enero y agosto de 1920 (Ospina, Martínez, Herrán, 2009).

No parece haber relación entre la epidemia de gripe y las enormes cifras de mortalidad por tuberculosis que muestra Boyacá entre 1919 y 1920. Estas últimas son tan elevadas que superan el número de decesos por gripe registrado en la nación colombiana en los mismos años: 3.672 en 1919 y 1.559 en 1920.⁷ Así, de las 8.270 muertes por TBC registradas en 1919 en todo el país, 6.114 pertenecen a “tuberculosis de otros órganos” en Boyacá, es decir el 74% de los registros. De igual manera, para 1920, de los 7.828 decesos por TBC, 6.189 se reportaron en Boyacá como “tuberculosis generalizada”, esto equivale al 79% de los registros nacionales (Colombia, 1924, p.56, 102). En ningún caso, tuberculosis pulmonar, enfermedad respiratoria que quizá sí podría confundirse con la gripe.

Un estudio sobre el impacto epidemiológico y social de la pandemia de gripe de 1918-1919 en Colombia, analizó las cifras de mortalidad de 41 municipios del departamento de Boyacá y muestra a partir de los registros de las parroquias que, en 1918, del total de 4.947 decesos del departamento 960 fueron por gripe y que, en 1919, los muertos por esta enfermedad no pasaron de doscientos. Según las estimaciones de estos autores, al considerar todas las municipalidades del departamento de Boyacá, en 1918 – año del pico más alto en la mortalidad por gripe – hubo en Boyacá 2.875 decesos por esta enfermedad (Ospina, Matínez, Herrán, 2009). De ahí que las cifras de decesos por tuberculosis de ese mismo departamento para 1919 y 1920, publicadas en los anuarios nacionales, solo podrían ser atribuidas a un error de registro o de imprenta, al cual los responsables de Servicio Nacional de Estadística no le pusieron mucha atención.

Ahora bien, entre 1934 y 1940 solamente se publicaron estadísticas de causas de muerte en el *Anuario de Estadística 1936*, donde aparecen registradas 3.860 muertes por TBC, es decir, un promedio de 71 muertes anuales por cada cien mil habitantes (Colombia, 1937), una

cifra que dista mucho de la reportada por el médico Pedro Rojas, en la Segunda Conferencia Nacional de Tuberculosis, quien denunciaba un promedio de 150 muertes anuales por cada cien mil habitantes, según los datos informados por “quienes se ocupaban de la lucha antituberculosa” (Rojas, 1940b).

Según las cifras aportadas por la campaña antituberculosa, de los 114.808 diagnósticos realizados en varias ciudades del país durante 1941, un total de 5.713 resultaron positivos, otros 7.460 fueron considerados como “sospechosos” y 101.095 fueron negativos. Esto último indica que el 88% de los diagnósticos fueron negativos (Colombia, 1942, p.19). Estas cifras tampoco parecen muy cercanas a las sugeridas por Rojas, quien en 1940 aseveraba que sus datos provenían de personas que trabajaban en la campaña.

Desde la primera Conferencia Nacional de Tuberculosis, realizada en Medellín en 1938, Rojas (oct. 1939, p.9) recurría a la retórica de las cifras para señalar la necesidad urgente de comenzar la vacunación con el BCG en Colombia:

Si consideramos que entre las causas de mortalidad infantil discriminadas en los veinte primeros años, sobre un total de 71.093, 692, es decir, el 0,97 por 100, fueron tuberculosos, y si admitimos que cerca de 100.000 colombianos son tuberculosos, ¿no estamos en la obligación de preguntarnos si este porcentaje y esta cifra elevados de tuberculosis serían disminuidos si se implantase en nuestro país el sistema de vacunación por el BCG?

Sin duda, la exageración de las cifras fue una estrategia para llamar la atención del cuerpo médico y de los poderes públicos sobre el problema de la TBC en el país y demandar una campaña de vacunación con BCG.

Hay que subrayar ciertos elementos de la organización de la primera Conferencia Nacional de Tuberculosis. Se realizó gracias a una iniciativa del DepNH. Entre las condiciones impuestas por su reglamento se constata que solamente los médicos colombianos con diploma podían asistir. Durante esa semana se programaron varias sesiones para exhibir entre los médicos cuatro documentales franceses de propaganda cinematográfica de la lucha antituberculosa y la vacunación con BCG. Fueron programadas también sesiones de los mismos films para todo público y algunas conferencias fueron difundidas a través de la radio, entre ellas la de Rojas, quien por esos días trabajaba como médico auxiliar en el DepNH. De manera que sus estimaciones sobre el número de tuberculosos en el país fueron escuchadas por una población más amplia y profana que la de los círculos médicos. Además, como un eco de la conferencia pública de Rojas, se realizó una presentación de las vacunas preparadas en el laboratorio nacional y se prometió que, luego de realizada la primera Conferencia Nacional de Tuberculosis, algunas dosis de vacuna serían suministradas gratuitamente (DepNH, 1938).

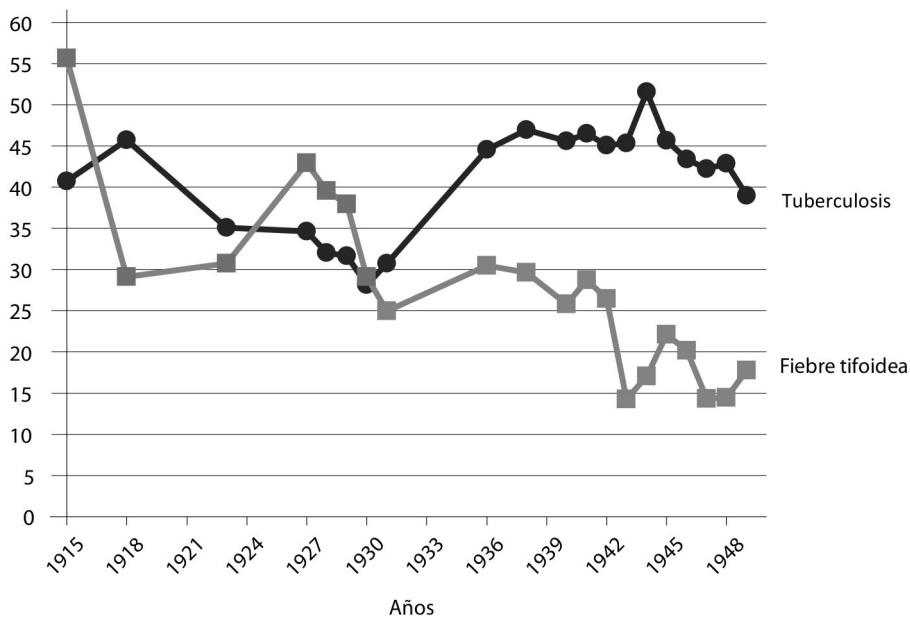
La necesidad propagandística estaba ligada a la precariedad financiera de la lucha antituberculosa que solo comienza a disponer de presupuesto propio en 1927. Sin embargo, para ese año sólo se le había asignado a la campaña el 0,7% del presupuesto total acordado a la higiene y la asistencia públicas en el país. A diferencia de la campaña contra la anemia tropical – cofinanciada por la Fundación Rockefeller – que disponía del 2,5% del presupuesto o de la lucha contra la lepra que consumía el 67,9% del presupuesto de la higiene. Ahora bien, el presupuesto de la lucha antituberculosa fue variable y si en 1929 cayó al 0,1% y en 1932 aumentó al 1,2%. Para 1933 había caído nuevamente al 0,8%, mientras que los de la anemia

tropical y la lepra permanecieron constantes y en 1933 eran de 2,5% y 72,7% respectivamente (Colombia, 1935, p.224-225).

