ESTEBAN RODRIGUEZ OCAÑA, Profesor Titular de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada,

CERTIFICA

Que la presente Memoria para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía, titulada "Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)" ha sido realizada por Jorge Molero Mesa bajo su dirección

Granada, 12 de junio de 1989.

HISTORIA SOCIAL DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA (1889-1936)

Memoria que presenta D. Jorge Molero Mesa para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Granada, junio de 1989.

UNIVERSIDAD DE GRANADA

ACTA DEL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

Curso de 19 88 a 19 89 **Folio** 55 **Número** 110

Reunido en el dia de la fecha el Tribunal nombrado para el Grado de Doctor de D. Jorge Molero Mesa, el aspirante leyó un discurso sobre el siguiente tema, que libremente habia elegido: "Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)".

Terminada la lectura y contestadas las objecciones formuladas por los Jueces del Tribunal, este lo calificó de Apto Cum Laude

Granada 4 de julio de 1989.

EL PRESIDENTE,

Fdo.: Guillermo Olagüe de Ros

El Secretario del Tribunal,

Fdo.: Rafael Rodríguez-Cardenas Pelayo

EL VOCAL,

Fdo.: Juan Luis Carrillo Montoro

EL VOCAL,

Fdo.: Miguel Gomez Oliver

EL VOCAL,

Fdo.: Rafael Huertas García-Alejo

FIRMA DEL GRADUANDO.

Dpto de Anat Patológica e Hª de la Ciencia.

a Mamen

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mi más sincero agradecimiento al profesor Esteban Rodríguez Ocaña. El fue quién me inició en el tema, además de brindarme su amistad y magisterio.

A Pepe Valenzuela, quien ha aguantado con estoica paciencia las distintas discusiones que sobre el tema se plantearon, muchas de las ideas recogidas se las debo a él. A Teresa Ortiz y a Rosa María Moreno, cuya inestimable colaboración y apoyo no faltaron en ningún momento. Al Profesor Olagüe, que con su acostumbrada disposición fue un constante estímulo para mi formación.

Soportaron también mis filípicas Alfredo Menéndez, Esther Rosado (a quién le deseo suerte) y Mikel Astrain, a los tres quiero agradecerles su cariño y estímulo permenentes.

Finalmente, al Departamento de Historia de la Medicina por proporcionarme todo tipo de facilidades y darme un ambiente de trabajo agradable.

A Norberto González de Vega, Tisiólogo responsable de la Lucha Antituberculosa en Granada, quien me ofreció su archivo personal, su esplendida biblioteca y su insustituible testimonio.

A mis padres que en cierta forma "becaron" el proyecto.

Mi último agradecimiento va dirigido a Mamen, por haber sufrido paso a paso la gestación de esta Memoria. Sin su constante apoyo y amor no hubiese sido posible nada de esto.

HISTORIA SOCIAL DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA (1889-1936)

Págs

Relación de abreviaturas utilizadas.....i

I. INTRODUCCION.....1

1.1. PLANTEAMIENTO DEL TEMA.....1
1.2. HISTORIOGRAFIA ACTUAL SOBRE LA TUBERCULOSIS.....5
1.3. ESTRUCTURA DE LA MEMORIA.....15

II. TUBERCULOSIS Y SOCIEDAD.....17

2.1. LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDAD SOCIAL EN ESPAÑA.....19

2.1.1. Epidemiología histórica.....19
2.1.2. La tisis en la tradición higiénica decimonónica.....31
2.1.3. Etiología de la tuberculosis: "germen" y "terreno".....40
2.1.4. Factores sociales en la génesis de la tuberculosis.....42

2.1.4.1. Estudios epidemilógicos sobre la tuberculosis.....46
2.1.4.2. Trabajo.....51
2.1.4.3. Vivienda.....57
2.1.4.4. Alimentación.....64
2.1.4.5. Otros factores: alcoholismo, ignorancia e inmoralidad.....72

2.2 PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS.....79

2.2.1. Profilaxis higiénica decimonónica.....79
2.2.2. Medios indirectos de profilaxis tuberculosa....81

2.2.2.1. El primer comedor para tuberculosos pobres.....85
2.2.2.2. Obras de protección a la infancia.....85
2.2.2.3. Campaña obrera en contra del impuesto de consumos (1904-1911).....89

2.2.2.3.1. Informe de Espina y Capó (1906)..93

2.3. LUCHA CONTRA LA INFECCION.....98

2.3.1. El bacilo de Koch y la introducción de las medidas directas.....98
2.3.2. Circular de la DGS en octubre de 1901.....104
2.3.3. Declaración obligatoria, desinfección, y aislamiento forzoso.....107
2.3.4. Control de la leche y de la carne.....119

2.4. FUNDAMENTOS DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA.....128

2.4.1. Factores demográficos y económicos.....128

2.4.1.1. El cuadro de exenciones del ejército....131
2.4.1.2. El precio de un obrero-máquina.....135

2.4.2. Factores Raciales.....140

2.4.2.1. La heredabilidad de la tuberculosis.....140
2.4.2.2. Malo de Poveda y La Medicina Social Española.....147

2.4.3. Factores Políticos e ideológicos.....152

2.4.3.1. Los obreros y la Higiene.....152

2.4.3.1.1. El Socialista y la "Fiesta de la Flor" (1913-1914).....152
2.4.3.1.2. El fracaso de la caridad: Queraltó y el PCLA.....156

2.4.3.2. Previsión social y prevención de la tuberculosis: acción medicosocial reformista.....162

2.4.3.2.1. Lucha antituberculosa como respuesta.....163
2.4.3.2.2. Discurso antituberculoso y prevención.....171

2.4.3.2.3. Satisfacción de las necesidades creadas.....176

III. ORGANIZACION DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA.....179

3.1. INICIOS DE LA CAMPAÑA ANTITUBERCULOSA.....182

3.1.1. Propuesta de Antonio Espina y Capó (1889).....182
3.1.2. Convocatoria de Luis Comenge y Ferrer (1892)...184
3.1.3. Campañas de Francisco Moliner y Nicolás (1899).188

3.1.3.1. Primera campaña: el céntimo diario..190
3.1.3.2. El Sanatorio de Porta-Coeli.....192
3.1.3.3. Segunda campaña: Ley protectora a los Tísicos pobres.....194
3.1.3.4. La Liga Nacional contra la Tuberculosis y de socorro a los tísicos pobres.....201

3.1.4. Verdes Montenegro y el primer dispensario (1901).....205
3.1.5. Conferencias de Carlos de Vicente (1902).....207
3.1.6. Liga de Málaga contra la Tuberculosis (1903)...208
3.1.7. Zaragoza. Obra de Defensa contra la Tuberculosis (1904).....209
3.1.8. Liga Antituberculosa de Menorca (1904).....211
3.1.9. Academia de Higiene de Cataluña (1903).....212

3.1.9.1. Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis (1904).....215

3.1.10. La Asociación Antituberculosa Española (1903)....219

3.1.10.1. La Junta Central de Defensa contra la Tisis.....228

3.2. ORGANIZACION OFICIAL DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA A PARTIR DE 1906.....229

3.2.1. La Comisión Permanente de Lucha contra la Tuberculosis.....229

3.2.1.1. Composición.....230
3.2.1.2. Funcionamiento.....233
3.2.1.3. Dinámica: peticiones y logros.....242
3.2.1.4. Juntas Provinciales.....244
3.2.1.5. Juntas Locales.....251

3.2.2. El Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas.....251

3.2.2.1. Composición.....254
3.2.2.2. Labor de los Reales Patronatos.....260

3.2.3. Primeras quejas profesionales. La Liga Popular contra la Tuberculosis.....265

3.2.4. Organizaciones específicamente femeninas en la lucha antituberculosa.....270

3.2.4.1. La Federación Femenina contra la Tuberculosis.....270
3.2.4.2. El Comité Femenino de Higiene Popular...274
3.2.4.3. El Ropero de Santa Rita.....276

3.3. CRISIS SANITARIA PROBLEMAS PRESUPUESTARIOS Y AGITACION MEDICA. FALLIDOS INTENTOS DE REFORMA, 1919-1923..277

3.3.1. Epidemia de gripe y crisis sanitaria: el decreto Gimeno.....277
3.3.2. El Plan Antituberculoso de Malo de Poveda.....282
3.3.3. El intento de Martín Salazar.....290
3.3.4. Proyecto de Ley de Profilaxis Pública de Enfermedades evitables.....294
3.3.5. Servei d'Assistencia Social dels Tuberculosos de Catalunya.....296
3.3.6. El "Caso Blanco" y el desencadenamiento de la crisis organizativa.....299

3.4. LA RESPUESTA DE LA DICTADURA. EL REAL PATRONATO DE LUCHA ANTITUBERCULOSA DE ESPAÑA, 1923-1931.....303

3.4.1. La reorganización de la Lucha Antituberculosa.....303
3.4.2. La Conferencia de Médicos de Lucha Antituberculosa.....308
3.4.3. La Conferencia de Fuenfría.....318
3.4.4. Reestructuración del Real Patronato de Lucha Antituberculosa.....326
3.4.5. La Asociación de Médicos Especializados del Real Patronato.....334
3.4.6. El Cuerpo de Médicos del Real Patronato.....340

3.5. ESTATALIZACION DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA BAJO LA SEGUNDA REPUBLICA.....341

3.5.1. Segunda Asamblea Antituberculosa Médico-Social.345
3.5.2. Pugna de los médicos destituidos con el Estado.351

3.5.2.1. Revisión de expedientes.....359
3.5.2.2. Reglamento de los médicos de Lucha antituberculosa.....362
3.5.2.3. Fallo de los tribunales y enfrentamiento entre tisiólogos.....364
3.5.2.4. Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa del Estado.....368

3.5.2.5. Problemática en Provincias.....369
3.5.2.6. El último reglamento antes de la Guerra Civil.....374

3.5.3. Organización de la lucha antituberculosa del Estado.....375

3.5.3.1. El Comité Ejecutivo Nacional de Lucha Antituberculosa.....376
3.5.3.2. El Primer Congreso Nacional de Sanidad.....381
3.5.3.3. Verdes Montenegro y el desarrollo legislativo de la lucha.....388
3.5.3.4. La Junta para la Organización de la Lucha.....392
3.5.3.5. Reestructuración de la Lucha Antituberculosa.....394
3.5.3.6. El Comité Central de Lucha Antituberculosa.....398

IV. PRACTICA DE LA LUCHA: LA UNIDAD ANTITUBERCULOSA.....401

4.1. PROPAGANDA SOCIAL.....404
4.2. DISPENSARIOS.....408

4.2.1. Organigrama.....412
4.2.2. Evolución y número.....415
4.2.3. Funcionamiento.....422
4.2.4. Vacunación antituberculosa.....424
4.2.5. Las Juntas de Patronato y la asistencia benéfica del Dispensario.....429
4.2.6. La visita domiciliaria y la Enfermera Visitadora.....432
4.2.7. El tuberculoso pobre y las consultas gratuitas.....435

4.3. SANATORIOS PARA ADULTOS.....439

4.3.1. Ubicación.....444
4.3.2. Organigrama.....446
4.3.3. Funcionamiento.....447

4.4. SANATORIOS MARITIMOS.....452
4.5. PREVENTORIOS.....455
4.6. OBRA DE COLOCACION FAMILIAR.....457
4.7. HOSPITALES.....459
4.8. LAS LISTAS DE ESPERA Y EL NUMERO DE CAMAS.....463

V. BIBLIOGRAFIA.....471

5.1 FUENTES.....473

5.1.1. Manuscritas y orales.....473
5.1.2. Impresas.....473

5.2. Literatura secundaria.....516

VI. CONCLUSIONES.....529

RELACION DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

AAE: Asociación Antituberculosa Española.
AHC: Academia de Higiene de Cataluña.
ANMLA: Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa.
BCG: Bacilo de Calmette y Guerin.
CCLA: Comité Central de Lucha Antituberculosa.
CENLA: Comité Ejecutivo Nacional de Lucha Antituberculosa.
CFHP: Comité Femenino de Higiene Popular.
CNS: Consejo Nacional de Sanidad.
CMLAE: Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa del Estado.
CPLT: Comisión Permanente de Lucha contra la Tuberculosis.
DGS: Dirección General de Sanidad.
FFT: Federación Femenina contra la Tuberculosis.
IPS: Inspector provincial de Sanidad.
JCDT: Junta Central de Defensa contra la Tisis.
LAM: Liga Antituberculosa de Menorca.
LMT: Liga de Málaga contra la Tuberculosis.
LNTSTP: Liga Nacional contra la Tuberculosis y de Socorro a los Tísicos Pobres.
LPT: Liga Popular contra la Tuberculosis.
ODT: Obra de Defensa contra la Tuberculosis.
PCLA: Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis.
PNA: Patronato Nacional Antituberculoso.
RPCDIA: Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas.
RPLAE: Real Patronato de Lucha Antituberculosa de España.
SASTC: Servei d'Assistencia Social dels Tuberculosos de Catalunya.

"El problema tuberculoso es tan importante, que bien se le podía llamar el problema social por excelencia. Su naturaleza y desarrollo, sus raices y consecuencias, suponen, como su origen, un desorden profundo de la vitalidad colectiva. Es la más grande enfermedad social; tercia a la clase obrera; abate de preferencia al brazo más productivo, la juventud; arruina con gastos y tristezas el capital de la riqueza humana; carcome y degenera la raza. ¿A qué continuar descubriendo con la ayuda de verdades tan inconcusas las amarguras de semejante cuadro de desolación?".

José Chabás, 1905.

I. INTRODUCCION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL TEMA.

El objeto de esta Memoria es el estudio de la historia social de la tuberculosis en España en el periodo comprendido entre los años 1889 y 1936.

La tuberculosis fue la enfermedad de mayor prevalencia en España en todo el periodo estudiado. Su contribución a la mortalidad general se mantuvo entre un 7.2 por ciento en 1901 y un 7.3 en 1930[1]. Los datos de mortalidad oficiales a comienzos de siglo indicaban cerca de 30.000 fallecimientos en toda España por dicha causa, mientras que los diversos autores elevaron esta cifra hasta 50 ó 70.000. La morbilidad es imposible de conocer dado la inexistencia de fuentes que pudieran indicarnosla. No obstante, los autores de la época estimaron en diez el número de enfermos por cada feilecido lo que representaba una cifra de unos 500.000 tuberculosos.

Junto a la alta frecuencia, debemos añadir la selectividad de esta enfermedad, por atacar al brazo productivo de la sociedad. El 80 por ciento de los casos recaía en obreros, y con una frecuencia máxima en edades entre los quince y los treinta y cinco años, cuando la esperanza de vida no alcanzaba los 42 años.

Ninguna otra enfermedad mostró más claramente la desigualdad existente entre las distintas clases sociales. Su origen, dependiente directamente de la propia organización de la comunidad, no era desconocido para las clases dominantes. Los diversos estudios que los médicos higienistas realizaron en este

---

[1] ZURITA GONZALEZ-VIDARTE (1986) p. 51.

periodo, nos muestran una enfermedad directamente relacionada con las condiciones de vida: alimentación, trabajo y vivienda fundamentalmente. También los obreros fueron conscientes de este origen social, no sólo de la tuberculosis, y entre sus metas incorporaron el acabar con ellas a través de la destrucción del sistema capitalista y la construcción de una sociedad más justa, donde las causas generadoras de la enfermedad estuviesen suprimidas.

La tuberculosis fue endémica a lo largo del siglo XIX, en una proporción mayor que en el siglo XX y sin embargo es a comienzos de este siglo cuando se comienza en todo el mundo occidental la campaña antifímica. Efectivamente, como ha señalado BRYDER (1988), el detonante fue el descubrimiento del bacilo de Koch, pero no explica satisfactoriamente el amplio desarrollo que llegó a alcanzar. Para nosotros es más interesante dilucidar los porqués del inicio de una campaña contagionista, basada en la modificación de los hábitos que favorecían la transmisión de la enfermedad, más que obsesionarnos en el tema de la "eficacia" de la lucha en el descenso de las tasas de mortalidad por esta enfermedad.

En este sentido podemos anotar, basándonos en los argumentos mantenidos por RODRIGUEZ OCAÑA (1985_b) para interpretar el origen de la lucha contra la mortalidad infantil, tres factores fundamentales para explicar este despliegue organizativo de la campaña antituberculosa en el primer tercio del siglo XX: el economicista, en el sentido de valorar como pérdida monetaria la vida del trabajador; el nacionalista, haciendo referencia a que una población sana y numerosa implicaba una "eficacia nacional"; y, finalmente, el evitar a través de esta campaña que la enfermedad "degenerara" la raza. Además intentaremos desarrollar que, a través de la campaña antifímica como instrumento de acción

social, se vehiculizó hacia los trabajadores una manera especial de entender la vida a través de la salud.

El tipo de acercamiento global que hemos realizado ha venido condicionado por las características de las fuentes existentes. La ausencia de archivos contemporáneos a nivel central, en parte motivado por el origen privado de la organización antituberculosa, hace que toda nuestra materia prima sean, fundamentalmente, fuentes impresas: monografías, revistas profesionales, actas de congresos y folletos emitidos por organismos oficiales, así como La Gaceta de Madrid en el orden legislativo.

Las monografías donde los médicos plasmaron el resultado de sus investigaciones médico-sociales, resultan imprescindibles a la hora de acercarnos a la forma en que ellos entendían la génesis y posterior desarrollo de la enfermedad. Asimismo las actas de las distintas reuniones antituberculosas, por su realización fraccionada en el tiempo, nos ilustran acerca de la evolución en dichas consideraciones.

Debido a que nos interesaba también la opinión de los destinatarios de la acción sanitaria, una de las novedades aportadas por esta Memoria en el campo de la historia de la medicina española es la utilización de la prensa obrera. Esta fuente nos ofrece un punto de vista de los sujetos que pertenecían a la clase social donde la tuberculosis se producía mayoritariamente, así como la opinión que sustentaban hacia la campaña médico-burguesa destinada a ellos.

Para el tema organizativo se hace imprescindible el manejo de las revistas profesionales. La consulta de sus secciones de noticias nos ha dado excelentes resultados, suministrándonos

datos imposibles de obtener por otros medios. Hemos realizado el vaciado completo, tanto de sus artículos doctrinales como de las noticias, de las siguientes revista: La Medicina Ibera (Madrid, 1913-1936), Gaceta Médica Catalana (Barcelona, 1877-1921), Revista de Higiene y Tuberculosis (Valencia, 1905-1909 y 1913-1936) y La Medicina Social Española (Madrid, 1916-1920). Con ellas se cubre todo el periodo estudiado, completado además por numerosas referencias de otras publicaciones periódicas, no vaciadas sistemáticamente.

En este sentido y para apoyarnos en experiencias locales, hemos recurrido, en una proporción muchísimo menor, a la consulta de la prensa diaria de Granada, al archivo del Dispensario antituberculoso de esta ciudad y hemos mantenido una entrevista personal con el responsable de la campaña en nuestra ciudad, Norberto González de Vega. Los datos extraidos de este último medio han sido poco aprovechables debido a que este tisiólogo comenzó su ejercicio profesional en Granada en 1934.

Muy útiles nos han resultado las distintas memorias publicadas por las organizaciones antituberculosas oficiales, siendo en muchos casos la única fuente disponible para reconstruir su organigrama y precisar su labor. Además, suelen ofrecer orientaciones en el aspecto legislativo. Merecen resaltarse a este respecto las publicaciones de Malo de Poveda, responsable durante 17 años (1906-1923) de la Secretaria General de la Comisión Permanente de Lucha contra la Tuberculosis (CPLT). Sus informes, tanto oficiales como personales a través de la Medicina Social Española son de indudable valor para reconstruir la organización de la campaña en dicho periodo.

Nuestro estudio comienza en 1889. En este año, Espina y Capó hizo la primera llamada de atención sobre la importancia

que estaba adquiriendo la tuberculosis y la necesidad de crear una asociación encargada de combatirla. Este intento, que resultó fallido, muestra el primer signo de inquietud por parte de una minoría de la comunidad científica española que en su momento se adelantó al resto de los paises europeos.

1936 marca el inicio de la Guerra Civil española y el final obligado de nuestro trabajo. El brusco cambio que este episodio provocó en la administración del Estado, la fuerte censura impuesta y la pérdida o inasequibilidad de los archivos centrales del PNA, hacen difícil una aproximación en los mismos términos que la desarrollada por nosotros. Evidentemente, la historia social de la tuberculosis en España no estará completa hasta que se cubra con la extensión y profundidad que se merece, todo el periodo franquista.

1.2. HISTORIOGRAFIA ACTUAL SOBRE LA TUBERCULOSIS.

Debido a la fidelidad que sus signos clínicos guardaban con los posteriores hallazgos en las investigaciones necrópsicas, la tuberculosis llegó a ser modélica para los seguidores de la doctrina anatomoclínica. El aislamiento del bacilo por Koch, años más tarde, jugó un papel no menos importante en el desarrollo de la medicina de laboratorio en la transición de los siglos XIX al XX.

Todos estos hechos hacen de la tuberculosis un atractivo campo de estudio, permitiendo acercamientos históricos desde puntos de vista muy diferentes. A continuación veremos como se han desarrollado los distintos trabajos históricos que, desde varios ángulos de visión, nos ofrecen distintas panorámicas de

esta enfermedad.

Analizando la literatura que hemos localizado en nuestras pesquisas, y dando preferencia a las referencias españolas, observamos en primer lugar trabajos descriptivos, donde las biografías de las "grandes figuras" y la presentación de "hitos memorables" constituyen el meollo de su acercamiento. Esto hace que problemas suceptibles de una orientación social (como por ejemplo la lucha antituberculosa) se vean reducidos a fechas y lugares, y las referencias a sus protagonistas limitadas a un curriculum de sus cargos y representaciones oficiales, así como una enumeración de centros o instituciones por ellos fundados. De esta forma trabajos con títulos tan atrayentes como por ejemplo: La historia de la tisiología en España (ANGEL ZULOAGA, 1961) entran de lleno en esta categoría[2]. No obstante, de estos estudios podemos extraer datos interesantes, como en la biografía de Royo Villanova hecha por CORTEJOSO VILLANUEVA (1957) donde el autor, al plantear el afán antituberculoso de este médico, nos ilustra sobre el tipo de propaganda que se utilizaba, en este caso emparentando las normas higiénicas contra la tuberculosis con los mandamientos de la religión católica. De este modo, Royo Villanova, en 1906, hizo escribir sobre las paredes del dispensario antituberculoso de Zaragoza:

Amarás la luz sobre todas las cosas.

---

[2]. Otros trabajos son los de LIZARRAGA SAINZ (1983) sobre el Dr. Ledo; BAGUE Y CANALETA (1984), sobre Joaquim Ravetllat; XALABARDER (1970) sobre Antonio Salvat y BELTRAN BAGUENA (1946) sobre Francisco Moliner. Historian la vida de Antonio Espina y Capó los trabajos de GRANJEL (1967). Merecen destacarse los trabajos sobre la vida y la obra de Lluis Sayé, realizados por CORNUDELLA i CAPDEVILLA (1973,1976 y 1979); ORIOL ANGUERA (1973); MANRESA FORMOSA (1973) y DOMINGO SANJUAN (1976). Entre la literatura extranjera podemos destacar los estudios sobre Robert Philip realizados por WALLACE (1961) y CLAYSON (1957), o más recientes como los de MEADE (1972) acerca de Trudeau.

Jurarás no probar los licores.
Higienizarás las fiestas.
Honrarás el aire y el agua corriente.
No fumarás, quién fuma respira humo en vez de aire.
No escupirás, quién escupe roba la salud a un semejante.
No levantarás polvo bajo ningún concepto[3].

Un grupo de artículos muy numerosos en la historiografía sobre tuberculosis son los que podemos englobar bajo el epigrafe de divulgativos y son aquellos que se caracterizan por aparecer en revistas médicas (sobre todo en especialidades relacionadas con el tórax), escritos por y dirigidos a médicos no historiadores, que se basan exclusivamente en obras de carácter general o bien sobre recuerdos de los protagonistas aun vivos. De esta forma, la gama temática abarca casi la totalidad de los factores que se relacionan con la tuberculosis: etiología, diagnóstico, tratamiento, instituciones asistenciales, entre otros. Podemos destacar la labor de JUNYENT (1972-1973) a cargo de una sección fija en la revista Archivos médicos biográficos titulada Momentos estelares en la historia de la tuberculosis, donde toca temas tan diversos como el diagnóstico hipocrático, la tuberculosis del recién nacido o la profilaxia en el medio rural[4]. Es de destacar que en 1982 (centenario del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis), mientras en la literatura profesional extranjera se publicaron bastantes artículos sobre

---

[3] CORTEJOSO VILLANUEVA (1957) pp. 302-303.

[4]. También tenemos dentro de la revista Suplemento archivos médicos los artículos de BADELL SERRA; SOLA LAMOGLIA (1977); OLIVE; OBIOL (1977) y PELEGRI SANTOS (1976). Trabajos de este tipo fuera de España son los de BISHOP (1958-1981) en Tubercle o los de SAKULA (1983) en Thorax. Por otra parte hay que señalar el importante papel que la industria del fármaco juega en este tipo de publicaciones, como por ejemplo la casa CIBA, que editó en 1973 un elegante ejemplar, con gran riqueza iconográfica, titulado TESTIGOS de la historia de la tuberculosis, 1679-1970.

este tema[5], en España la revista Enfermedades del Tórax publicó una reproducción de la comunicación de Robert Koch a la Sociedad de Fisiología de Berlín[6]. Un claro exponente de este tipo de trabajos es la edición por parte de esta última revista de un número monográfico en 1986 sobre 60 años de lucha antituberculosa en el que diversos protagonistas de dicha campaña exponen sus recuerdos e impresiones de tiempos pretéritos[7].

Dentro de los estudios descriptivos, destacan aquellos que desarrollan cronológicamente la evolución de los conocimientos en torno a esta enfermedad, tanto los que tratan de ser "historias generales de la tuberculosis" como aquellos que abordan aspectos parcelares (tratamiento, diagnóstico, etc.), pero siempre desde el punto de vista biologicista e internalista.

En España, en los primeros años de la década de los cuarenta, el régimen franquista comienza a consolidar, al igual que sucediera con el resto de la sanidad, las instituciones antituberculosas creadas apresuradamente en los inicios de la guerra civil[8]. En ese momento salen a la luz varias obras

> "...por estimar que el conocimiento del desenvolvimiento histórico de una rama científica es complemento obligado para quien pretenda ahondar en sus problemas y tener una visión del conjunto de la materia",

---

[5] KNORR (1982); DANIEL (1982); SAKULA (1982) y BENISON (1982), entre otros.

[6] KOCH (1982) pp. 111-134.

[7] Podemos destacar los siguientes trabajos: GUERRA SANZ (1986); PONCE DE LEON (1986)); MONTURIOL RODRIGUEZ (1986); TELLO VALDIVIESO (1986); MANRESA FORMOSA (1986); PICARDO CASTELLON (1986); ZURITA GONZALEZ-VIDARTE (1986).

[8] Por Decreto Ley de 20 de diciembre de 1936 se crea el Patronato Nacional Antituberculoso pero la ley de Bases de este patronato no se creará hasta diciembre de 1943.

como reconoce IZQUIERDO LAGUNA (1943) en una de las mejores síntesis escritas en español sobre el desarrollo de esta enfermedad. Divide la historia del "problema de la tuberculosis" en dos grandes etapas. La primera abarca desde que tenemos noticias de la enfermedad hasta poco antes del descubrimiento del bacilo de Koch, y es considerada como **historia de una enfermedad**, cómo se concebía y cómo se intentó terminar con ella. La segunda fase que comienza a esbozarse en el siglo XVIII y que se inicia a partir de 1882, es la que denomina **historia de la lucha antituberculosa**, "...es decir la historia de la preocupación humana por librarse de la enfermedad como plaga social".

También en la misma linea está escrita la obra de los hermanos ORIOL ANGUERA (1944) Historia de la tuberculosis, donde utilizan esta enfermedad como pretexto para, en realidad, repasar la historia de la medicina desde Hipócrates a Koch. El trabajo, como todos las que se escribieron en este tiempo dirigidas a especialistas tisiólogos, termina con comentarios de actualidad en relación al problema tuberculoso. Podemos destacar las reflexiones que los ORIOL hacen sobre el germen al afirmar que tras mucho tiempo sin respuesta terapéutica específica se "...ha iniciado la crítica al dogma bacilar"; sin duda, el descubrimiento ese mismo año de la estreptomicina contribuyó a que se revalorase el papel del bacilo en la etiología de la tuberculosis.

Otra obra, basada en parte en la anterior, es la de ALMANSA PASTOR (1959) que defiende la tesis de que el retraso en la puesta en marcha de la lucha antituberculosa en nuestro país se debió a factores de índole político y social. Entre los primeros, singulariza las guerras carlistas y la pérdida de las

colonias; como factores sociales se refiere a la concepción de la tuberculosis como hereditaria y "vergonzante", que hacían creer al pueblo la inutilidad de las medidas antituberculosas.

Una tercera obra que también pretende abarcar todos los aspectos de la tuberculosis es la de BLANCO RODRIGUEZ (1942) en la que, a grandes rasgos, defiende la evolución cronológico-geográfica de la endemia tuberculosa desde su origen, que lo centra en Mesopotamia y Egipto, en los albores de la civilización. De estos lugares pasó a Fenicia y Palestina, Grecia y Roma. Plantea la hipótesis de que muy probablemente llegara a España traida por griegos y cartagineses además de las legiones romanas[9].

En cuanto a estudios sobre aspectos concretos de la historia de la tuberculosis, podemos destacar los contrastes que entre ellos existen. Así podemos encontrar trabajos rigurosos como el de ANDRES ASENSIO (1957) donde, en un estudio bien documentado describe la evolución de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos; por otra parte destaca negativamente el tratamiento anecdótico que CORTEJOSO VILLANUEVA (1967) da a los remedios utilizados contra la tisis en otras épocas (en este caso la leche de burra) o la obra de MARTINEZ; AZNAR LOPEZ (1961) que nos presenta una máquina utilizada para inhalar cloro, de comienzos del siglo XIX, a la que le supone "catastróficos resultados" acusando a estos "...últimos coletazos del empirismo médico [de] disminuir un tanto el

---

[9] Trabajos muy completos sobre la historia de la tuberculosis en esta misma linea son los de COURY (1972) y DUBOS; DUBOS (1952). Esta última obra ha sido reimpresa recientemente por la editorial Rutgers University Press, 1987.

prestigio profesional"[10].