Lo singular es que mientras los enfermos de lepra se estimaban en 7.000, los de tuberculosis sobrepasaban por mucho esa cifra. Como lo mostró la historiadora Diana Obregón, para algunos médicos la política de aislamiento especializado de los leprosos era un fracaso, pues no se correspondía con los avances en materia de control de enfermedades infecciosas y el número de pacientes seguían creciendo. La permanencia de esta costosa e infructuosa lucha se explica por el gran temor que la lepra infundía en el colectivo social y la oposición ciudadana al establecimiento de hospitales para leprosos en centros urbanos. Así, la lucha contra la lepra consumía la mayor parte del presupuesto de la higiene en detrimento del control efectivo de otros problemas sanitarios muy acuciosos como la tuberculosis y la sífilis. En 1931, y en manos del ex-becario de la Fundación Rockefeller, Enrique Enciso, el DepNH y la oficina central de lazaretos fueron integrados en una sola institución. En el marco de una nueva economía de la salud, Enciso propuso algunos cambios que, si no llegaron hasta la supresión rápida de la política de segregación de leprosos, poco a poco, privilegiaron la detección precoz de nuevos casos y promovieron la creación de dispensarios de salubridad en varios departamentos. Además, la transformación gradual del discurso médico sobre la contagiosidad de la lepra permitió la lenta inserción de los pacientes en los hospitales generales a partir de la década de 1940 y una reducción del presupuesto destinado a esta enfermedad (Obregón, 2003, p.183-185).

En cuanto a las cifras oficiales de tasas de muerte por TBC durante el periodo 1915-1949, hay que resaltar que no hubo una tendencia notable hacia la disminución (Gráfico 1).

Gráfico 1: Tasas de mortalidad de tuberculosis y fiebre tifoidea por cien mil habitantes en Colombia, 1915-1949



Nota: Para constatar mejor la tendencia de las tasas, no fueron incluidos los datos de 1919 y 1920.

Fuente: Las tasas de mortalidad por cien mil habitantes fueron calculadas por los autores a partir de los datos obtenidos de los anuarios estadísticos de Colombia.

Es difícil explicar las tasas de decesos por TBC del periodo 1915-1930, pues las cifras son muy variables. Los datos podrían ser resultado de la precariedad en la recolección y registro de las muertes, en general, en el ámbito nacional. Entre 1936 y 1949, incluso si las cifras dejan entrever una ligera disminución en las tasas de muerte por TBC respecto a los decesos totales anuales, la tendencia fue más bien hacia la estabilización de la proporción de muertes por TBC (Tabla 1), aun si ese momento se caracteriza por el fortalecimiento de la campaña.

En cambio, a lo largo de periodo 1915-1949, la tasa de mortalidad por fiebre tifoidea presenta tendencia a la disminución. Esta también se encuentra cuando se compara la proporción de las muertes por fiebre tifoidea con los decesos totales anuales del periodo 1927-1941. Si fue seguida de una estabilización (la proporción osciló entre 1% y 1,5%), se nota que la proporción de 1915 (2,99%) bajó a la mitad durante la década 1940-1950 (Tabla 1). Pero se trata de la misma tendencia hacia la disminución de las enfermedades gastrointestinales, registrada por numerosos países del mundo que adoptaron medidas de saneamiento, de normalización y estatización de acueductos y sistemas de alcantarillado, adopción de sistemas de control de residuos, vigilancia y control de los mercados y flujos de todo tipo, así como la especialización de ciertas zonas de la ciudad.⁸

Tuberculosis ¿enfermedad social o enfermedad del trabajo?

Antes de justificar la lucha con cifras, los médicos intentaron promover y respaldar el combate a la tuberculosis mediante argumentos morales y sociales. No es posible extenderse aquí acerca de la ambigua etiología de la tuberculosis que imperó en las primeras décadas del siglo XX, pero sí se pueden hacer algunas precisiones que ayuden a comprender la distancia entre el debate sobre las enfermedades sociales y el debate sobre las enfermedades profesionales y ponderar así la importancia de lo cuantitativo en ese contexto.

¿Qué se entendía a comienzos del siglo XX, en Colombia, por “enfermedad social”? De acuerdo con Carlos E. Noguera (2003, p.183), se trataba de un “conjunto amplio y no bien delimitado de síntomas y signos que afectaban ‘el cuerpo social’ y cuyas consecuencias más evidentes eran la degeneración fisiológica y moral”. Parafraseando al médico Eliseo Montaña, citado por Noguera (2004, p.177-178), las enfermedades sociales eran aquellas cuyas consecuencias para la especie y la raza superaban la gravedad de las consecuencias individuales. De acuerdo con el historiador, se percibe en la definición médica de enfermedad social la “imposibilidad de establecer los límites precisos entre los saberes científicos y los prejuicios y preceptos morales de su época”.

Si las enfermedades sociales eran aquellas cuyas consecuencias económicas y sociales eran mayores que sus efectos individuales, el combate no podía ser un acto individual sino que la colectividad debía hacerse responsable de todas las fases del proceso, desde la profilaxis hasta la terapéutica. Dado que los recursos con que contaba la medicina no eran muy eficaces frente a estas enfermedades, la solución pasaba necesariamente por la intervención estatal. De ahí que la educación se planteara como piedra angular de la profilaxis. Esto se explica, además, por la frontera borrosa entre lo científico y lo moral y porque este tipo de enfermedades se asociaba a las condiciones sociales de vida y a diversas costumbres populares. Lo social se convierte así en territorio de gobierno y la intervención social (o “profilaxis”) debía ser

realizada indirectamente en diversos frentes. Al respecto, dice Noguera (2003, p.94) que el movimiento eugenésico latinoamericano se caracterizó por enfatizar en la transformación del medio ambiente y de ciertas costumbres y comportamientos que propiciaban la aparición de los tres “venenos raciales”: alcoholismo, sífilis y tuberculosis.⁹ En resumen, las enfermedades sociales eran las que interesaban a la sociedad por su contagiosidad, impacto racial o porque ponían en peligro la salud y el progreso económico y social de la comunidad.

¿Cuál fue el aporte de esta forma particular de objetivación de la TBC a su reconocimiento como enfermedad relacionada con el trabajo? Los médicos de la época señalan que, además de factores hereditarios, había una estrecha relación entre la alimentación deficiente, la pobreza, el hacinamiento, la promiscuidad, el alcoholismo, las enfermedades debilitantes de toda especie, el escaso acceso a la educación, los espacios de trabajo insalubres, la extralimitación del tiempo laboral y las fatigas físicas y morales. Sin embargo, las referencias al trabajo o a espacios concretos de trabajo aparecen como secundarias y lo que se destaca en ese horizonte multicausal de la enfermedad social es la correlación entre los aspectos biológicos, el medio (“ecológicos”, se diría hoy) y factores sociales. Como anota la historiadora Jana Congote (2007), esa “medicina social” pretendía principalmente civilizar, al intentar medicalizar las costumbres privadas de los obreros.¹⁰

En cuanto a la enfermedad del trabajador, la idea de una responsabilidad compartida no se vislumbra en el modelo analítico de los médicos, ingenieros, políticos o industriales de las primeras décadas. Las opciones para la mayoría de las enfermedades de los trabajadores quedaban a cargo del patrón, del trabajador o del Estado. La situación comienza a cambiar en torno de los años 1930, cuando el cálculo racional del capital humano de la nación alertó sobre el papel que el Estado y los industriales debían cumplir para evitar el contagio de la tuberculosis o el aumento de “individuos inhábiles” (Vergara, 1946a).