La elevada morbilidad que la tuberculosis alcanzó en el siglo XIX, trajo como consecuencia, entre otros hechos, que un elevado número de personas famosas la padecieran. Por este motivo las patobiografías aparecen como un subgénero muy voluminoso en la historiografía sobre la tuberculosis[11]. Por otra parte, el prolongado impacto de la enfermedad hizo que esta transcendiera al mundo cultural, de modo que numerosas obras de arte aludieron explicitamente a ella[12]. La música y la literatura también tendrían su punto de inspiración en la tuberculosis[13].

---

[10] MARTINEZ; AZNAR LOPEZ (1961) p. 298. Otras obras que tratan aspectos parcelares son las de BLANCO RODRIGUEZ (1971) y ALBARRACIN TEULON (1971) ambos sobre la evolución de los fármacos antibacilares;en la misma linea esta el trabajo de MELICK (1983) y de HART (1946). PUIGVERT (1957) nos relata detalladamente el desarrollo histórico de la tuberculosis urogenital en sus aspectos de diagnóstico y tratamiento. Otras obras que siguen esta tónica son las de MANARA; BALOSSI (1968) y ZAPATERO DOMINGUEZ (1974).

[11] Merece destacarse la sección "Famous TB's in history" dentro de la revista Santa news desde el año 1970 a 1981, que aparece firmada por PARKER o de forma anónima, y recoge en estos veintiún años más de ciento cincuenta referencias sobre personajes de las que señalaremos sólo algunas de ellas. Este genero ha sido desarrollado en España por JUNYENT (1973_c) y CABELLO DE LA TORRE (1934).

[12] GARCIA MUÑOZ (1951) atribuye la elevada frecuencia de obras pictóricas en donde figuran personajes que recuerdan a tísicos, al hecho de que los artistas se vieran obligados a buscar entre la gente pobre los modelos para sus creaciones personales así como para representar mejor el ascetismo y "dolor moral" de frailes y monjes cuyos rostros expresarían, de esta forma, una vida de privaciones y sufrimientos. También tratan este tema CORTEJOSO VILLANUEVA (1964) y REIMERS (1982).

[13] Podemos destacar sobre la presencia de la tuberculosis en la poesía, los trabajos de CORTEJOSO VILLANUEVA (1950) y CASTILLO DE LUCAS (1951). Sobre otras obras literarias: CORTEJOSO VILLANUEVA (1963); WILSON (1966) y BISHOP (1974). Especial interés tienen los análisis de la obra de Thomas Mann La montaña mágica: GRANJEL (1949); ABRAM (1971); POSNER (1976) y MONTIEL LLORENTE (1980). Sobre música: STEFANI (1961) y ABBOT (1982).

Tras el descubrimiento del bacilo tuberculoso por Koch, los planteamientos para luchar contra la tuberculosis comienzan a ser enfocados desde la óptica contagionista. Un núcleo de autores españoles se encargaron de recordar al mundo que fue el español uno de los primeros estados en legislar en contra de la transmisibilidad de esta enfermedad al considerarla como contagiosa. Surge, de esta forma, en la historiografía de la tuberculosis un abultado número de trabajos que recogen reproducciones de edictos y ordenanzas emitidos por autoridades españolas desde el siglo XVI al XVIII[14].

La historiografía de la lucha antituberculosa, se caracteriza por la disparidad en los enfoques que se hace de ella. En primer lugar destacaremos una serie de acercamientos que tienen por finalidad relatarnos la evolución de las instituciones y la organización de la lucha, referidos a países o zonas concretas, pero sin intentar integrar estos desarrollos en la sociedad que los acoge. Dentro de estos podemos señalar el trabajo de BOLUMAR MONTRULL (1972), que, basándose en una sola fuente, nos da una visión desdibujada de la evolución de la lucha antituberculosa, en el periodo 1919-1939, ya que sus afirmaciones estan recogidas de argumentos de la Revista de Higiene y Tuberculosis (Valencia), que estaba declaradamente en contra de lo que en ese periodc de tiempo imperaba, esto es, la utilidad de sanatorios y dispensarios en la contención de la

---

[14] Estos edictos y ordenanzas podemos encontrarlos en: PEINADO (1890); FAJARNES Y TUR (1895); MORENO FERNANDEZ (1889). La ordenanza de Fernando VI, quizá la más conocida, se ha reproducido recientemente por RIERA; JIMENEZ MUÑOZ (1980). Estos edictos fueron utilizados en la posguerra civil española por CRESPO ALVAREZ (1941) en su obra La lucha social contra la tuberculosis. España antorcha del mundo para "enaltecer la gloria de España" que inició la lucha contra esta enfermedad antes que ningún otro país.

endemia. Dentro de este tipo de acercamientos nos encontramos con que, al no haberse realizado una búsqueda exhaustiva de fuentes, se ha recurrido a la repetición de datos, suponiéndolos veraces. Así GRANJEL (1986), fecha en 1924 la creación del Real Patronato Antituberculoso, presumiblemente siguiendo a RICO AVELLO (1969)[15]. O bién la confusión declarada fruto de guiarse sólo por el título de las obras. De esta forma VILLANUEVA EDO (1987) confunde el Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis, celebrado en Barcelona (1912), con un Congreso de la asociación internacional antituberculosa "..que por primera vez se reunía en España"[16].

Un comentario aparte merecen las obras de SONTAG (1978) y (1981) que analizan el uso que hace la sociedad de la enfermedad como figura o metáfora. La tuberculosis en el siglo pasado y el cáncer hoy cumplen las características elegidas por la autora para desarrollar su trabajo, por ser ambas "enfermedades intratables y caprichosas" y, en definitiva, "misteriosas", ejemplificando "las fantasias punitivas o sentimentales que se maquinan" sobre el enfermo[17].

A partir fundamentalmente de Sigerist, y gracias a las aportaciones de Rosen y Ackernecht, entre otros[18], la historia de la medicina ha realizado un cambio cualitativo en sus objetivos. La consideración del hombre como inmerso en un grupo social da

---

[15] Otros trabajos que nos describen instituciones antituberculosas concretas son: ALVAREZ SIERRA (1945); ORNILLA BENITO (1972); SAGAZ ZABELZU (1978); COURY; RULLIERE (1974); LANGERBEINS (1979) y MURKEN (1983). En cuanto a la organización véase: GERNEZ-RIEUX; GERVOIS (1970); BREU (1971) y DUBOUSKY (1974).

[16] En 1954 se organizó en Madrid por primera vez una Conferencia de la federación internacional.

[17] Una revisión sobre su trabajo es: FIGLIO (1980).

[18] LOPEZ PIÑERO (1984) pp. 9-30.

una visión distinta del desarrollo de la medicina, alejándonos del concepto del "individuo aislado" y acercándonos a los entramados más complejos de la sociedad. Además, el enfoque sociológico de la cultura, la influencia del materialismo histórico como método y la incorporación de la epidemiología al estudio de la historia de la medicina han posibilitado la clarificación de los factores que determinan tanto el conocimiento científico como su aplicación al campo asistencial.

En este sentido, nos interesa destacar la aportación de una serie de acercamientos que han querido interpretar el significado de la lucha contra la tuberculosis más allá de su aspecto meramente sanitario. Así ALVAREZ URIA (1983) señala que, esta intervención médica, iría encaminada a "gobernar al obrero", persiguiendo al tuberculoso como al loco o al criminal. También el trabajo de LERT (1982) va encaminado a señalar el aparato antituberculoso como instrumento de control social. COTTEREAU (1978) introduce el término de "encuadramiento social", donde la lucha antituberculosa jugaría un papel importante, junto a las demás políticas "sociales" llevadas a cabo por los poderes oficiales y fácticos de la sociedad: iglesia, médicos, trabajadores sociales, etc. RODRIGUEZ OCAÑA (1987) al referirse al ejercicio médico a gran escala en España, señala que fue muy estrecha la relación entre las doctrinas de previsión social y la prevención médica, "...hasta el punto que la medicina se inserta en el esquema disciplinador del Estado". Hemos señalado, en otro lugar, la vinculación del discurso antituberculoso con la campaña para inculcar entre los obreros el hábito previsor[19]. Según BRYDER (1985), la posición ideológica

---

19. MOLERO MESA; RODRIGUEZ OCAÑA (1988). Otros autores, KNIBIEHLER (1979) o LERT (1982) ya citado, están de acuerdo en señalar que, a partir de la lucha contra la tuberculosis, el poder del cuerpo médico sobre la sociedad se acrecienta, tanto por sus nuevas técnicas y saberes desplegados como por la

de la lucha partía de la autorresponsabilidad de los trabajadores en la adquisición de la enfermedad. Como rezaba un eslogan: "Ve y enseña la verdad. El destino de cada hombre esta en su propia mano", el Estado se curaba en salud de las posibles reivindicaciones obreras.

Otros análisis señalan como, en este tipo de actuaciones masivas, los casos de discriminación racial se hacen más patentes. Es el caso de los negros americanos en los que, a comienzos del siglo XX, la tuberculosis se cebaba mucho más que en los blancos y donde las investigaciones iban dirigidas a estudiar su "predisposición racial", para justificar esta desigual incidencia. TORCHIA (1975) y (1977) destaca, asimismo, la discriminación a la hora de ser atendidos en centros antituberculosos[20].

1.3. ESTRUCTURA DE LA MEMORIA

Nuestro trabajo intenta llenar el vacío que hasta hoy aparece en la historiografía española acerca de los aspectos histórico-sociales de la tuberculosis y, en particular, de la campaña higiénico-social generada en torno a ella.

Para realizar dicho acercamiento hemos dividido la Memoria en tres partes. En la primera analizamos el significado de la enfermedad tuberculosa en su íntima relación con la sociedad en la que se desarrolló. Este enfoque lo realizamos a través de los factores que la generaban, destacando la alimentación y las

---

capacidad para atraer posteriormente fondos públicos para sus campañas.

[20] Esta linea también es desarrollada por McBRIDE (1987).

condiciones de trabajo y vivienda. En este primer capítulo analizamos las distintas medidas propuestas por los médicos para acabar con la tuberculosis, cómo llegaron a coincidir con las reivindicaciones obreras en un momento determinado y qué medidas desde el punto de vista contagionista fueron propuestas y desarrolladas. Finalmente exponemos los fundamentos de los que se generó una campaña de prevención masiva, fuera de consideraciones estrictamente sanitarias. Intentamos demostrar que esta campaña aparentemente "sanitaria" y, como tal, "científica" y "neutral", escondía un vehículo ideológico no exento de intencionalidad política y expresamente dirigido a los obreros.

En segundo lugar, estudiamos la organización de la campaña para aniquilar la enfermedad, con sus referencias legislativas e institucionales: desde su origen privado, filantrópico, la normalización de estas iniciativas a través de los distintos Patronatos, la mínima colaboración de los gobiernos y su ulterior estatalización en la República, donde analizamos la pugna entre los sucesivos gobiernos y los médicos organizados en el régimen anterior.

Concluimos nuestro trabajo con el estudio de la práctica del entramado organizativo: los componentes humanos y materiales de la lucha antituberculosa, a través de lo que se llamó "la unidad antituberculosa", compuesta por el dispensario, el sanatorio y el hospital. Esta fue la que se encargó de dar forma a las bases teóricas de la campaña.

II. TUBERCULOSIS Y SOCIEDAD

2.1. LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDAD SOCIAL EN ESPAÑA.

2.1.1. Epidemilogía histórica

La tuberculosis es uno de los padecimientos que pueden calificarse como constantes en la historia de las enfermedades humanas. La moderna paleopatología ha reconocido la presencia de lesiones atribuibles a tuberculosis en huesos que proceden de la época neolítica[1]; otros estudios contemporáneos han señalado la presencia del Mal de Pott en algunas momias egipcias que datan de 3.700 a 1.000 años a.C.[2]. Cuadros clínicos similares al producido por la tuberculosis aparecen recogidos en las más antiguas literaturas médicas, tanto orientales como occidentales.

Testimonios históricos hablan en favor de que esta enfermedad fue motivo de atención administrativa durante los siglos XVI al XVIII como después veremos. Ello estaría en relación, según algunos historiadores[3], con el desplazamiento que el bacilo de la tuberculosis produjo sobre el de la lepra a partir del siglo XIV, con el consiguiente aumento de la frecuencia de la enfermedad. Esta alcanzó su culmen en toda Europa entre 1780 y 1880, acompañando al éxodo migratorio hacia las ciudades de los campesinos en busca de trabajo en la naciente industria europea[4].

A partir del último tercio del siglo XIX la mortalidad por tuberculosis comenzó a descender en Europa. Por lo que se refiere a los aspectos epidemiológicos, son múltiples los estudios donde se intenta dar una explicación a la espectacular disminución de la curva secular de la mortalidad por tuberculosis. Es clásica

---

1 CAMPILLO (1983) p. 27.
2 PEREZ TAMAYO (1985) p. 62.
3 DUBOS; DUBOS (1952) p. 175 y McNEILL (1985) pp. 175-176.
4 COURY (1972) pp. 193-215.

la exposición de McKEOWN (1966)[5], donde descarta la influencia de las medidas médicas, así como una disminución espontánea, dando valor preeminente a la mejora de los medios de vida[6]. En el mismo sentido cabe destacar el trabajo de BÄHR (1985) que amplía notablemente los postulados de McKeown a las variables de la epidemiología descriptiva, analizando el influjo de factores sociales como posición económica, alimentación y trabajo.

Muy diferentes son, sin embargo, las interpretaciones que sobre este fenómeno han dado otros autores. BLANCO RODRIGUEZ (1973) o ALMANSA PASTOR (1959) sostienen que las medidas médicas, campañas masivas, antibióticos, etc., son los responsables de dicha disminución. Se ha llegado incluso a decir recientemente que la tuberculosis ha dejado de ser un azote "...allí donde se dispone de los medios de la medicina moderna"[7]. A veces las contradicciones en la interpretación de la curva llevan a confusión. En este sentido VILLANUEVA EDO (1987) afirma que, en 1947, en Vizcaya "...la curva de la mortalidad descien[illegible] debido a la aparición de la estreptomicina" y a renglón seguido añade que, debido a su alto coste, los médicos tuvieron que hacer un uso "selectivamente restrictivo" de este medicamento.

En España, sólo poseemos datos fiables a partir de 1900, por lo que para saber, a ciencia cierta, como se comportó esta enfermedad a lo largo del Ochocientos, habrá que esperar que sucesivos estudios con utilización de fuentes locales (archivos parroquiales, municipales, etc.) nos ilustren al respecto.

---

[5] Existe una edición en castellano del año 1981 en la editorial Siglo XXI.

[6] Confirman la hipotesis de Mckeown el trabajo de COLLINS (1982) haciendo la salvedad que bajo determinadas circunstancias las medidas médicas sí pueden ayudar a disminuir la tasa de mortalidad por tuberculosis, en este caso respiratoria. En España, podemos destacar el trabajo de BENAVIDES et al. (1984), que coincide básicamente con los planteamientos de McKeown. MARCH AYUELA (1982), estudiando sesenta años de evolución de la tuberculosis en Barcelona, afirma que la vacuna con BCG no ha modificado la transmisión de la infección tuberculosa, no influyendo sobre su cadena epidemiológica.

[7] GOERKE (1986) p. 72.

En efecto, uno de los elementos que fundamentaba la consideración de una enfermedad como social era el impacto que generaba en los fenómenos demográficos de un país, impacto que, en el caso de la tuberculosis, al no ser una enfermedad epidémica en sentido explosivo, sólo se pudo conocer cuando se dispuso de suficientes datos estadísticos.