En ese punto coincidían la mayoría de los médicos de los años 1930 y 1940: la tuberculosis era un problema económico-social de gran trascendencia para el progreso del país (Rojas, 1940b). Pedro Rojas, basado en cálculos aproximados de la morbilidad y mortalidad por TBC en Colombia, apuntaba también a defender la protección estatal permanente del tuberculoso. Según este médico, el grupo social colombiano más afectado lo componían los trabajadores y especialmente aquellos a quienes él llama “los débiles”, es decir, los que ganan menos de cien pesos al mes. Según Rojas (1940b), la clase proletaria¹¹ aportaba a la estadística vital unos diez mil muertos por TBC cada año. Consideraba que la situación de Colombia era en extremo grave, sobre todo por la correlación estrecha entre la TBC y los principales afectados, los obreros urbanos, cuyas familias eran víctimas directas e indirectas del flagelo:

En Colombia, el individuo tuberculoso, ya sea que trabaje por su cuenta o se halle al servicio de otro, no encuentra actualmente leyes que lo amparen durante el tiempo que dure su enfermedad y, lo que es peor, que contemplan y remedien el abandono de sus familiares que por este hecho quedan desamparados.

El Estado ha pretendido remediar, por lo menos en parte, esta laguna de nuestra legislación, dictando algunas disposiciones sobre auxilios de enfermedad para empleados y obreros públicos y particulares, concediendo en el caso de éstos la mitad del sueldo que devenguen mensualmente hasta por tres meses, asimilando tácitamente la tuberculosis a cualquiera otra enfermedad. Gravísimo error es éste, pues si este espacio de tiempo

relativamente corto es suficiente para que se consolide una fractura, para levantar las fuerzas de un individuo que por exceso de trabajo se halla débil, para curar algunas enfermedades profesionales, etc., es en cambio, materialmente insuficiente para el tratamiento completo de la mayoría de las formas clínicas de la tuberculosis (Rojas, 1940b, p.19).

De ahí que en 1940 Rojas propusiera en la tribuna de la Federación Médica colombiana, el *Heraldo Médico*, un proyecto de ley que creara el “seguro social obligatorio contra la tuberculosis”. Este se alimentaría de aportes mensuales provenientes de cuatro fuentes principales: una parte del sueldo del trabajador, una parte de los ingresos del empleador, una parte de aporte estatal y aportes a la “lucha antituberculosa” provenientes de la ayuda filantrópica. Rojas termina su artículo presentando el proyecto de ley que, según él, apuntaba a establecer por primera vez en Colombia el “seguro contra la enfermedad en general”.

La idea de incluir la TBC en un esquema de seguro obligatorio concuerda con la tendencia en seguros sociales de otros países de América Latina. En 1939, Getulio Vargas, presidente del Brasil, había intentado atribuir a los institutos de retiro y pensiones la responsabilidad sobre los trabajadores enfermos de tuberculosis. De esta manera, se quería suplir, con la participación de trabajadores y de empleadores, la larga ausencia estatal con relación a la peste blanca (Bertolli Filho, 2001, p.70-71). Algo semejante ocurrió en México. Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas se envió al Congreso un proyecto de ley de seguro social que, entre otros aspectos, contemplaba un seguro de enfermedad para la tuberculosis (Carrillo, mayo 2012, p.92). Según un informe sobre la Caja de Seguro Social de Chile, entregado al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social de Colombia por la Comisión de Estudios Sociales de la Facultad Nacional de Derecho, la sífilis, la TBC y las afecciones cardiovasculares eran las principales causas de mortalidad de los asegurados (García, abr. 1940, p.330-331). La mortalidad anual por TBC se estimaba en 11 mil personas, cifra que podía ascender a 21 mil si eran sumadas las muertes por enfermedades respiratorias. La solución era obligar a las cajas de previsión a establecer servicios de medicina preventiva que permitieran descubrir precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas y las enfermedades profesionales. De esa forma, la acción del seguro no se reduciría a la indemnización sino que intervendría en la “fuente originaria de la incapacidad del trabajo, procurando por todos los medios la conservación” de la capacidad productora de la clase asalariada (García, abr. 1940, p.334).

La cuestión estadística adquirió así un papel crítico en la formulación del seguro social obligatorio, fundamentado en la teoría del riesgo social y profesional. De acuerdo con Oswald Stein (mayo 1942, p.19), jefe de la Sección de Seguros Sociales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la reunión y ordenamiento de datos estadísticos sobre las circunstancias de los riesgos era prioritaria a la hora de implantar el seguro social obligatorio en Colombia. Según Stein (p.12),

... [el seguro basaba] sus cálculos en los fenómenos colectivos que caracterizan la existencia de la masa de asegurados. Cuanto mejor se conozca estos fenómenos, mejor podrá elegirse los medios de prevención y de defensa. La evaluación de los recursos necesarios para prevenir y luchar contra un riesgo determinado, será cierta cuando se haya verificado la naturaleza del riesgo y su frecuencia e intensidad por profesión, edad, sexo, recursos y condiciones de alojamiento.

Stein (mayo 1942, p.12) sugirió además que la lucha contra las enfermedades sociales, “especialmente frecuentes en la población trabajadora”, se intensificara con apoyo en el seguro de enfermedad, puesto que “las enfermedades sociales no pueden ser controladas por el único servicio médico, sino que necesitan de medidas preventivas sistemáticas”. Agregó que frente a las demás formas de organización sanitaria, el seguro obligatorio ofrecía la ventaja de “asociar a los trabajadores moral y materialmente con la defensa de su propia salud” (p.12). La contribución financiera hace comprender mejor “el precio de la salud”. En efecto, la preocupación por la sostenibilidad económica de los sistemas de seguros sociales era un tema de vital importancia en el mundo. De acuerdo con Jorge Vergara, especializado en “Estudios de Medicina del Trabajo” en Pittsburg, Pensilvania, en el contexto de los seguros sociales “todos los resortes administrativos, estadísticos y psicológicos [se debían usar] en orden a que haya un máximo aprovechamiento y un mínimo de desperdicio” (Vergara, 1946a, p.14).

En ese proyecto global de racionalización económica de la salud se inscriben los coeficientes de mortalidad industrial, para determinar si una industria debía o no convertirse en aseguradora de sus propios trabajadores.¹² En la misma vía, el primer Congreso Médico-Social Panamericano, ocurrido en La Habana, en 1946, recomendó organizar la estadística laboral de accidentes y enfermedades, unificando los métodos de recolección en los departamentos médicos de las empresas (Arango, 1946, p.18; Recomendaciones..., 1946). La definición de las enfermedades profesionales y la asociación entre ambiente de trabajo y TBC también se inscriben en esa propuesta de economía de la salud.

Tuberculosis, ¿enfermedad profesional?

La discusión sobre la asociación causal entre ambiente de trabajo y TBC se inscribe en el debate, más amplio, acerca de la enfermedad profesional, propio del periodo de entreguerras y de alcance global (Dale, Greenlees, Melling, 2007; Greenlees, 2005; McIvor, 2012; Rajchenberg, 1998; Thomann, 2009).

En Colombia, la TBC comenzó a ser considerada como enfermedad profesional a partir del decreto n.841 de 1946 (13 de marzo) que reglamentó el artículo 12 de la ley 6ª de 1945,¹³ por la cual se legisló por primera vez para proteger a los trabajadores en caso de enfermedades profesionales, pero solamente en ciertos oficios como personal hospitalario, mozos de anfiteatro, mineros, “sopleteros”, caldereros y fogoneros (Colombia, 1946, p.199).

Antes de que se legislara sobre enfermedades profesionales, el Estado colombiano, mediante la ley 129 de 1931, había ratificado las convenciones de la OIT relativas a jornada laboral, seguros de desempleo, protección materna, trabajo femenino nocturno, edad mínima y trabajo infantil, seguro de accidentes, igualdad de tratamiento de trabajadores nacionales y extranjeros, seguro contra enfermedad. A estas se sumó en 1933 la ratificación del convenio 18 (C-018) de 1925 sobre enfermedades profesionales. Esto significa que el gobierno se comprometió a reconocer legalmente la intoxicación por plomo, la intoxicación por mercurio y la infección carbuncosa. En 1934, el C-042 acrecentó el número de enfermedades profesionales reconocidas internacionalmente. De esa forma, se sumaron a las anteriores silicosis, intoxicación por fósforo, intoxicación por arsénico, intoxicación por halógenos de

los hidrocarburos grasos, trastornos patológicos por exposición al radio y a rayos X. Aunque Colombia nunca ratificó este convenio, como miembro de la OIT, quedaba, al menos en teoría, comprometido a aplicar en su territorio el conjunto de convenios.

Antes de que una ley declarara a la TBC como enfermedad profesional, los dictámenes médicos en Colombia se guiaban por la jurisprudencia internacional. Por lo tanto, existía un amplio margen de maniobrabilidad. Se nombraba a peritos y estos decidían según su criterio académico, pero la decisión definitiva era tomada por la sección encargada del Departamento Nacional del Trabajo. Ese es el caso de un peritaje de 1939, del médico Agustín Arango (1939), quien estableció la distinción entre “enfermedad profesional” y TBC:

La tuberculosis pulmonar se diferencia, pues, de una enfermedad profesional, entre otras muchas razones, por las siguientes:

- (1) La tuberculosis se presenta en toda clase de profesiones, al paso que la enfermedad profesional es el patrimonio de determinada profesión.
- (2) No se puede predecir que ejerciendo determinada profesión se contraerá la tuberculosis, al paso que, por ejemplo, un individuo que trabaja en plomo durante largo tiempo contraerá el saturnismo indefectiblemente.
- (3) La enfermedad profesional principia lentamente, puesto que es una serie repetida de intoxicaciones que van debilitando las fuerzas de resistencia del organismo, al paso que la tuberculosis puede tener además una iniciación dramática.

En este peritaje, el médico concluyó que “no es posible aceptar como una enfermedad profesional la TBC que causó la muerte al señor D.T.”. El tipo de trabajo realizado fue determinante en ese caso: TBC adquirida como consecuencia de trabajar en las bodegas de un buque. El dictamen desfavorable para el trabajador era coherente con otros casos en que la TBC no estaba asociada a la emisión de polvo de sílice. En casos como este se consideraba a la TBC como una enfermedad anterior a la relación laboral, contraída en condiciones inciertas y de evolución invisible y lenta, o sea imperceptible para el médico y el paciente.

En los casos de tuberculosis osteo-articular, la evaluación pericial no era simple. Para médicos como Joaquín Calderón (1929, p.51-53), la seguridad con que las observaciones bacteriológicas negaban la asociación del traumatismo con la TBC contrastaba con la incertidumbre que presentaba la clínica. Para otros, como Emilio Morales (1937, p.54-55), el accidente de trabajo estaba relacionado con la aparición o agravamiento de la TBC, por lo tanto obligaba a la indemnización. Jorge Uribe (1944, p.110-113), por su lado, consideraba rarísimo que se admitiera en medicina que un accidente de trabajo produjera una TBC, cuando lo contrario era fácil de probar. Finalmente, ante el dilema, el decreto n.841 dispuso que las tuberculosis de origen traumático (pulmonares y articulares) tenían que ser debidamente comprobadas.

En 1946, el médico Jorge Vergara (1946b) publicó un estudio crítico del “Decreto n.841 sobre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo”. La novedad de la ley 6ª de 1945 fue sobre todo la síntesis coherente de la enorme y dispersa legislación social del periodo 1914-1945 y la definición de las enfermedades profesionales como “todo estado patológico que sobreviniere como consecuencia obligada del tipo de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos”.

El aspecto más interesante del estudio de Vergara (1946b, p.293) es la relación que establece entre silicosis y TBC:

Es un hecho indudable que la silicosis o antracosilicosis predispone a la tuberculosis como lo han demostrado los hechos clínicos y experimentales. Algunas legislaciones (North Caroline) no sólo no la toman como agravante sino que reducen a 1/6 la indemnización cuando se presenta. Aquí surge el problema de silicotuberculosis o tuberculosilicosis es decir, la diferenciación de cuál fue la enfermedad inicial. Fuera de las dificultades prácticas de diagnóstico, los trabajos de Gardner han demostrado que la silicosis aún en su primer estado predispone a la reactivación de la tuberculosis.

Vergara (1946b, p.293), como experto en medicina del trabajo, consideró acertada la decisión de incluir la TBC en el grupo de las enfermedades profesionales. Más allá de los peritajes y certificados médicos, criticó las técnicas diagnósticas, reclamó un retorno a la observación clínica, combinada con las pruebas diagnósticas y propuso una lectura compleja de cada caso según la anamnesis y la historia del paciente. En sus argumentos evocó publicaciones y estadística industrial de Inglaterra, EEUU y Australia para mostrar la frecuencia con que la silicosis y la TBC aparecen asociadas en la minería. Señaló cuál debía ser la función del médico frente a la usura del cuerpo del trabajador en casos de ambigüedad: “En caso de duda y apoyado el perito principalmente en la historia profesional, debe decidirse en favor del obrero. La ley le da el beneficio de duda en muchos países, en muchos casos con justicia, con injusticia en otros”.

Pero ese llamado a la justicia social tiene algo de demagógico, porque es muy probable que él supiera que la falta de consenso favorecía siempre al empresario. De hecho, el decreto n.841 es ejemplar al respecto, al enfatizar en que únicamente serían “presumidas” como profesionales las enfermedades contempladas en la tabla “mientras el patrono no desvanezca tal presunción”. Y agregaba: “las demás entidades patológicas de origen profesional se presumirán enfermedades no profesionales, mientras el trabajador no demuestre que concurren las condiciones previstas en la ley para que se las tenga como profesionales”.