Los primeros análisis demográficos estaban referidos únicamente a la mortalidad. Uno de los estudios más tempranos lo constituyó el trabajo de Philiph Hauser (1832-1925), higienista húngaro afincado en España, que en 1882 elaboró las tablas de mortalidad por causas para Sevilla, donde la tuberculosis ocupaba el primer lugar[8]. También debemos destacar a Barcelona como pionera en este tipo de estudios, ya que desde 1878 contaba con análisis sanitarios de los datos procedentes del registro civil[9]. Por este motivo no es casual que en 1892, fuera Comenge y Ferrer (1854-1916), continuador de esta tradición, uno de los primeros en dar la voz de alarma sobre la alta frecuencia de la tuberculosis, denunciando que, en Barcelona "...en los dos últimos decenios han fallecido sólo por tuberculosis unos 20.600 individuos, mientras que las cuatro epidemias de cólera que azotaron esta capital, únicamente han causado 14.080 defunciones en conjunto", siendo este fenómeno suficiente para iniciar medidas en contra de esta enfermedad[10].

Desde el momento en el que comenzaron a realizarse estadísticas mortuorias, con indicación del motivo del fallecimiento, se observó la tuberculosis siempre en cabeza de las enfermedades específicas. En 1902, esta enfermedad suponía entre un 20 y un 25 por 100 de la mortalidad general en todos los centros de población[11]. Las cifras oficiales rondaban, a

---

[8] En realidad Hauser pone en primer lugar la mortalidad infantil considerada, en su conjunto, como una más de dichas causas. HAUSER (1882).

[9] Cf. RODRIGUEZ OCAÑA (1986).

[10] COMENGE Y FERRER (1892) p. 14.

[11] HAUSER (1902) Vol. 2, p. 121.

comienzo de siglo, los 30.000 fallecidos anuales, hecho que, según estos datos, nos situaba "de forma favorecida" respecto al resto de los paises europeos. Así en 1908, España, con una tasa de mortalidad por tuberculosis de 18,5 por 10.000 habitantes, estaba por debajo de Francia (22,6), Noruega (24,4) o Austria (30,4); pero por encima de Alemania (17,8) o Inglaterra (15,9)[12].

Si comparamos las distintas tasas de mortalidad por 100.000 habitantes en los años siguientes, podemos observar que en 1906 y 1921, las tasas son muy parecidas, pero para el año 1934, los paises más desarrollados experimentaron una disminución mayor que nuestro país, que también disminuyó sus tasas pero con retraso[13]: España no redujo a 50 su tasa de tuberculosis respiratoria hasta 1952.

PAIS\AÑO	1906	1921	1934
Francia	122	193	128
EE. UU.	180	99	56
Holanda	178	127	54
Dinamarca	164	97	57.9
Inglaterra	165	113	76
Alemania	187	136	71.9
Italia	166	142	91
España	168	134	100

No obstante, la equiparación a comienzos de siglo con otros países en cuanto a las cifras de mortalidad fue discutida por algunos autores, debido a la consideración de que las cifras oficiales estaban sesgadas, ya que el número de muertes no podía ser tan bajo en un país donde reinaba la miseria. Hauser, al comentar la mortalidad de Madrid para el año de 1897, destacaba la elevada cantidad de fallecimientos por bronquitis, anotando que estas muertes debían pasarse a la lista de tuberculosis:

---

[12] CODINA CASTELLVI (1916) p. 145.
[13] BENITEZ FRANCO (1950) p. 137.

> "...pues figurando entre las causas patógenas más importantes de la tuberculosis el mefitismo urbano y la miseria social, no se comprende por qué Madrid, donde estos dos factores son mucho más poderosos que en otras capitales de Europa, tales como París, Berlín y Viena, se halla más favorecido bajo el punto de vista de la mortalidad por tuberculosis"[14].

De la misma forma Luis Sayé, en 1924, apuntaba que las cifras de mortalidad eran siempre menores que las reales, aduciendo para ello los errores diagnósticos y, sobre todo en esta enfermedad, las ocultaciones de la verdadera causa de muerte debido a "sugestiones de la familia". A este autor también le llamaba la atención que el número de enfermedades del sistema respiratorio no tuberculosas fuese tan elevado en España, en relación con otros países, en los que, en teoría, debían abundar más por sus condiciones climáticas e industriales. Finalmente opinaba que el coeficiente de error de los datos oficiales había que estimarlo en un 20 por 100[15]. Así la mortalidad la aumentaban los autores hasta rondar los 40-75.000 muertes por año, frecuencia que la convertía en una enfermedad verdaderamente catastrófica, siendo considerada como

> "...el más grave problema que, a no dudarlo, conmueve hoy a la humanidad, espectro terrible que aniquila nuestra raza, monstruo invisible que diezma silenciosamente la población de las grandes ciudades...la tuberculosis mata anualmente más de 50.000 españoles, 150.000 franceses, 16.000 belgas, 160.000 alemanes, y, junto con el alcoholismo, muy cerca de 4.000.000 de europeos"[16].

La distribución geográfica de la enfermedad tuberculosa, podemos verla reflejada en la figuras [1], [2] y [3] para los años 1914, y 1941 respectivamente. Destacan las altas tasas alcanzadas por Sevilla y Cádiz y toda la cornisa cantábrica, que

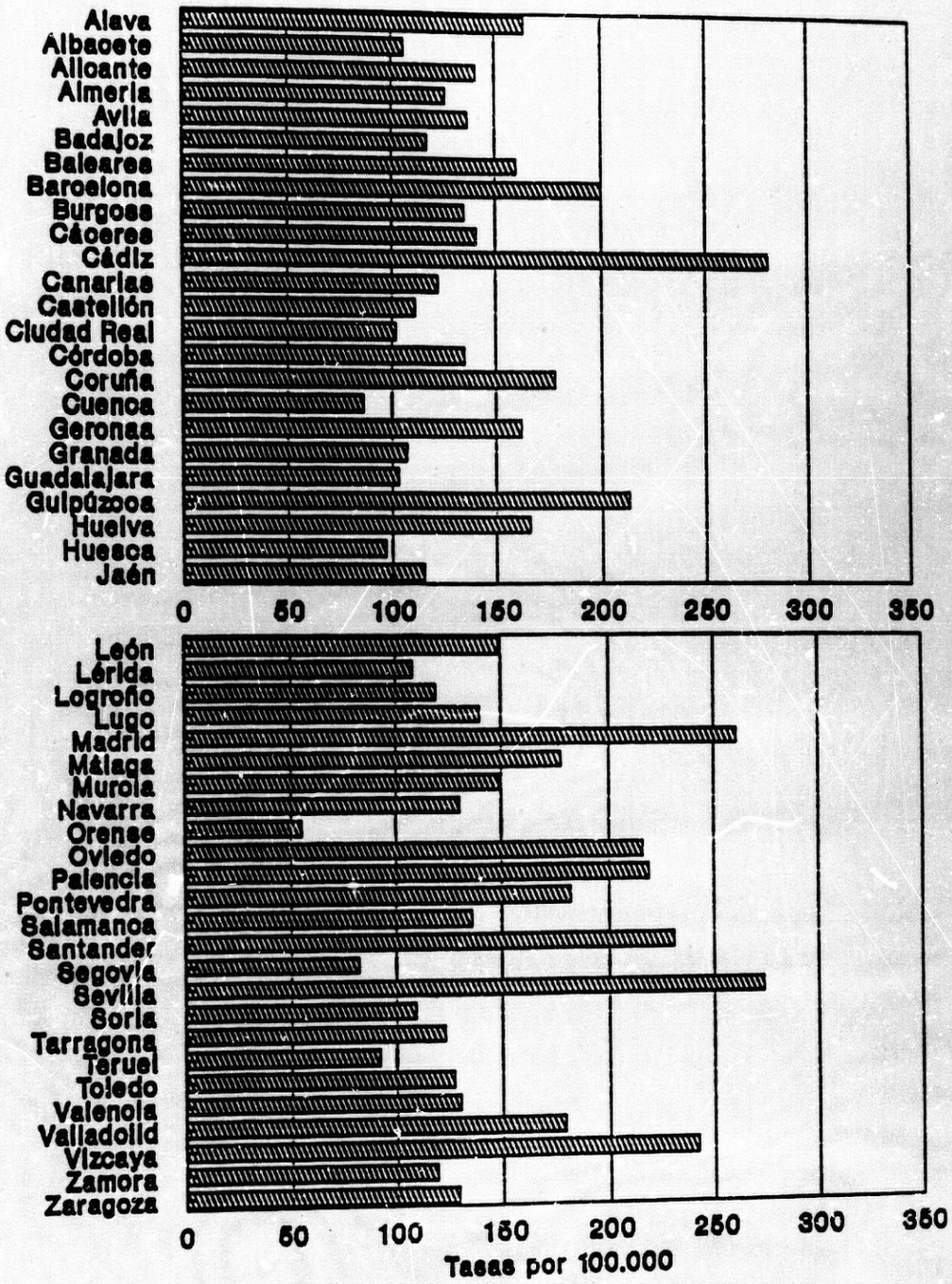
---

[14] HAUSER (1902) Vol. 2, pp. 124-125.
[15] SAYE (1924) pp. 11-12.
[16] SOLA Y ESPRIU (1909) p. 362.

FIGURA 1

MORTALIDAD TUBERCULOSIS 1914

Tasas por 100.000 hab. por provincias



FUENTE: CODINA CASTELLVI (1916) p. 146.

FIGURA 2

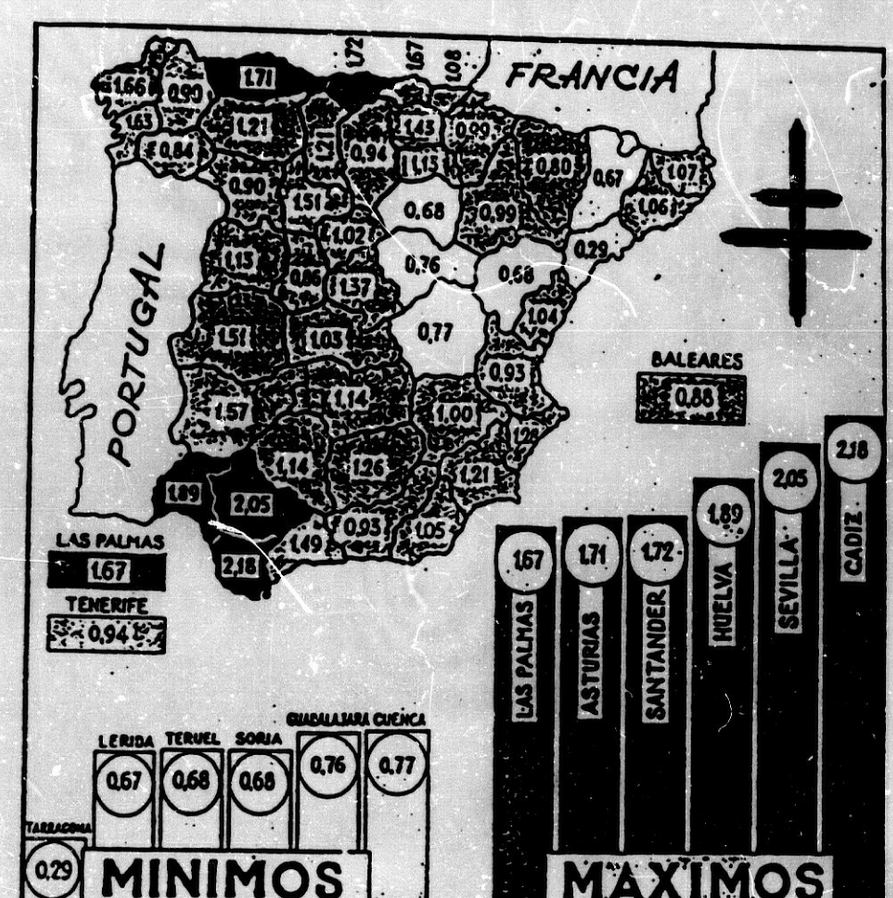
MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS 1914

Tasas por 10.000 hab. por provincias

FUENTE: BENITEZ FRANCO (1950) p. 82.

FIGURA 3

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS 1941
Tasas por 10.000 hab. por provincias



FUENTE: BENITEZ FRANCO (1950) p. 83.

todavía en 1941 no habían descendido, mientras que Madrid, Barcelona y Euskadi si lograron esa reducción. Si tomamos datos de la Sociedad de Naciones (más elevados que los autóctonos), citados por Tomás de Benito en 1931, resulta que Sevilla, era la cuarta capital del mundo y la primera de Europa en mortalidad por tuberculosis[17]:

Ciudad\Año	1926
Sevilla	441
Bilbao	320
Madrid	268
Granada	215
Barcelona	182
Londres	99
Bruselas	87
Chicago	83
La Haya	80
San Luis	69
Toronto	42
Lima	625
Callao	585
Manila	470

La mayor importancia, en cuanto a la localización de las lesiones, radicaba en la tuberculosis del aparato respiratorio. No sólamente por su mayor frecuencia, sino por ser a través de los pulmones donde se producía el contagio. En efecto, esta localización mantuvo en 1929 y 1930 unas tasas por 100.000 habitantes de 103.3 y 111.3 respectivamente, mientras que la tuberculosis meníngea para esos mismos años tuvo unas tasas de 10.5 y 11.1 y el resto de la localizaciones juntas (ósea, ganglionar, articular, etc.) tan sólo llegó a 13.1 y a 13.9[18].

En la figura [4] se muestran las tasas crudas de mortalidad por tuberculosis respiratoria por 100.000 habitantes entre 1900 y 1978. En esta curva podemos observar un fuerte descenso hasta

---

[17] BENITO LANDA (1931) p. 93. Citando al Dr. Biraud de la Secretaría de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

[18] ESTADISTICA demográfica de 1930 (1931) p. CDLXXXII.

1936, en el que se pasa de una tasa de 125.03 en 1900 a 81.32 en 1936. A continuación sigue un periodo de elevación y estabilización, hasta que, a partir de 1949, con 92.08 se pasa en tan sólo 5 años (1954) a una tasa de 31.23. A partir de aquí el descenso es continuado hasta 1978 en el que aparece una tasa de 5.02.

Si estudiamos detenidamente la curva y la comparamos con la figura [5] que señala su línea de tendencia, comprobaremos que, entre las fechas inicial y final, la curva sigue una tendencia definida. La diferencia entre 1900 y 1978 supone una disminución del 96 por ciento de la mortalidad por tuberculosis en el Estado español.

En 1913 comienza lo que sería la primera fluctuación de la curva. El ascenso coincide con los prolegómenos que desembocaron en la primera guerra europea y cuyos efectos sufrieron tanto los países beligerantes como los neutrales. Esta ascención culmina en 1918 simultáneamente con la pandemia de gripe, fenómeno que hizo aumentar todas las enfermedades respiratorias además de la tuberculosis[19]. La progresiva disminución que la curva efectua hasta 1936, se ve interrumpida por el comienzo de nuestra guerra civil y mantenida por los efectos de la posguerra. El espectacular descenso de 1949 fue achacado por los responsables del antiguo Patronato Nacional Antituberculoso creado en 1936, a la introducción de fármacos eficaces contra esta enfermedad. La expresión "el hachazo de las isoniacidas" fue utilizada por Zurita González-Vidarte, secretario general del PNA desde 1965, para referirse al escalón tan pronunciado que tomó la curva a partir de dicha fecha[20].