Por otro lado, investigaciones históricas muestran que en países donde no existían pesquisas concretas sobre la frecuencia con que una enfermedad afectaba a los trabajadores de un sector industrial, el empresario era negligente y se resistía con facilidad y regularidad a la presión de los trabajadores y de las agencias gubernamentales (Hardy-Hémery, 2009; Hatzfeld, 2009; Omnès, 2009; Rosental, Devink, 2007; Rosner, Markowitz, 2007, 2009).

Consideraciones finales

En la campaña antituberculosa colombiana, la importación de conocimientos y de modelos discutidos durante la primera mitad del siglo XX en instituciones transnacionales jugó un papel determinante. Sería prematuro hacer una comparación entre las campañas antituberculosas de diversos países latino-americanos, pero es seguro que las de Argentina y Brasil comenzaron antes que la de Colombia (Oficina..., 1930). Como se lo puede constatar igualmente en la participación muy activa de estos dos países en los congresos panamericanos de la tuberculosis, organizados desde 1927,¹⁴ pero también en la disminución de las tasas de mortalidad por tuberculosis en Argentina gracias, entre otros factores, a las

medidas de control impuestas para luchar contra esta enfermedad. Es cierto que también los médicos colombianos intentaron construir su propia fisiología, que no estuvieron por fuera de los debates internacionales, sanitarios y científicos, acerca del control de la TBC. Ellos disponían del saber de la época necesario para luchar contra esta enfermedad. Sin embargo, la ejecución de los programas de control se reveló más difícil de lo que ellos mismos esperaban. El hecho de que el presupuesto nacional para la higiene y la asistencia pública hubiera estado consagrado, durante décadas, principalmente a la segregación de pacientes de lepra, impidió la puesta en práctica de medidas efectivas tanto conocidas en el mundo para el control de la TBC. Si desde 1930 algunos médicos colombianos propusieron el desmonte de esa política y el tratamiento de los leprosos en hospitales, lo que hubiera aliviado el presupuesto de la higiene, la situación no cambió rápidamente, lo que afectaría la ejecución de las políticas de salud del país.

En la literatura médica colombiana sobre tuberculosis, de la primera mitad del siglo XX, hubo un abuso de las cifras para causar alarma en los poderes públicos, los cuales se mostraron incapaces de actuar en el control de varios problemas que comprometían la salud colectiva. Mediante el uso retórico de las cifras de morbilidad y de mortalidad por tuberculosis, algunos médicos intentaron promover la vacunación mediante BCG, dirigida sobre todo a la población infantil. En cuanto a los adultos, la estrategia se basó más que todo en la protección permanente del trabajador tuberculoso. Ambas estrategias estaban soportadas por el argumento de la racionalidad económica que se imponía por todas partes y que frente a las condiciones materiales y financieras del país no podía ser más conveniente para Colombia.

Aunque, en general, el aparato estadístico estatal colombiano de la primera mitad del siglo XX haya sido precario e insuficiente en su acción y en sus resultados, la cuestión estadística estaba en el centro de varios debates médicos y jurídicos acerca de la tuberculosis como enfermedad social y como enfermedad profesional, e incluso aportó argumentos a la primera formulación del seguro social obligatorio.

En la década de 1930, las estadísticas, especialmente las del mundo del trabajo, adquieren una relevancia sin precedentes en el ámbito económico. Más que servir de base para la acción social, las estadísticas extranjeras, a falta de propias, sirvieron a los médicos colombianos para argumentar en favor del establecimiento del seguro social de enfermedad y del reconocimiento médico y jurídico de las enfermedades profesionales.

Los debates acerca de la TBC como enfermedad profesional muestran que el saber médico sobre la TBC en Colombia se mantenía muy actualizado con respecto a las discusiones internacionales, especialmente en los aspectos jurídicos. En cuanto a las cuestiones médicas y clínicas debatidas, la casuística, las controversias y los dictámenes de los distintos peritajes colombianos coinciden en el tiempo y en los contenidos con los del mundo anglosajón y europeo.

No es posible ahondar aquí en el análisis de las razones por las cuales una determinada investigación o estadística adquiere validez a la hora de reconocer una enfermedad profesional. Pero cabe preguntar por qué, si la experiencia médica y la retórica de la cifra apuntaban desde los años 1920 a que la TBC fuera considerada algo más que una enfermedad de la pobreza en los obreros urbanos, al final, aparte del personal médico y paramédico, fueron los mineros los únicos trabajadores favorecidos con el cambio de estatuto de la TBC,

siendo que estos sectores no formaban el grueso del proletariado en Colombia y no eran los únicos afectados por esa infección.¹⁵

Finalmente, cabe preguntarse, a pesar de la distancia temporal, si justamente sobre la base de ese tipo de incertidumbre o ausencia de investigaciones y estadísticas nacionales se mantiene en la actualidad, con autorización legal (ley 436 de 1998 y resolución 7 de 2011), la explotación de amianto en Colombia, a pesar de que investigaciones de la OIT reconocen su nivel cancerígeno (El asbesto..., 20 jul. 2013), y de que investigaciones científicas de Francia y EEUU muestran que no existe umbral de riesgo posible para la explotación y manipulación de esta sustancia (Hardy-Hémery, 2009). Los defensores de la explotación de amianto en Colombia afirman que existen niveles permisibles para trabajar con crisotilo o asbesto blanco y que en Colombia no hay riesgo en el tamaño de las partículas del mineral (Duque, 29 jun. 2006).

NOTAS

¹ La legislación sobre enfermedades de declaración obligatoria fue adoptada en Colombia en 1922 y fue reglamentada en 1928: “Decreto n.580 de 29 de marzo de 1928, por el cual se reglamenta la declaración de las enfermedades contagiosas. De acuerdo a lo ordenado por el artículo 1° de la Ley 99 de 1922 es obligatorio el denuncia o declaración de las siguientes enfermedades: cólera asiático y cólera nostras, fiebre amarilla, peste bubónica, tifo exantemático, fiebre tifoidea y paratifoidea, viruela, difteria, escarlatina, disenterías bacilar y amebiana, tuberculosis, meningitis cerebro-espinal epidémica, es también obligatoria la declaración de la lepra según las disposiciones que rigen para tal declaración”.

² Esta estrategia, puesta en práctica en Argentina desde hacía cuatro años, y propuesta por su delegado, permitía a los enfermos de tuberculosis, trabajadores de correos y de la educación, recibir atención médica, extensible a sus familias (Pan American..., 1921, p.41).

³ Sobre qué se entiende por “enfermedad social” y “enfermedad profesional”, ver las secciones “Tuberculosis ¿enfermedad social o enfermedad del trabajo?” y “Tuberculosis, ¿enfermedad profesional?” del artículo.

⁴ Las cifras oficiales para 1936 reportan tasas respectivas de 228 y 739 para las ciudades ecuatorianas de Quito y Guayaquil, mientras que para Caracas fue de 339 (Oficina..., 1940).

⁵ Este acuerdo ordenaba que todos los alcaldes y jefes de policía debían enviar al director departamental de higiene las estadísticas de muertes de cada comuna o jurisdicción. En los lugares donde había médico, los decesos debían ser clasificados según causas de muerte. Los responsables de los hospitales, hospicios, sanatorios, dispensarios, los médicos de las prisiones y cuarteles debían enviar mensualmente sus datos según la nomenclatura de Bertillon. La información recogida por los directores departamentales de higiene debía ser enviada cada tres meses a la Junta Central de Higiene.

⁶ Ver: resolución 90 de 1920 sobre estadística sanitaria; ley 15 de 1925; y los artículos 6 y 7 sobre formación de la estadística nosológica del decreto 580 de 29 de marzo de 1928 (García, 1932).

⁷ En 1918, el número oficial de decesos por gripe fue 6.117 para el conjunto del territorio nacional. En ese mismo año, los decesos del departamento de Boyacá no fueron publicados con causa específica (Colombia, 1924, p.100).

⁸ Estudios recientes sobre la tasa de mortalidad por tuberculosis de la primera mitad del siglo XX en Argentina muestran, a partir de los años 1920, una reducción lenta pero más o menos constante de esa tasa: 140 por cien mil habitantes en 1921; 70, en 1949. Esta reducción se explica, entre otros factores, por los efectos benéficos de la campaña antituberculosa y por el establecimiento de instituciones especializadas en el tratamiento de las personas tuberculosas en diversas regiones de país (no solamente en Buenos Aires), (Herrero, Carbonetti, 2013). En un contexto más amplio, y según estos autores, la tuberculosis fue una de las principales causas de muerte en Argentina en el momento de la transición epidemiológica, es decir cuando la presencia de las principales enfermedades epidémicas comenzó a languidecer (Carbonetti, mayo 2012, p.38). El caso de Colombia es diferente, pues entre 1915 y 1949, no hubo una tendencia notable hacia la reducción de la tasa de mortalidad general.

⁹ La asociación de esas tres enfermedades sociales era tal que, en las tres primeras décadas del siglo, difícilmente se encuentra un artículo o tesis en que al describir las consecuencias del alcoholismo no se asocian la tuberculosis y sífilis. Esta forma de percibir la tuberculosis no fue exclusiva de Colombia. En Francia, la idea de que la tuberculosis se adquiere en la barra de bar fue común durante la segunda mitad del siglo XIX (Vigarello, 2006, p.287), mientras que en torno a los años 1920 se consideraban los males sociales como factores detonantes de la enfermedad y, en el caso de los mineros, alcoholismo y sífilis eran caminos hacia la tuberculosis (Devink, Rosental, 2009, p.109). En España, se atribuía como causas de las tuberculosis al alcoholismo, inmoralidad, ignorancia, promiscuidad sexual y onanismo, junto a alimentación deficiente, largas jornadas de trabajo y viviendas insalubres (Molero-Mesa, 2001). En México, la triada causante de la degeneración de la raza fue combatida promoviendo los hábitos de limpieza, la sobriedad y la temperancia, pues se consideraban la promiscuidad, la falta de higiene, “la miseria física y moral” como causas del 80% al 90% de las víctimas (Carrillo, 2005, 2012). En Chile, el alcoholismo era considerado un agravante de la TBC al igual que la deficiente alimentación, la fatiga y la insalubridad de los establecimientos industriales (Ruiz-Tagle, ene.-abr. 2012). En Argentina, siempre que los médicos de inclinación socialista, los dirigentes sindicales y los periodistas discutían cuestiones como la jornada laboral, el trabajo nocturno, la fatiga, la higiene y los ritmos de producción, aparecía la asociación directa o indirecta con la TBC (Armus, 2000, p.108-109), pero las pasiones mundanas, la degradación, el consumo de alcohol, el uso inadecuado del tiempo libre y, en general, los “excesos de toda naturaleza” también eran parte central del debate en los anarquistas y en los conservadores (Armus, 2007). En Brasil, alcoholismo, prostitución, abandono infantil, habitaciones insalubres, miseria, fatiga aparecen en el centro del debate acerca de las causas de la tuberculosis entre médicos e industriales (Bertolli Filho, 2001; Almeida, 2004; Horta Lima, 2005).

¹⁰ Investigaciones como las de Carlos E. Noguera (2003) y de Jana Congote (2007) muestran cierta sensibilidad médica frente a las condiciones de trabajo y a la relación de éstas con la enfermedad. Los médicos analizados por estos autores permiten constatar el interés de la medicina social por la clase obrera, pero está lejos de una sensibilidad concreta frente al mundo del trabajo. Al respecto, son elocuentes los casos de médicos como Emiliano Henao en el Ferrocarril de Antioquia (Restrepo, 2004) o Miguel María Calle en la Empresa Minera El Zancudo (Gallo, 2010, 2012) que muestran una faceta diferenciada y realmente comprometida con la salud de los trabajadores al actuar y escribir como médicos de terreno.

¹¹ Rojas no es explícito acerca de lo que entiende con la expresión “clase proletaria”, pero de las fuentes consultadas se infiere que los sintagmas clase proletaria, clase obrera, trabajadores hacen referencia a lo que el historiador Mauricio Archila (1991, p.17) define como obreros: “trabajadores del campo o de la ciudad que laboran directamente los medios de producción y que dependen básicamente de un salario para reproducirse. En esta definición caben desde los asalariados de los talleres artesanales – históricamente los primeros en ser designados como obreros – hasta los jornales agrícolas pasando por los trabajadores manufactureros, los de los medios de transporte y de la minería. El énfasis en lo productivo deja de lado a otros sectores asalariados tales como empleados de “cuello blanco”, profesionales, educadores y mandos medios de las empresas”.

¹² La estadística laboral en Colombia era bastante precaria y permaneció así hasta los años 1950. En ciudades como Medellín, la Junta Departamental de Estadística, Catastro y Trabajo y posteriormente la Oficina de Inspección de Fábricas (creada en 1918, única de carácter nacional hasta 1923) fueron las encargadas de realizar los censos obreros a través de visitas a la industria realizadas con cierta regularidad. En el ámbito nacional, desde su creación en 1923, la Oficina General del Trabajo estuvo encargada de investigar los problemas generales y locales de la relación laboral, de llevar estadísticas en función de la organización del trabajo y de regular los nexos entre obreros y patronos. Varias reformas fueron realizadas para centralizar y ordenar las estadísticas laborales en Colombia, pero como en el caso de las estadísticas vitales, las dificultades provenían de la imprevisión del legislador que creó dependencias sin personal suficiente y agencias estatales con muchos atributos. No existe en la historiografía colombiana ningún trabajo acerca de la estadística laboral en Colombia.

¹³ Además de la tuberculosis se reconocieron: carbón, actinomycosis, antracosis, silicosis, tétanos, siderosis, tabacosis, dermatosis, otras dermatosis, oftalmía eléctrica, oftalmías producidas, esclerosis del oído medio, intoxicaciones (amoníaco, ácido fluorhídrico, vapores clorosos, anhídrido sulfuroso, óxido de carbono, arsénico, plomo, mercurio, vapores nitrosos, sulfuro de carbono, ácido cianhídrico, carburos de hidrógeno, cromitos y bicromatos alcalinos, fósforo, alquitrán), enfermedades y lesiones producidas por los rayos X y las sustancias radioactivas, traumatismos, higroma de la rodilla, calambres profesionales.