GARCIA BENAVIDES et al. (1984) apuntan al posible efecto de estas drogas (la estreptomicina fue descubierta en 1947), al aumento de las condiciones de vida ocurrido entre la población

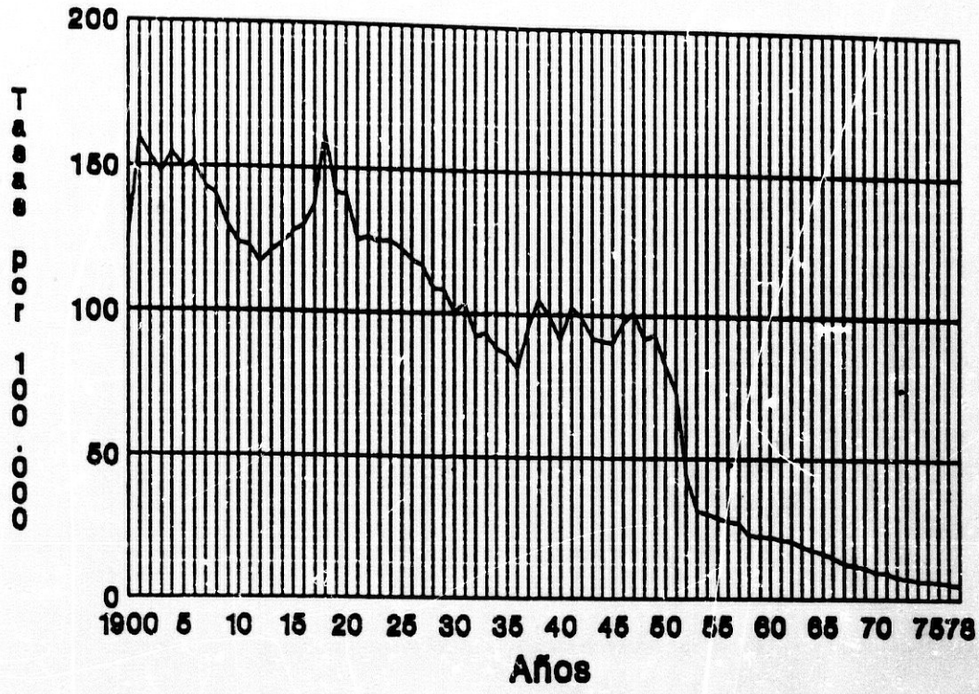
---

[19] Cf. GARCIA BENAVIDES et al. (1984).
[20] ZURITA GONZALEZ-VIDARTE (1986) p. 49.

FIGURA 4

TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO

Tasas por 100.000 habitantes. 1900-1978.

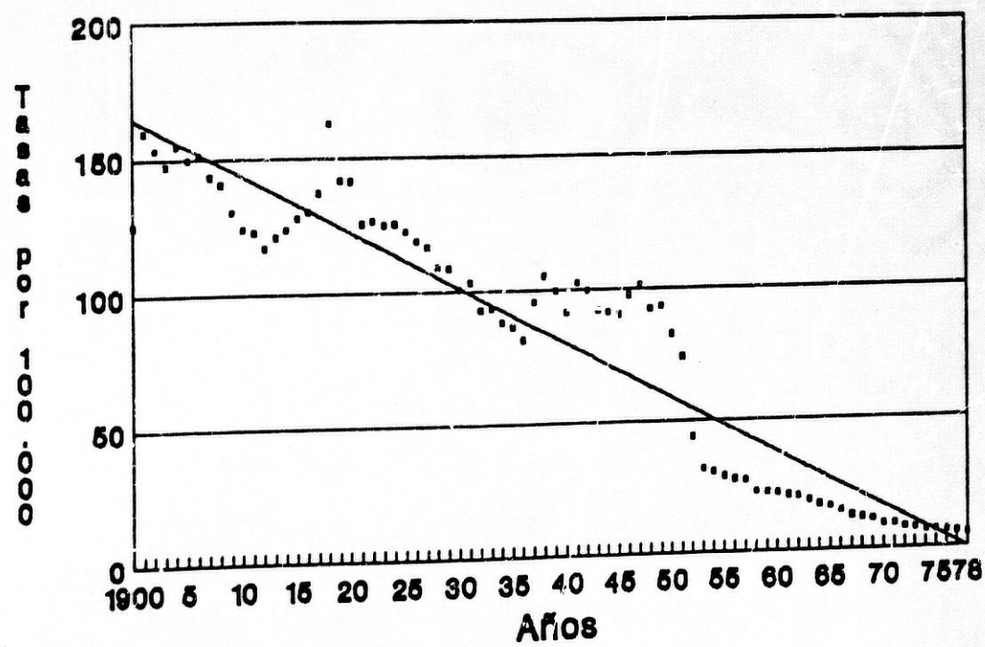


FUENTE: GARCIA BENAVIDES (1982).

FIGURA 5

TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO

Tendencia de las Tasas de Mortalidad por 100.000 hab. 1900-1978.



FUENTE: GARCIA BENAVIDES (1982).

a partir del desarrollo económico que España experimentó en los años 60, así como al incremento de la mortalidad en el periodo anterior a los años 50. Sin negar la influencia que los fármacos pudieron tener en la disminución de esta enfermedad, parece difícil adjudicarles todo el mérito, teniendo en cuenta el poco tiempo que media entre su descubrimiento y el descenso de la curva. Los mismos testimonios de los protagonistas de su introducción nos recuerdan que, debido al costo elevado, tuvieron que hacer un uso restrictivo del medicamento[21]. Incluso en los primeros años de la introducción de la estreptomicina en España esta se usó experimentalmente, en muy pocos sanatorios y en dosis muy altas, produciendo graves casos de sordera[22].

La contribución de la tuberculosis a la mortalidad general, coincide practicamente con la evolución de la enfermedad. El 7.2 por ciento que significó en 1901 para la mortalidad bruta del Estado, contrasta con el 1.4 por ciento que aportó en 1969. En 1920 era un 7.5 que se convirtió en 7.3 en 1930. A partir de los años 50 se hizo menos sensible la participación tuberculosa en el total, pues en 1955 tan sólo aportó el 3.8 por ciento y en 1965, 2.1. En 1969 sólo significaba un 1.4 por ciento[23].

Junto al factor "frecuencia", responsable en gran medida de la importancia dada a la tuberculosis, hay que sumarle las características "cualitativas" que esta enfermedad tenía. En efecto, su apetencia por las personas que significaban el sector productivo del Estado, le conferían toda su relevancia. En la figura [6] podemos observar que atacaba más a los hombres que a las mujeres. Incluso en la tendencia de ambas curvas, aunque similares, la del sexo femenino disminuye, desde 1900 a 1978, un 98 por ciento, mientras que el masculino lo hace en un 94 solamente. Hay que tener en cuenta que en la clasificación de

---

[21] VILLANUEVA EDO (1987) p. 417.

[22] PONCE DE LEON (1986) p. 10. Se llegó a inyectar hasta un gramo cada tres horas de estreptomicina a los enfermos tuberculosos.

[23] ZURITA GONZALEZ-VIDARTE (1986) p. 51.

mortalidad causada por tuberculosis según los grupos etarios, ambos sexos se encuentran muy igualados en los primeros años de vida, el femenino predomina en el grupo de 10 a 19 años, y, para los restantes, la máxima frecuencia la vuelven a ocupar los hombres (figura [7]).

En cuanto a la edad en la que se desarrollaba la tuberculosis podemos estudiarla en las figuras [8] y [9]. La primera nos muestra las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes que produjeron cuatro enfermedades significativas, cada una con una distribución distinta en cuanto a la edad. Así la tuberculosis inicia su ascenso a partir de los 15 a los 19 años y se mantiene prácticamente a lo largo de toda la etapa productiva de la persona. El resto de las enfermedades comienzan a tomar la prevalencia de la tuberculosis en una edad en la que el rendimiento laboral disminuye considerablemente. La neumonía se mantiene sin apenas variaciones en todos los grupos de edad.

La evolución de la mortalidad por tuberculosis a través del tiempo desglosada por edades podemos verla en la figura [9]. También en ella encontramos que la máxima frecuencia se daba en el grupo de 20-29 años, que en 1910 tenía 234.21, pasando en 1978 a 3.83. Los grupos de menor edad (menos de 5 y 5-9 años), con una fuerte disminución de su mortalidad, contrastan con los grupos de 50 a 59 años y mayores de 59, en los que prácticamente se mantienen estables las tasas a lo largo de todo el periodo.

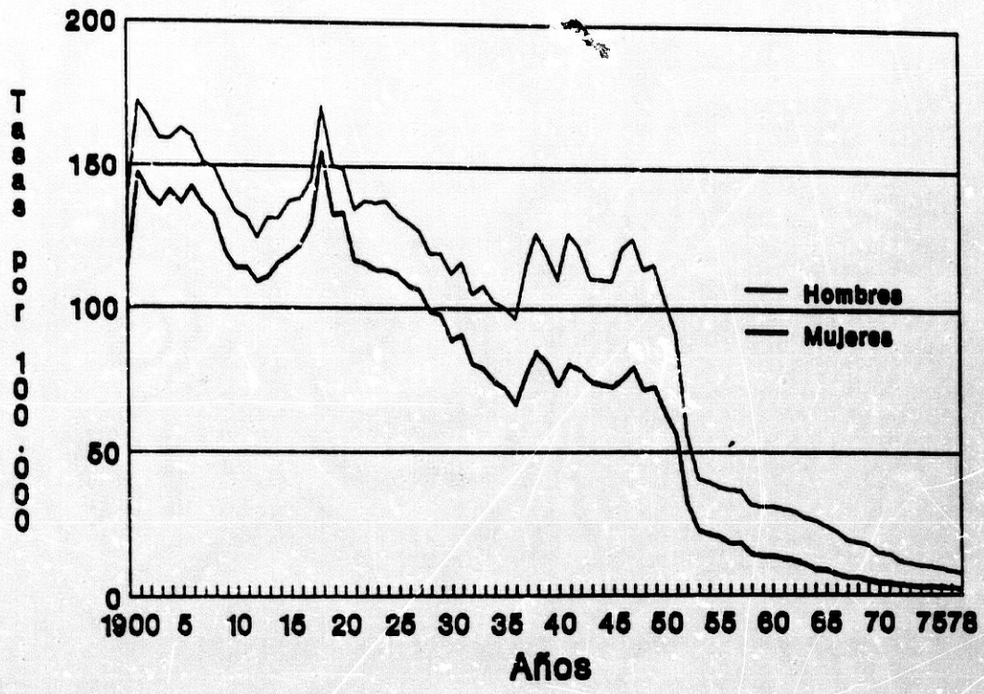
2.1.1. La tisis en la tradición higiénica decimonónica.

Como ya hemos señalado, los testimonios históricos nos demuestran que la presencia de la tuberculosis ha sido apreciablemente constante al menos en el Viejo Mundo; pero sería a partir de los siglos XVI a XVIII cuando aparecen las primeras medidas legislativas para intentar combatir esta enfermedad.

FIGURA 6

TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO

Tasas por 100.000 por sexo. 1900-1978.

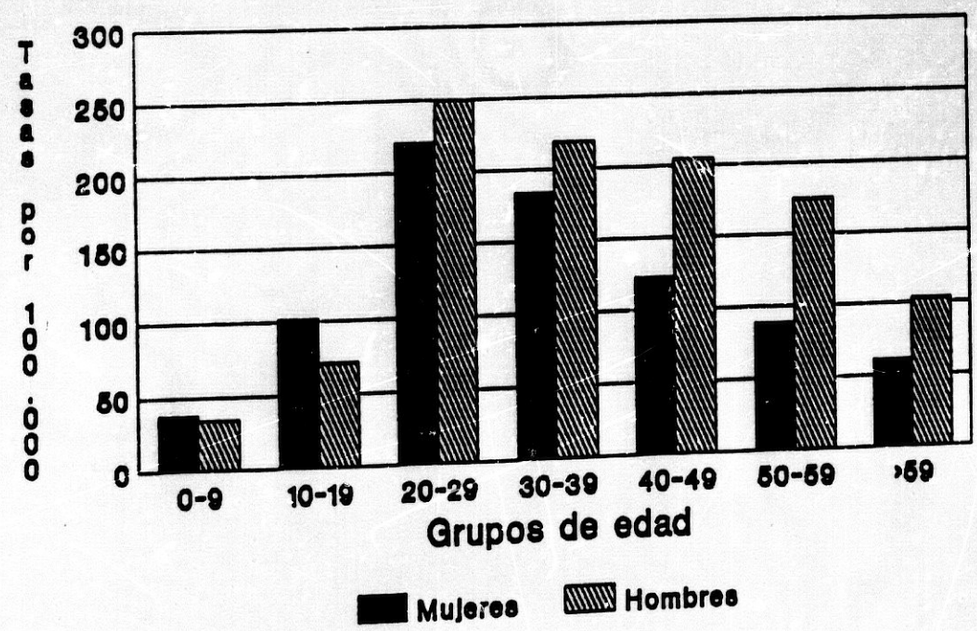


FUENTE: GARCIA BENAVIDES (1982).

FIGURA 7

TUBERCULOSIS APARATO RESPIRATORIO

Tasas por 100.000 hab. por edad y sexo
1910

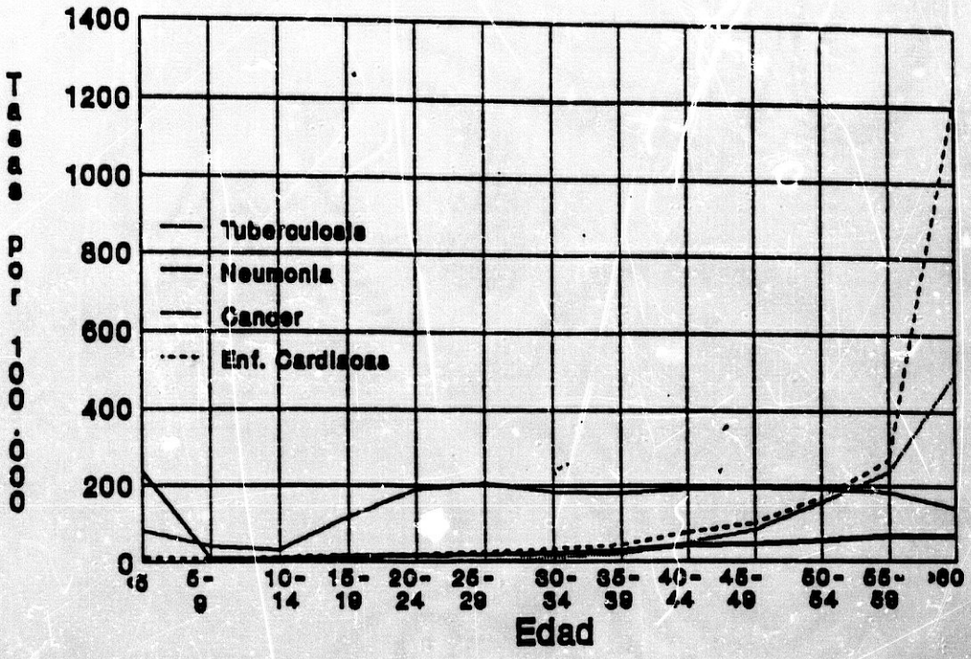


FUENTE: GARCIA BENAVIDES (1982).

FIGURA 8

MORTALIDAD POR CAUSAS/EDADES

Tasas por 100.000 habitantes.
Hombres. 1930.