¹⁴ Colombia envió por primera vez un delegado a estas reuniones científicas transnacionales sobre tuberculosis al Quinto Congreso, realizado en octubre de 1940 en Buenos Aires, Argentina (Secretaría..., 1943, p.330-331).

¹⁵ En 1918 la población económicamente activa en Colombia era de 3.466.481, el 62,3% de la población total. El 31,8% se dedicaba a actividades agrícolas, pecuarias, de caza o pesca; 0,7% a la industria extractiva;

14,6% a la manufacturera y fabril; 4,2% a los servicios de transporte; 1,1% a las actividades liberales; 30,2% a los oficios domésticos; 1,1% era de empleados públicos y 16,6% de empleados indeterminados. En 1938, la PEA era de 4.313.206, el 51,2% de la población total. El 73,8% se dedicaba a la agricultura, ganadería, caza y pesca; 1,3% a las actividades extractivas; 11,9% a las industrias manufactureras y de transformación; 8,5% a los servicios; 0,4% a las actividades liberales (Vega, 2002, p.64). En 1943, el PEA era de 4.475.483, el 73,5% eran agricultores, 11,7% trabajaban en la industria, 5,0% servicios, 3,5% comercio, 0,4% en actividades extractivas (incluyendo petróleo), 4,7% se dedicaba a otras actividades (Herrnstadt, 1943, p.427).

REFERENCIAS

- ACOSTA, Antonio; LEYVA, José.
La lucha antituberculosa en Colombia. *Heraldo Médico*, v.6, n.100, p.22-45. 1948.
- ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá.
As parcelas (in)visíveis da saúde do anônimo trabalhador: uma contribuição à história da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950). 2004. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia/Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2004.
- ANM.
Academia Nacional de Medicina. Acta de la sesión del día 20 de septiembre de 1899. *Revista Médica de Bogotá*, n.245, p.425. 1899.
- ARANGO, Agustín.
La medicina del trabajo. *Heraldo Médico*, v.5, n.85-86, p.16-20. 1946.
- ARANGO, Agustín.
¿Puede considerarse la tuberculosis como una enfermedad profesional? *Colombia Médica*, v.1, n.4, p.148-149. 1939.
- ARBOLEDA, H.
Circular sobre la adopción del sistema de Bertillon. *Diario Oficial Colombia*, p.745, 18 jul. 1899.
- ARCHILA, Mauricio.
Cultura e identidad obrera Colombia 1910-1945. Santa Fe de Bogotá: Cinep. 1991.
- ARMUS, Diego.
La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa. 2007.
- ARMUS, Diego.
El viaje al centro: tísicas, costureras y milonguitas en Buenos Aires, 1910-1940. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana*, n.22, p.101-124. 2000.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio.
História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
- CALDERÓN, Joaquín.
Estudio medico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo. Tesis (Medicina) – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1929.
- CARBONETTI, Adrián.
Historia epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina, 1914-1947. *Revista Estudios*, n.especial Historia de la tuberculosis en América Latina, p.37-52. mayo 2012.
- CARRILLO, Ana María.
Los modernos Minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México. *Revista Estudios*, n.especial Historia de la tuberculosis en América Latina, p.85-101. mayo 2012.
- CARRILLO, Ana María.
Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. *Dynamis*, v.25, n.0, p.145-178. 2005.
- CASTAÑEDA, Gabriel.
Estadística Nacional [Informe sobre la conveniencia de adoptar el sistema de Bertillon]. *Diario Oficial Colombia*, p.793. 28 jul. 1899.
- COLOMBIA.
Dirección Nacional de Estadística. *Anuario General de Estadística 1949*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1952.
- COLOMBIA.
Contraloría General de República. Dirección Nacional de Estadística. *Anuario General de Estadística 1946*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1949.
- COLOMBIA.
Ministerio del Trabajo. Nueva tabla de valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. *Colombia Médica*, v.5, n.6, p.196-200. 1946.
- COLOMBIA.
Contraloría General de República. Dirección Nacional de Estadística. *Anuario General de Estadística 1945*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1946.
- COLOMBIA.
Contraloría General de República. Dirección Nacional de Estadística. *Anuario General de Estadística 1941*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1942.
- COLOMBIA.
Contraloría General de República. Dirección Nacional de Estadística. *Anuario General de Estadística 1939*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1940.

- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario de Estadística General 1936*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1937.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario de Estadística General 1933*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1935.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario de Estadística General 1931*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1934.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario de Estadística General 1930*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1932.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario de Estadística General 1929*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1931.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario General de Colombia 1928*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1930.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario Estadístico de Colombia 1927*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1929.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario Estadístico de Colombia 1924*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1927.
- COLOMBIA.
Departamento de Contraloría. *Anuario General de Estadística 1918-1922*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1924.
- COLOMBIA.
Dirección General de Estadística. *Anuario estadístico 1915*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1917.
- CONGOTE, Jana Catalina.
Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín, 1900-1930. Tesis (Historia) – Universidad de Antioquia, Medellín. 2007.
- DALE, Pamela; GREENLEES, Janet; MELLING, Joseph.
The kiss of death or a flight of fancy? Workers' health and the campaign to regulate shuttle kissing in the British cotton industry, c.1900-1952. *Social History*, v.32, n.1, p.54-75. 2007.
- DARMON, Pierre.
La Grande Guerre des soldats tuberculeux. *Annales de Démographie Historique*, v.103, n.1, p.35-50. 2002.
- DEPNH.
Departamento Nacional de Higiene. Reglamento de la Primera Conferencia Nacional de la Tuberculosis en Colombia. *Boletín Clínico*, v.5, n.41, p.238-239. 1938.
- DEVINK, Jean-Claude; ROSENTAL, Paul-André.
Une maladie sociale avec des aspects médicaux: la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, v.56, n.1, p.99-126. 2009.
- DORMANDY, Thomas.
The white death: a history of tuberculosis. New York: New York University Press. 1999.
- DUQUE, Mario.
La asbestosis: entre incrédulos y creyentes. *El Colombiano*, Medellín, Banco de conocimiento, p.5D. 29 jun. 2006.
- EL ASBESTO...
El asbesto, amenaza o bendición? *Semana*, 20 jul. 2013. Disponible en: <<http://www.semana.com/nacion/articulo/el-asbesto-amenaza-bendicion/351382-3>>. Acceso: 8 ago. 2013. 20 jul. 2013.
- GALLO, Oscar.
Modelos de assistência médico-social para os trabalhadores na colômbia, o caso da empresa minera El Zancudo, 1865-1948. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, v.34, n.2, p.122-135. 2012.
- GALLO, Oscar.
Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña: el caso de la empresa minera El Zancudo 1865-1950. Tesis (Maestría en Historia) – Universidad Nacional de Colombia, Medellín. 2010.
- GALLO, Óscar; MÁRQUEZ, Jorge.
La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950. *Historia Crítica*, n.45, p.114-143. 2011.
- GARCÍA, José.
Caja de Seguro Obligatorio en Chile. *Boletín del Departamento del Trabajo*, n.79, p.300-336. abr. 1940.
- GARCÍA, Pablo.
Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia. v.1 y 2. Bogotá: Imprenta Nacional. 1932.
- GREENLEES, Janet.
Stop kissing and steaming! Tuberculosis and the occupational health movement in the Massachusetts and Lancashire cotton weaving industries, 1870-1918. *Urban History*, v.32, n.2, p.223-246. 2005.

- HARDY-HÉMERY, Odette.
Éternit et les dangers de l'amiente-ciment, 1922-2006. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, v.56, p.197-226. 2009.
- HATZFELD, Nicolas.
Les malades du travail face au déni administratif: la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, v.56, p.177-196. 2009.
- HERRERO, María Belén; CARBONETTI, Adrián.
La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.20, n.2, p.521-536. 2013.
- HERRNSTADT, Ernesto.
The problem of social security in Colombia. *International Labour Review*, v.47, n.1, p.426-449. 1943.
- HORTA LIMA, Marcos Alberto.
Legislação e trabalho em controvérsias historiográficas: o projeto político dos industriais brasileiros (1919-1930). Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estatal de Campinas. 2005.
- LEYVA, Lisandro et al.
Estudio sobre higiene y asistencia pública hecho por la Academia Nacional de Medicina de Bogotá [...] Tuberculosis. *Revista Médica de Bogotá*, v.44, n.514, p.780-792. 1934.
- LLERAS, Carlos.
La estadística nacional: su organización, sus problemas. Bogotá: Imprenta Nacional. 1938.
- MANRIQUE, Fred et al.
La pandemia de gripe de 1918-1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después. *Infectio*, v.13, n.3, p.182-191. 2009.
- MÁRQUEZ, Jorge.
Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia. *Revista Estudios*, n.especial Historia de la Tuberculosis en América Latina, p.103-118. mayo 2012.
- MÁRQUEZ, Jorge; GALLO, Oscar.
Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia. *Política & Sociedade*, v.10, n.19, p.71-95. 2011.
- MÁRQUEZ, Jorge; GARCÍA, Víctor; DELVALLE, Piedad.
La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio de siglo XIX al XX. *Quipu, Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología*, v.14, n.3, p.331-362. 2012.
- MARTÍNEZ, Abel; GUATIBONZA, Samuel.
Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916. *Colombia Médica*, v.36, n.4, p.244-253. 2005.
- MCIVOR, Arthur.
Germs at work: establishing tuberculosis as an occupational disease in Britain, c.1900-1951. *Social History of Medicine*, v.25, n.4, p.812-829. 2012.
- MOLERO-MESA, Jorge.
¡Dinero para la cruz de la vida! Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. *Historia Social*, v.39, n.39, p.31-48. 2001.
- MORALES, Emilio.
Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo. Tesis (Medicina) – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1937.
- MURARD, Lion; ZILBERMANN, Patrick.
La mission Rockefeller en France et la création du Comité National de Défense contre la Tuberculose (1917-1923). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, n.34-2, p.257-331. 1987.
- NOGUERA, Carlos E.
La lucha antialcohólica en Bogotá: de la chicha a la cerveza. In: Márquez, Jorge; Casas, Álvaro; Estrada, Victoria (Org.). *Higienizar, medicar y gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. Medellín: Universidad Nacional. p.159-182. 2004.
- NOGUERA, Carlos E.
Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia. Medellín: Eafit. 2003.
- OBREGÓN, Diana.
The anti-leprosy campaign in Colombia: the rhetoric of hygiene and science, 1920-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.1, p.179-207. 2003.
- OBREGÓN, Diana.
Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Eafit. 2002.
- OFICINA...
Oficina Sanitaria Panamericana. Demografía de las repúblicas americanas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.19, n.1, p.15-30. 1940.
- OFICINA...
Oficina Sanitaria Panamericana. Crónicas. Tuberculosis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.7, n.9, p.804-858. 1930.
- OMNÈS, Catherine.
De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention: la construction d'un risque acceptable. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, n.56-1, p.61-82. 2009.
- OSPINA, Juan; MARTÍNEZ, Abel; HERRÁN, Oscar.
Impacto de la pandemia de gripe de 1918-1919 sobre el perfil de mortalidad general en Boyacá,

Colombia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.16, n.1, p.53-81. 2009.

PAN AMERICAN...

Pan American Sanitary Conference. *Actas de la sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920*. Washington, D.C.: Unión Panamericana. 1921.

RAJCHENBERG, Enrique.

El tributo al progreso: los costos del tránsito al mundo fabril. *Journal of Iberian and Latin American Research*, v.4, n.1, p.17-36. 1998.

RECOMENDACIONES...

Recomendaciones del I Congreso Médico-Social Panamericano. *Heraldo Médico*, v.5, n.83-84, p.25-28. 1946.

RESTREPO, Libia.

La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia. Medellín: La Carreta. 2004.

ROJAS, Pedro.

Nuestra legislación social frente al tuberculoso. *Heraldo Médico*, v.6, n.1, p.19-20. 1940a.

ROJAS, Pedro.

Nuestra legislación social frente al tuberculoso: seguro social contra la tuberculosis. *Heraldo Médico*, v.7, n.1, p.19. 1940b.

ROJAS, Pedro.

La vacuna contra la tuberculosis por BCG y su necesidad en Colombia. *Revista de Higiene de Bogotá*, n.10, p.4-33. oct. 1939.

ROSENTAL, Paul-André; DEVINK, Jean-Claude.

Statistique et mort industrielle: la fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours. *Vingtième Siècle*, n.95, p.75-91. 2007.

ROSNER, David; MARKOWITZ, Gerald.

L'histoire au prétoire: deux historiens dans les procès des maladies professionnelles et environnementales. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, v.56-1, p.227-253. 2009.

ROSNER, David; MARKOWITZ, Gerald.

Deadly dust: silicosis and the on-going struggle to protect workers' health. Ann Arbor: University of Michigan Press. 2007.

RUIZ-TAGLE, Diana Veneros.

Aspectos médicos, legales y culturales tras el trabajo industrial de obreros y obreras en un contexto de modernización: Chile (1900-1930). *Historia Crítica*, n.46, p.132-153. ene.-abr. 2012.

SECRETARÍA...

Secretaría de Relaciones Exteriores de México. *Conferencias internacionales americanas: primer suplemento, 1938-1942*. México: Dirección General del Acervo Histórico Diplomático de la Secretaría de Relaciones Exteriores. 1943.

SONTAG, Susan.

La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas. Madrid: Taurus. 1996.

STEIN, Oswald.

La implantación del seguro social obligatorio. *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, n.81, p.3-53. mayo 1942.

THOMANN, Bernard.

L'hygiène nationale, la société civile et la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle au Japon (1868-1960). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, v.56-1, p.142-176. 2009.

URIBE, Jorge.

Medicina legal y social: tuberculosis externas y accidentes de trabajo. *Colombia Médica*, v.3, n.4, p.110-113. 1944.

VEGA, Renán.

Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras. v.1. Bogotá: Pensamiento Crítico. 2002.

VERGARA, Jorge.

La asistencia médica en el seguro. *Heraldo Médico*, v.5, n.94, p.10-15. 1946a.

VERGARA, Jorge.

Estudio crítico del Decreto n.841 de 1946 sobre enfermedades profesionales. *Colombia Médica*, v.5, n.9, p.284-297. 1946b.

VIDALES, Luis.

Historia de la estadística en Colombia. Bogotá: Banco de la República. 1978.

VIGARELLO, Georges.

Lo sano y lo malsano. Madrid: Abada. 2006.