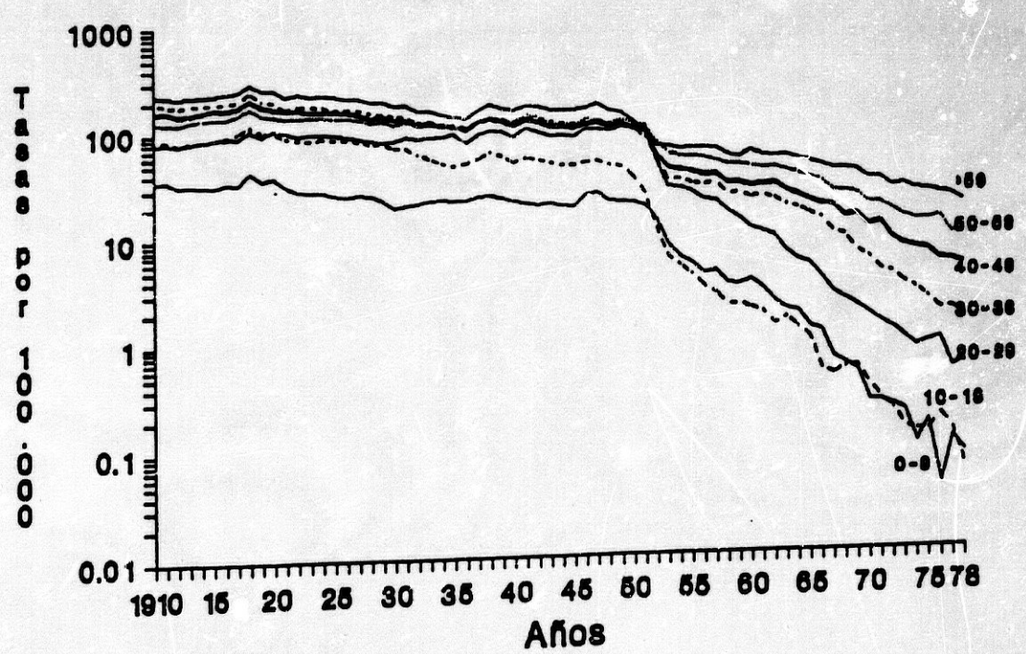


FUENTE: E.P. a partir de PASCUA (1934)

FIGURA 9

TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO

Tasas por 100.000 hab. según edad
1910-1978.



FUENTE: GARCIA BENAVIDES (1982).

Las primeras referencias que tenemos datan del año 1569 en el Reino de Mallorca, donde el Grande y General Consejo ordenó la obligatoriedad, por parte del médico, de declarar la existencia de los casos de tisis a las autoridades para que estas procedieran a la quema de la ropa usada por estos enfermos[24]. Ejemplos como este se suceden en el mismo Reino de Mallorca, 1679; en Valencia, 1699; Barcelona, 1731; Sevilla, 1751; hasta llegar a la ya clásica referencia contemporánea sobre la Ordenanza de Fernando VI, en 1751, donde se recogía también la obligatoriedad de denunciar los casos de tisis a la autoridad, y la prohibición de comerciar con ropa procedente de enfermos tísicos[25]. Algunos autores han apuntado que la influencia de esta legislación actuó sobre los viajes hacia América en el sentido de prohibir el embarque a los tísicos, hecho que justificaría que en las zonas colonizadas por españoles hubiese un contingente menor de indios tuberculosos que en las zonas colonizadas por ingleses y franceses[26].

A finales del siglo XVIII todavía se creía en la contagiosidad de la tisis[27], como así lo prueba el relato del Protomédico Antonio Corbella en 1795, al referirse al horror que esta enfermedad producía en las personas:

> "...las más huyen de las casas, y lugares donde han vivido los tísicos, y no queriendo usar de las ropas y alhajas que ellos han usado, las tiran y queman, no sólo voluntariamente, sino por orden de los Magistrados, para preservarse de semejante Enfermedad, no sólo a sí sino a las demás gentes"[28].

---

[24] FAJARNES Y TUR (1895) pp. 49-52.

[25] El texto completo está editado en: PEINADO (1890), CRESPO ALVAREZ (1941) y, más recientemente, en: RIERA; JIMENEZ MUÑOZ (1980).

[26] DUBOS; DUBOS (1952) p. 30.

[27] El término tuberculosis fue introducido en 1834 por Schönlein. SENDRAIL (1983) p. 368.

[28] CORBELLA Y FONDEBILA (1795) pp. 269-270. Este médico pertenecía a la Real Armada y fue Protomédico de las provincias de Rio de la Plata, Paraguay y Tucumán.

Pedro Felipe Monlau (1798-1871), higienista y miembro del Consejo de Sanidad del Reino, recordaba en 1862 que "...no hace mucho se destruían las ropas y los utensilios de los muertos de tisis pulmonar, se picaban las paredes, se cepillaban las puertas y vigas del aposento, etc." criticando estas medidas por exageradas[29].

Para José Varela de Montes (1796-1868), decano de la Facultad de Medicina de Santiago, la tisis era en aquellos tiempos una enfermedad aterradora:

> "Los médicos viejos recordamos ya mal aquella época en que se huía de los tísicos, y eran estos, si no una difamación, un feo lunar en las familias...En aquellos tiempos, fines del pasado siglo y principios del actual, aun recordamos que sólo la caridad y amor de familia prestaban a los tísicos consuelo y asistencia. La prudencia pudo dictar ciertas leyes y consejos; un imprudente terror todo lo exageró"[30].

Este mismo médico apuntó cómo, en 1820, el propio Rey dudaba entre derogar las leyes que sancionaban el contagio y el vigor de su cumplimiento. En efecto, el 9 de enero de 1831 el Protomédico de Córdoba, Francisco Martínez Doblas, fue requerido por el gobierno para que informara acerca de la contagiosidad de la tisis y sobre lo que debía hacerse con la ropa y utensilios de los tísicos "...para tomar las medidas de prevención que en tales casos la policia médica previene". En su respuesta negaba tajantemente que esta enfermedad fuese contagiosa, que no se reconocía ningún "virus tísico" ni la contagiosidad había sido probada por ningún estudio. Al mismo tiempo reconocía la trasmisión de la enfermedad por herencia, transmitiéndose de padres a hijos junto a la constitución orgánica,

---

[29] MONLAU (1862) pp. 323-324.
[30] VARELA DE MONTES (1865) p. 442.

> "...luego no reconoce otro apoyo ese terror pánico con que se miran los miserables enfermos de la tisis, que una tradición bárbara, negada enteramente aun a los simples raciocinios de la luz natural"[31].

El Gobierno después de recibir el informe, decidió imprimirlo por cuenta del Estado con la intención de rectificar "...algunas opiniones vulgares" de los efectos de la tisis "...no menos funestos que ella"[32].

En efecto, la pervivencia popular en España del miedo al contagio, como varios autores han señalado[33], podemor verla reflejada en el viaje que George Sand hizo por España con Chopin, enfermo de tuberculosis, en 1830. Estos encontraron muchas dificultades para instalarse en Palma de Mallorca, apartándose le gente de ellos cuando llegaron

> "...desde este momento causamos horror y espanto a la población. Nos declararon atacados y convictos de tisis pulmonar, lo cual equivale a la peste en las preocupaciones contagionistas de la medicina española"[34].

Posteriormente, y ya en Barcelona, al abandonar la pensión fue obligado por el dueño a pagar la cama bajo pretexto de que la autoridad había mandado quemarla.

La creencia, entre el vulgo, de la contagiosidad de la tuberculosis se mantuvo a todo lo largo del siglo XIX. Corral y Maestro, en 1884, afirmó que el miedo de ciertos autores a que se abandonara a los tísicos si se difundía la propiedad contagiosa de la tuberculosis era infundado pues en España no se hacía, aun siendo el contagio una creencia popular, llegándose incluso en "ciertos puntos de nuestro país" a quemar

---

[31] MARTINEZ DOBLAS (1831) p. 14.
[32] Ibid. pp. 15-16.
[33] DUBOS; DUBOS (1952) pp. 32-33. y GRELLET; KRUSE (1983) p. 91.
[34] Citado por FATAS Y MONTES (1905) pp. 39-40.

la ropa de los muertos por tisis, aclarando que lo hacían "expontáneamente"[35].

Sin embargo, a nivel académico y favorecido por el auge de los estudios anatomopatológicos, "sobre los años 1815 a 1820, la idea del contagio se rechazó sin reserva"[36]. Estos planteamientos anticontagionistas se harían indiscutibles, como lo muestra el no reconocimiento, desde 1865, de los experimentos de Villemín por la Academia de Medicina francesa[37].

En España, la tuberculosis, es muestra notoria de interés en el año 1864, con motivo del I Congreso Médico Español celebrado en Madrid. Una de las cuatro ponencias oficiales se dedicaba a investigar las Causas de la tisis pulmonar y medios de evitar o disminuir sus estragos, respondiendo a la convocatoria nueve ponencias, además de quince comunicaciones orales sobre el tema[38].

Podemos ejemplificar, a partir de las consideraciones de este congreso, la idea que los higienistas tenían de la tuberculosis a mediados de dicho siglo. Según esto, la tisis pulmonar aparece considerada como una enfermedad hereditaria, aunque no imprescindiblemente, que permanecía latente a lo largo de la vida del individuo hasta que una serie extensa de causas ambientales la impelían a manifestarse. Entre estas causas estaban: los componentes climáticos, alimentación insuficiente o mala, aire viciado (bien del lugar de alojamiento o de trabajo), el hacinamiento, el onanismo y el trabajo excesivo. Asimismo se apuntaban las causas morales, que iban de la mano de

---

[35] CORRAL Y MAESTRO (1884) pp. 8-9 y p. 15.
[36] VARELA DE MONTES (1865) p. 445.
[37] COURY (1972) pp. 110-111.
[38] Las otras ponencias oficiales eran: 1º Sobre los lazaretos y cuarentenas; 2º Tratamiento quirúrgico del cáncer, y 3º Criterio de la libertad moral en la perpetración de un delito. ACTAS de las sesiones del Congreso Médico español celebrado en Madrid, septiembre de 1864 (1865).

las «pasiones de ánimo deprimentes»[39].

Antonio de Población y Fernández, médico militar, señaló tres factores por los que la tisis diezmaba en tiempo de paz las filas del ejército: la alimentación, los cuarteles y el servicio. Daba la mayor importancia al tema alimenticio, tanto a su cantidad como a la monotonía de la dieta, que estaba basada sólamente en arroz, patatas y tocino[40]. La mala situación de los cuarteles era tan evidente que "...probar que...son insuficientes y de malas condiciones...para el alojamiento de las tropas, sería probar una cosa que todo el mundo conoce"[41].

Ciriaco Ruiz Jiménez, Oficial del Consejo de Sanidad del Reino, contaba cómo, al confeccionar el censo de la población de Madrid en 1859 tuvo que "...apartar la vista con horror y el estómago con asco" de las casas de los pobres donde estuvo obligado a entrar. Este médico consideraba un problema médico-social importante el estado de estas viviendas, responsables del origen de la tisis, el escrofulismo y el raquitismo. Así describió cómo vivían las personas en muchas viviendas del distrito sur de Madrid:

> "En habitaciones miserables y reducidas encontrándose hacinadas las familias, faltándoles, no ya el sol, la luz, que es el principal estímulo de la vida, sino hasta el pan de los pulmones, el aire necesario para respirar, resultando aglomeradas toda clase de personas en atmósferas fétidas, corrompidas y naturalmente alteradas, por carecer de ventilación y limpieza, por la

---

[39] También había médicos en el Congreso partidarios de considerar el contagio como modo de trasmisión de la enfermedad, pero como una causa más, sin negar la multicausalidad en ningún momento. Algunos de estos médicos, al no ser el contagionismo la corriente dominante en ese momento, antes de proclamarlo abiertamente advertían al auditorio que lo iban a encontrar "retrógrado". IGLESIAS Y LOPEZ (1865) p. 468.

[40] La alimentación era considerada una causa principal en el origen de las escrófulas: dieta insuficiente y compuesta de vegetales, legumbres secas y frutos verdes. GODOY Y MERCADER (1863) pp. 9-10.

[41] POBLACION Y FERNANDEZ (1865) pp. 500-501.

> descomposición de géneros de sus industrias, por la estrechez, por el exceso de calor o frio, por la humedad y deterioro de paredes y pavimentos, constituyendo un conjunto que hacía repugnante entrar en ellas"[42]

Estas condiciones no sólo engendrarían la tisis, sino además "...la depravación moral de los hijos del pueblo, que de esta suerte son una carga para los establecimientos piadosos y correccionales". Ante esta perspectiva, no se extrañaba que una vez realizado el censo en 1861, que sólo comprendía nacimientos, matrimonios y fallecimientos, la mortalidad general ascendiera a 11.391 sobre una población de 298.426 habitantes, es decir un muerto por cada 26 habitantes[43] (38 por mil, si calculamos la tasa bruta).

En el mismo sentido, aclaraba la poca utilidad de esta estadística mientras no se hiciera "...señalándola por barrios y hasta por casas, edades, dolencias, etc., etc., para determinar las causas y extinguirlas o atenuarlas"[44]. Finalmente, atribuyó a los congresos médicos un efecto apropiado para crear un clima de preocupación y llamar la atención de municipios, diputaciones y gobierno de manera que procuraran con urgencia introducir medidas de saneamiento de "...pueblos y moradas, en cuya insalubridad se encierran las causas genéricas del desarrollo y progresos de la tuberculosis".

Planteadas estas premisas etiológicas, la solución sólo podría venir a través de los preceptos de la higiene pública, a través de una actuación sobre el medio para, de esta forma, transformar las condiciones de vida que producían esta enfermedad: "...procúrense buena alimentación, habitaciones sanas, trabajo moderado a la clase obrera, mejórense las

---

[42] RUIZ JIMENEZ (1865) p. 516.

[43] El número de fallecidos lo equiparaba al de nacimientos que era de 11.646. La mortalidad para la provincia ascendía a 16.949 con una población de 489.000 personas.

[44] Ibid. p. 518.

condiciones de salubridad en las grandes poblaciones, inspecciónese los colegios para evitar el vicio del onanismo"[45].

2.1.2. Etiología de la tuberculosis: "germen" y "terreno".

El descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por Robert Koch, en 1882, trajo a la palestra de los debates científicos un nuevo factor a tener en cuenta: un microorganismo sin el que no existiría la enfermedad. A partir de este momento, y una vez extendida y aceptada esta teoría, las discusiones en torno al desarrollo de la tuberculosis variaron sensiblemente. Los factores causales de los higienistas decimonónicos se convertieron en factores predisponentes, que actuaban sobre el individuo "abonando el terreno", para que, una vez preparado, el bacilo pudiese "germinar". Así la pretendida "predisposición" se convertiría en una "predisposición universal":

> "Si hecha una descarga sobre un pelotón de soldados muriese la mitad de ellos, ¿se podría decir de los supervivientes que no estaban predispuestos a las balas? Por análoga consideración me parece muy razonable pensar de los que no se tuberculizan, que han tenido la fortuna de que no se atraviese el germen en su camino"[46].

De esta forma la dialéctica del origen de la tuberculosis se desarrolló, desde entonces, en torno a estos dos elementos: "germen" y "terreno", factores que condicionarían el grado, evolución y pronóstico de la enfermedad tuberculosa. Ningún médico de la época negó la influencia de ambos elementos, pero se adcribieron a distintas posturas según la categoría que le concedieran a uno u otro factor. Esto, claro está, repercutiría

---

[45] OLOZAGA (1865) pp. 463-464.
[46] VERDES MONTENEGRO (1902) pp. 33-34.

a la hora de reivindicar unas medidas profilácticas u otras para evitar la difusión de esta enfermedad.

Así para los "gerministas", la lucha antituberculosa, como "proceso social", consistiría en "...cerrar todas las fuentes de contagio...siendo todo lo demás accesorio"[47]. Tal opinión sustentó las campañas de «guerra al esputo» y, en general, el empleo de los «medios directos» de la lucha. Los que creían en el contagio a ultranza eran partidarios de la declaración obligatoria para recluir a los tuberculosos "...a la manera que se hace con los alienados...en manicomios...para que no molesten a las muchedumbres", afirmando que no se acabaría con esta enfermedad "...mientras que se admita a un camarero tuberculoso estar al servicio de un hotel, café o casa de huéspedes, en una palabra, mientras a este pestoso no se le aparte del individuo sano"[48].

Contrariamente, los que daban más importancia al "terreno" afirmaban que lo de menos era el bacilo ya que, si en realidad fuera tan peligroso, la humanidad hubiera desaparecido, pues este germen era omnipresente[49]. La tuberculosis era vista como un mal que radicaba en las entrañas de la sociedad, y por lo tanto para buscar el remedio había de ahondarse en la sociedad misma[50]. Hauser, en su comunicación al IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898 concluía:

> "La etiología de la tuberculosis es un problema médico-social, y cual todas las cuestiones sociales, compleja por demás, sin que pueda resolverse por medio de una cruzada contra los esputos"[51].

Para los más radicales, el bacilo era lo aparente, siendo

---

47 CODINA CASTELLVI (1913) p. 4.
48 ALDAZ (1914) p. 657.
49 FERNANDEZ (1900) p. 47.
50 QUERALTO I ROS (1905) p. 737.
51 HAUSER (1900) pp. 109-110.

la verdadera etiología de la tuberculosis "...el pan a 35 cts., la carne a dos pesetas, los huevos, la leche y el pescado inasequibles"[52].

Mención aparte merece un grupo especial de "terrenistas", de los que nos ocuparemos en otro lugar, los eugenistas. Estos sostenían que la principal causa de la "miseria orgánica" era la herencia, defendiendo todas aquellas medidas que impidieran el nacimiento de seres "condenados" a sufrir esta enfermedad.

2.1.4. Factores sociales en la génesis de la tuberculosis

El reconocimiento de la tuberculosis como enfermedad social se mantuvo constante, en lo fundamental, a lo largo del período estudiado. La tuberculosis reunía los requisitos exigibles para tal definición y salvo matices que fueron más evidentes a la hora de proponer soluciones, todos reconocían en las causas, "algo más" que la sola existencia de un germen patógeno. La definición hecha en el I Congreso Nacional de Sanidad, en 1934, puede resultar ejemplificadora, de cómo, a los 52 años del descubrimiento del bacilo, la tuberculosis seguía siendo la enfermedad social modélica

> "...enfermedad social es aquella que, bien por el número enorme de afectados por ella, supone un [problema] social, o bien porque las causas que las originan tienen su raiz profunda en hechos y motivos sociales,...la tuberculosis...tiene ambas cosas a la vez; enfermedad muy difundida y, por lo tanto, problema social; enfermedad que tiene su raiz profunda en causas sociales y, por tanto, enfermedad social"[53].

En 1890, la Comisión de Reformas Sociales, creada en virtud

---

[52] PINILLA (1912) p. 127.
[53] ESPINOSA (1935) p. 392.

de la Real Orden de 5 de diciembre de 1883, publicó el resultado de su indagación sobre la situación de la clase obrera en España "..tanto fabril como agrícola". El panorama que pintaron no deja de ser estremecedor, porque refleja fielmente la visión que los higienistas de la época daban al origen de la tuberculosis, tan frecuente como el número de obreros que vivían en las condiciones que esta Comisión describió: la alimentación era escasa para que los obreros pudieran subsistir en la mayoría de las comarcas del país, produciendo un desarrollo "penoso" de su organismo que se reflejaba en las enfermedades de las comarcas agrícolas, después de trabajar en invierno y primavera y aguantar el verano riguroso. En sus viviendas las personas de esta clase social, estaban

> "...hacinadas en estrechas y lóbregas viviendas, faltas de ventilación en las grandes poblaciones y en inmundas e insalubres barracas en las poblaciones rurales o en el campo, mil dolencias las diezman continuamente. Con la habitación corre parejas el vestido harapiento y sucio".

Al referirse a su deficiente educación e ignorancia "casi absoluta", la sancionaban con los "desconsoladores datos" que suministraban la estadística criminal y la de instrucción pública. Finalizaban advirtiendo que las desgraciadas generaciones que en tales condiciones se formaban habían de tener por herencia, o un sistema nervioso dispuesto a todo, o un semiidiotismo que las incapacitaba para todas las relaciones individuales"[54].

Precisamente por gestarse en estas condiciones de vida, se consideraba a la tuberculosis una enfermedad social, pero la carencia de registros estadísticos en España, retrasó la realizacion de estudios autóctonos sobre la influencia del medio

---

[54] Comisión de Reformas Sociales (1890) Informaciór escrita practicada en virtud de la Real Orden de 5 de diciembre de 1883. Publicación oficial, vol. 2, Minuesa de los Rios, pp. 273 y ss. Citado por PALOMEQUE LOPEZ (1987) pp. 31-32.

social sobre la etiología de las enfermedades, en nuestro caso la tuberculosis[55].

Fatás y Montes (1862-1918) se quejaba, en 1904, de no disponer de datos completos para formar una buena estadística con la que demostrar que la frecuencia en el número de tuberculosos era inversamente proporcional al nivel de bienestar material, pero afirmaba que era saber común que la tuberculosis atacaba "...más al obrero que al patrón, al empleado que al jefe, al jornalero que al propietario, al soldado que al oficial"[56].

Los estudios que interrelacionaban el origen de la tuberculosis con los distintos factores sociales fueron apareciendo paulatinamente en la literatura española, apoyados en una base estadística autóctona y como una parte de estudios más generales. Así, Hergueta y Martín (1852-1930), en 1895, al analizar las causas de mortalidad por enfermedades del pecho en Madrid, utilizó el nivel de renta de las casas para compararlo con el número de defunciones, encontrando mayor mortalidad en los barrios de renta más baja (y por lo tanto de ingresos más bajos) y de mayor hacinamiento[57]. Ricardo Revenga, en 1901, en su estudio demográfico general sobre Madrid, agrupó a los 1.847 fallecidos a causa de la tuberculosis en un año, en función de la ocupación que desarrollaban, aunque aclaraba que sólo los presentaba por "mera curiosidad" por lo reducido de la muestra y por ser necesario relacionar el número de fallecidos de cada profesión con el de individuos vivos de la misma. Dominaban la tabla los que habían declarado ser jornaleros con 459 fallecidos, profesión que en realidad no existía en Madrid, deduciendo este autor que, en realidad no tenían ninguna ocupación; le seguían 480 mujeres bajo el epígrafe "sus

---

[55] RODRIGUEZ OCAÑA (1987) pp. 17-18.
[56] FATAS Y MONTES (1905) p. 48.
[57] HERGUETA Y MARTIN (1895) pp. 68-70. Hay que resaltar que este autor defiende en su obra la importancia del clima sobre la producción de las enfermedades del pecho.

FIGURA 10

Profesiones de los fallecidos por tuberculosis en Madrid capital en 1899

Profesión	hombres	mujeres
Jornaleros	459	»
Mujeres sus labores	»	480
Menores de 11 años	219	198
Empleados	106	»
Varones no consta	99	»
Otras profesiones	57	»
Comerciantes	34	»
Sirvientes	19	17
Estudiantes	20	»
Militares	19	»
Industriales	19	»
Zapateros	13	»
Carpinteros ebanistas	11	»
Propietarios	9	»
Religiosas	»	8
Satres y modistas	4	5
Tipógrafos	8	»
Albañiles	8	»
Abogados y procuradores	8	»
Cocheros	8	»
Panaderos	6	»
Peluqueros y barberos	8	»
Pintores	5	»
TOTAL	1.139	708

FUENTE: REVENGA (1901) pp. 41-42.

labores", que junto a los "jornaleros" representaban el 50 por ciento del total[58].

Tendremos que esperar al siglo XX para que se generalicen estudios monográficos sobre la tuberculosis y se incorporen nuevos indicadores sociales. Comenge y Ferrer, que como más adelante veremos fue uno de los primeros en plantear la necesidad de organizar la lucha antituberculosa, también lo fue en la realización de estos estudios, al introducir en sus «Estudios demográficos de Barcelona» (publicados regularmente en la Gaceta Médica Catalana), a partir de 1901, la mortalidad según los diferentes distritos urbanos, concluyendo que "...en los distritos de mayor densidad, pobreza y descuido, es donde más se ceba el contagio"[59].

2.1.4.1. Estudios epidemiológicos sobre la tuberculosis

En las primeras décadas de este siglo, se inició la confección de una serie de indagaciones sobre el problema tuberculoso desde la óptica social. Estos estudios, siguiendo la tradición de las "topografias médicas" del siglo XIX, se concretaban en comunidades singulares, analizando todos los factores relacionados con esta enfermedad. Es interesante observar cómo, con el paso del tiempo y la populiarización de las doctrinas médico-sociales, los aspectos geoclimáticos van cediendo terreno en favor de los meramente sociales.

En 1898, las comunicaciones sobre tuberculosis presentadas al IX Congreso de Higiene y Demografia celebrado en Madrid,

---

[58] REVENGA (1901) pp. 41-42. Véase figura [10].

[59] COMENGE Y FERRER (1901) p. 448. Este autor, como ha señalado recientemente RODRIGUEZ OCAÑA (1987) pp. 18-19, en 1899 interrelacionó la frecuencia de la mortalidad infantil con los niveles sociales de Barcelona, encontrando una notable diferencia de mortalidad entre unas clases y otras, con perjuicio para las más bajas.

fueron incluidas en la Sección de Climatología y topografías médicas, de las que formaban un tercio del total (12 de 36). En este Congreso comenzó el declive de la importancia geoclimática concedida anteriormente en la etiología de la tisis, con la obra "Geografía y climatología de la tuberculosis" de Ricardo Bellota y Tailor. Este autor analizó a través de una gran cantidad de datos, la influencia del lugar y del clima sobre la mortalidad por tuberculosis. Estudió para ello la estadística mortuoria de las poblaciones españolas y de algunas importantes del mundo. Su principal conclusión no pudo ser más significativa:

> "Las enfermedad no es más ni menos frecuente en los puntos altos y secos que en los bajos y húmedos. No es más ni menos común en los climas fríos, brumosos y desapacibles, que en los templados, cálidos y benignos. Lo mismo se desarrolla en los puntos donde la temperatura es casi uniforme, que donde hay cambios bruscos y repentinos. La belleza y bondad de los climas de Andalucía, Valencia y demás regiones del Mediodía y Levante no ofrece la menor garantía de inmunidad a la tisis"[60].

No hay que olvidar que sólo cuatro años antes Hergueta concedía a los agentes cósmicos un "influencia inmensa" en el desarrollo de las enfermedades del pecho[61]. No obstante, el influjo de la climatología se seguirá teniendo en cuenta, pero eso sí, reducido a un pequeño lugar en comparación con el resto de las consideraciones epidemiológicas.

A partir de 1902, fecha en que se comenzó a editar el Movimiento de la población española con datos estadísticos desde 1900, los sanitarios españoles contaron con datos, hasta cierto punto fiables, en los que basar sus estudios[62]. A partir de 1910, proliferaron los estudios particulares que intentaban explotar los datos sobre mortalidad disponibles hasta la fecha. Estos

---

60 BELLOTA Y TAILOR (1900) pp. 7-8.
61 HERGUETA Y MARTIN (1895) p. 57.
62 RODRIGUEZ OCAÑA (1987) p. 18.

demógrafos afirmaban que, diez años era período suficiente para "...descubrir leyes estadísticas" y demostrar que los fenómenos registrados uniformemente a lo largo de este tiempo, no podían ser atribuidos a coincidencias eventuales[63]. Este auge se hizo evidente con motivo del II Congreso Español de la Tuberculosis, celebrado en Barcelona en 1910. Dicho Congreso contó con una sección dedicada a Estadística y demografía, donde los trabajos que se presentaron estaban dedicados a relacionar, en comunidades concretas, la mortalidad por tuberculosis con la edad, sexo, meses del año y localización de la enfermedad, entre otros.

También en este Congreso se expusieron los primeros trabajos realizados a partir de las estadísticas recogidas por algunos dispensarios, abiertos poco tiempo antes. Así Villegas y Bermudez de Castro (n. 1886) presentó un estudio titulado "Las condiciones sociales en relación con la tuberculosis", basado en los enfermos que habían acudido al Dispensario María Cristina de Madrid. Estableció seis variables: edad de comienzo de la actividad laboral, duración de la jornada de trabajo, jornal, relación entre trabajo y jornal, vivienda y hábitos de limpieza. A través de estos datos agrupó a los enfermos, encontrando que la mayoría de enfermos habían comenzado a trabajar antes de los 15 años (78%), durante más de 10 horas diarias (41%), ganaban menos de dos pesetas diarias (27%) o no ganaban nada (28%), los ingresos totales de su familia eran inferiores a una peseta por individuo (68%), su vivienda poseía menos de una ventana por habitación (67%) y menos de una habitación por persona (45%) y, por último, nunca se habían lavado el cuerpo (55%) pero sí la cara cotidianamente (97%). Tras estos datos, afirmaba no asombrarse de que la tuberculosis matara todos los años entre 40.000 y 60.000 individuos, terminando por proponer, para contrarrestar ese estado de cosas, viviendas baratas, alimentos nutritivos, trabajo reglamentado y descanso suficiente[64].

---

[63] SIERRA Y ZAFRA (1912) p. 3.
[64] VILLEGAS Y BERMUDEZ DE CASTRO (1910) pp. 12-20.

Luis Sayé, Director del Servei d'Assistencia Social dels Tuberculosos de Catalunya, dio a conocer, en 1924, los resultados de la labor de investigación social realizados desde su inauguración en 1921. Hay que destacar que estos datos serían recogidos por las primeras enfermeras visitadoras que se establecieron en el Estado español. De las 126 casas investigadas, 98 eran de construcción antigua, barracas sin instalaciones higiénicas; 20 de instalación antigua o nueva pero con instalaciones higiénicas medianas y, por último, sólo cuatro eran casas de construcción reciente pero con instalaciones higiénicas "elementales". En cuanto a las condiciones generales de ventilación, luz, costumbres higiénicas (no conocemos los parámetros utilizados de referencia), 32 eran buenas, 15 medianas y 75 malas. En 30 de esas 126 casas vivian 5 personas, 9 en 10, 10 en 6 e incluso en una vivienda vivían 35 personas. Sayé reconstruyó con estos datos las condiciones sociales y económicas del obrero medio y pobre barcelonés:

> "...el obrero vive en casas antiguas o en tiendas o barracas de condiciones higiénicas malas, formadas casi siempre por tres o cuatro habitaciones, de las que han de destinar a dormir dos o tres y donde viven por regla general de 5 a 6 individuos, siendo el ingreso económico de unas 60 pesetas por semana. Cuando uno de los individuos enferma, no disponiendo de local para poner una cama, sigue durmiendo con su mujer o sus hijos o hermanos"[65].

En 1934, Carlos Diez, Director del Dispensario del distrito de la Universidad de Madrid, presentó el resultado de mil seiscientas investigaciones sociales que, durante dos años de labor, recogieron directamente en las casas de los tuberculosos las enfemeras visitadoras (figura que comienza a tener importancia, en cuanto a su presencia en los dispensarios, a

---

[65] SAYE (1924) pp. 32-33.

partir de 1932)[66]. Los datos recogidos se condensaron en dos grupos: vivienda e ingresos. Diez aclaró que los factores que no entraban en estos dos apartados eran de imposible captación y de menos valor. En el concepto de vivienda se incluían sus características, el número de personas que la ocupaban en relación al número de habitaciones y si los enfermos dormían solos, con adultos o con niños. La evaluación de las condiciones de la casa estaban en función de su ventilación, soleamiento, humedad e iluminación, y según estas características, la enfermera visitadora establecía el calificativo de buena, regular o mala. Igual graduación se establecía para calibrar la densidad de ocupación. La densidad era tan elevada que Diez consideraba exagerado el considerar como "mala" la ocupación de más de una persona por cuarto, según propuso Bertillon, aumentando a más de tres el número de personas necesarias para recibir este calificativo. Si, a cada cuarto, le correspondían dos o tres individuos, la vivienda se consideraba "regular".

Los resultados estaban, según Diez, en la línea de lo esperado. Lo más destacado era la superpoblación existente: sólo en un 25,5 por ciento de los casos las condiciones del domicilio eran buenas. Un 35,3 malas y un 39,6 regulares. La densidad era buena en un 24,3 por ciento, regular en un 37,2 y mala en un 38,4. Los enfermos dormían solos en un 32,7 por ciento y el resto que dormía acompañado lo hacía, con niños en un 32,7 y con adultos en un 34,4. Finalmente los ingresos eran evaluados más subjetivamente pues el 23,2 por ciento tenían ingresos calificados de "suficientes"; los ingresos "escasos" representaban un 28,8 y los "nulos" un 20,8, quedándose sin averiguar el 25,7.

A continuación expondremos, las diferentes indagaciones sobre el tuberculoso y su habitat, destacando de la constelación etiopatogénica de esta enfermedad las más representativas y que despertaron un mayor interés entre los tratadistas.

---

[66] DIEZ FERNANDEZ (1934_a) pp. 56-69.

2.1.4.2. Trabajo

Como hemos visto, era saber común que las condiciones de trabajo repercutían desfavorablemente sobre la salud de los obreros, actuando como una causa "tisiógena". En 1899 Maluquer, en las discusiones del Senado para defender el proyecto de Ley de Sanidad, utilizó unas estadísticas realizadas por el sindicato de obreros guanteros, donde se recogía que, de cada 12 fallecimientos entre ellos, 10 lo eran por tisis. Maluquer aclaró que esto obedecía sin duda "...a que su trabajo se efectua en locales reducidos en los cuales están recibiendo las emanaciones malsanas de las pieles que emplean en su trabajo industrial"[67].

El socialista, en un artículo titulado "Vivero de tuberculosos. Los eternos parias", denunció, en 1914, el estado de las dependencias de correos, donde los carteros, hacinados en cuartos antihigiénicos, clasificaban "la polvorienta correspondencia". Este hecho, unido a "lo exiguo del jornal" y la "jornada brutal", hacía que cayeran "...estos cuerpos jóvenes, llenos de esperanzas todavía"[68].

En España, los estudios médico-sociales dedicados a relacionar la tuberculosis con ciertos trabajos, se redujeron a ordenar, por orden de frecuencia, las distintas profesiones de los tuberculosos. Nuestras pesquisas no nos han permitido encontrar estudios concretos sobre estos temas que brillan por su ausencia en los circuitos científicos habituales, como Congresos u otras reuniones científicas.

---

[67] LEY de Sanidad en el Senado (La) (1899).
[68] POSTAL-HERIA (1914).

Verdes Montenegro estudió las profesiones de los tuberculosos, no sobre defunciones sino a partir de los enfermos que acudían al Dispensario María Cristina de Madrid. Como él mismo reconocía, la muestra sólo se refería al "proletariado". Las dos máximas frecuencias coinciden con las del trabajo de Revenga: de 3.336 casos estudiados, 692 eran "mujeres dedicadas a las faenas domésticas", seguido por 300 "jornaleros". Con respecto a estos últimos, Verdes aconseja no tenerlos en cuenta, porque en realidad son "...braceros que trabajan en distintos ramos de la industria según las necesidades del mercado" como por ejemplo el acarreo de tierra, picado de piedras, carga y descarga de mercancías, entre otros[69]. Dos años después completaría la estadistica acumulando 6.634 casos de tuberculosis, en los que se mantenía en primer lugar las amas de casa, con 1235, pero seguidas ahora por los criados que habían superado a los jornaleros. Aquellos suponían 612 y estos 592[70].

Al interpretar estos datos, Verdes daba toda la importancia a la calidad del entorno donde el individuo pasaba la mayor parte de su vida. Así las amas de casa "...es decir las mujeres de los obreros", pasaban el día en habitaciones insalubres, "...probablemente infectada de tuberculosis durante muchos años por sus habitantes anteriores". Los dependientes de comercio trabajaban en locales sin higiene y "...duermen muchos en habitaciones sucias y oscuras". Los criados, eran relegados a las habitaciones más lóbregas, además de estar "...revolviendo por necesidades de su oficio los detritus del hogar".

Estos resultados, que coinciden con los ofrecidos por Revenga en 1901, ambos para Madrid, no difieren tampoco de los presentados por Antonio Piga para una ciudad pequeña como Toledo, de 23.400 habitantes. Clasificando las defunciones de los tuberculosos con arreglo a las profesiones de los 622

---

[69] VERDES MONTENEGRO (1910) pp. 7-8.
[70] VERDES MONTENEGRO (1912) pp. 4-5. Véase figura [11].

FIGURA 11

Profesión de los tuberculosos asistidos en el Dispensario María Cristina de Madrid. 1910 y 1912.

Profesión	1910	1911
Mujeres dedicadas a faenas domésticas	692	1.235
Jornaleros	300	592
Criados	283	612
Dependientes de comercio	234	501
Costureras	216	453
Empleados	196	348
Carpinteros, Torneros, etc.	182	392
Herreros, cerrajeros, etc.	156	350
Zapateros	109	291
Cajistas	89	232
Panaderos	79	203
Albañiles	79	229
Militares	77	197
Labradores	64	84
Cocheros, coductores de tranvias, etc.	63	151
Sastres	60	97
Peluqueros y peinadoras	58	98
Estudiantes	53	59
Planchadoras	47	90
Pintores	33	49
Encuadernadores	29	»
Electricistas	24	58
Porteros	18	47
Plateros	17	24
Vidrieros	16	37
Otras menos de diez	162	205
TOTAL	3.336	6.634

FUENTE: VERDES MONTENEGRO (1910) p. 8, y VERDES MONTENEGRO (1912). pp. 4-5.

fallecidos en el decenio 1900-1910, encontró que destacaban, con diferencia, las mujeres dedicadas a "sus labores" (224) y los "jornaleros" (107), seguidos a mucha distancia por "menores de edad" (51), "asilados" (34) y "empleados" (26); concluyendo que estos datos comprobaban el hecho "...tan conocido como exacto, de que las profesiones compatibles con un trabajo al aire libre y puro son las que producen un minimum de mortalidad"[71].

Podemos observar que el problema del trabajo en el origen de la tuberculosis era visto como un problema medioambiental. El Primer Congreso Español de la Tuberculosis, en una de sus conclusiones, sólo pidió que se dictase una "ley de higiene de la habitación", y que se extendiese a fábricas y talleres[72], dejando fuera otro tipo de consideraciones. De la misma forma, los autores que aludieron a la alta frecuencia de la enfermedad en algunos oficios, hacían referencia a este tipo de cuestiones. Los "jornaleros", que no son tenidos en cuenta, formaban, según Salvat, un contingente "denso y gris" al margen del grupo "privilegiado de los obreros especializados y de los acomodados en oficio determinado". Trabajarían en las minas, en las obras públicas o privadas "...cargando con las más penosas labores indiferenciadas"[73]. Tampoco la alta frecuencia en amas de casa era explicada satisfactoriamente. BRYDER ha apuntado que, en las zonas deprimidas de Gran Bretaña, a comienzos del siglo XX, la tasa tan elevada de tuberculosis en mujeres podía ser debido a una mayor suceptibilidad de este grupo ante condiciones sociales adversas o bien a que recayeran sobre ellas el mayor peso de dichas inclemencias, como, por ejemplo, recibiendo una pequeña parte de la comida de la familia[74]. En España el refrán "Cuando seas padre comerás huevos" nos habla del privilegio del cabeza de familia a consumir la única ración proteínica de carne o huevos, al no haber suficiente para todos.

---

71 PIGA (1912) p. 411.
72 CONCLUSIONES (1913) p. 211.
73 SALVAT NAVARRO (1934) p. 514.
74 BRYDER (1988) p. 125.

En 1910, Gaspar Fisac, basándose en estadísticas extranjeras, anotó que la tuberculosis se desarrollaba con mayor frecuencia entre aquellos trabajadores que desempeñaban oficios expuestos al polvo, como los picapedreros y pulidores. Para España resaltó que, en 1908 el 60 por ciento de la mortalidad registrada en la villa de Almaden era debida a mineros tuberculosos, y en Mieres (Oviedo) de los 112 tuberculosos que murieron en 1909, el 96 por ciento correspondía a "...obreros de fábricas de hierro y minas"[75].

A tenor de lo que llevamos expuesto, resulta curioso que fuera un alumno de medicina, German Roselló y Parleris, quien en 1912 realizó un trabajo para la Cátedra de Higiene de la Facultad de Barcelona titulado "la tuberculosis pulmonar y su relación con la industria corchotaponera" publicado en la Gaceta Médica Catalana. Se trata de uno de los pocos estudios sobre un colectivo de trabajadores concreto en nuestro país. Se daba el hecho de que varios pueblos del Bajo Ampurdán y la Selva, se dedicaban casi por entero a este tipo de tareas, incidiendo con mayor frecuencia la tisis entre ellos que en los circundantes. Estudia pueblo por pueblo la profesión de los fallecidos por tuberculosis desde 1901 a 1908. Los resultados son elocuentes: en Bagur de 24 individuos muertos en este período 15 eran taponeros y del resto no constaba la profesión. En Palafrugell, de 115 fallecidos, 106 eran también taponeros. En Palamós de 79, eran taponeros 48, el resto tampoco constaba la profesión. En San Feliu de Guixols no constaba la profesión de las 102 mujeres fallecidas por esta enfermedad pero, de los 140 hombres, 87 eran taponeros y el resto no se indicaba. En la interpretación de los datos, Roselló achacaba la producción de la tuberculosis, a la falta de aire en las fábricas y al polvo que se producía al hacer los tapones por rozamiento. También a la postura que obligaba a los operarios a la inmovilidad del cuerpo y a "...mantener el tronco en flexión y el pecho hundido", hecho que

---

[75] FISAC (1912) pp. 429-431.

les impedía respirar correctamente[76].

César Bécares definió en 1934 la enfermedad profesional "en su más amplio concepto" como "...aquella que aparece con cierta regularidad en obreros de determinados oficios, o se presenta en ellos con mucha mayor frecuencia que en el resto de la población". Según esta definición, la tuberculosis podría ser considerada un enfermedad profesional. Este mismo autor, sin embargo, se apresuró a desmentir las estadísticas que hicieron recaer "...falsas sospechas sobre algunos oficios inofensivos", refiriéndose a la elevada frecuencia que tenía la tuberculosis en profesiones como sastre, relojero o "cajista". La explicación la daba en que estos oficios al requerir poco consumo de energía corporal, acogían a un elevado número de obreros con débil constitución física.

> "No es, por tanto, el oficio de sastres, relojeros, etc., como tal, el predisponente u ocasional, sino la expontanea elección de estos trabajos por personas débiles..."[77].

Esta "predisposición a la tuberculosis" junto a circunstancias "unidas indirectamente al trabajo", como locales antihigiénicos, defectuosa ventilación en los sastres por la posición encorvada del cuerpo, alimentación insuficiente y escaso salario, podían explicar esta elevada frecuencia.

Para terminar con este apartado, debemos señalar una petición por parte del segundo Congreso Español de la Tuberculosis para que se contemplase la tuberculosis como posible accidente de trabajo en algunos supuestos: inoculación del bacilo a causa de una herida o pinchazo, como podía acontecer a médicos, enfermeras, empleados de desinfección, matarifes, lavanderas o planchadoras; o bien, por un traumatismo costal en la empresa; y, en menor grado, si se agravaba una tisis

---

[76] ROSELLO Y PARLERIS (1912) pp. 81-87 y 132-138
[77] BECARES, C. (1935) p. 269.

preexistente por dicho traumatismo[78]. En todo caso pedían que este hecho (el ser tuberculoso) no se tomase como eximente o atenuante de la responsabilidad de la empresa en el accidente[79].

2.1.4.3. Vivienda

La vivienda, junto con la alimentación, fue una de las principales causas implicadas en la génesis y desarrollo de la tuberculosis. Muchos autores concedían a la mala habitación el primer lugar en orden de importancia en la etiología de esta enfermedad, llegando incluso a afirmar que era más importante que una alimentación deficiente pues "...los mendigos, a pesar de su defectuosa ingesta, padecen menos el mal, por andar mucho al aire libre"[80]. Otro médico afirmaba que la clase trabajadora, entre morir de hambre o de tisis prefería lo segundo, haciendo referencia a su vida en casas pequeñas y antihigiénicas[81]. Guerra y Cortés en 1903, denunció la forma de vida del "proletariado" madrileño que vivía en

> "...esas 638 casas [de vecindad] que albergan 52.521 habitantes; que no tienen espacio para vivir si no viven hacinados; que no tienen aire que respirar porque se lo roban unos a los otros; que no ven entrar en sus habitaciones los hermosos vivificantes rayos de sol; que carecen de agua para la limpieza y necesidades domésticas; que carecen de alimento reparador y nutritivo porque el mezquino salario, cuando trabajan, no da lugar a las más apremiantes necesidades",

o bien en las 42.000 habitaciones cuyo alquiler era menor de 15 pesetas al día, o también en las 200 casas llamadas "de dormir"

---

[78] BRAVO Y MORENO (1910) pp. 7-9.
[79] PRIMER Congreso español internacional de la Tuberculosis. Conclusiones... (1910) p. 11.
[80] BUSTOS Y MIGUEL (1900) p. 149.
[81] LARRA Y CEREZO (1913) p. 34.

en las que por 10 ó 20 céntimos "...pasan la noche en comunidad inmoral y antihigiénica" para finalmente concluir que, "...esas gentes, que no tienen rudimentos de cultura, ni educación, ni recursos, ni aire, ni agua, ¡se tuberculizan!..."[82].

Luis Lasbesnnes, asesor médico de demografía municipal en Madrid, resaltaba la "aglomeración de viviendas" como una de las causas de insalubridad de la urbe, desvelando que, en 1912, los seiscientos mil individuos que vivían en la capital del Estado se alojaban en menos de 15.000 casas. Esta cifra, que comprendía todo tipo de viviendas de ricos y de pobres, la contrastó con la de Bruselas, que en 1908 tenía 21.519 casas para 198.610 personas[83].

El problema de la habitación provenía, no sólo de las malas condiciones higiénicas de las casas, sino además de la convivencia de varias personas en un mismo cubículo, del hacinamiento, factor fundamental en el origen de la tuberculosis. Queraltó en 1910, en su obra Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis[84], describió las condiciones de los barrios y viviendas de los obreros de Barcelona:

> "Las casas están como estupidas [sic.] de habitantes; cada rellano es un pueblo; cada puerta una tribu; cada alcoba una familia. La escalera es pestilente; las puertas exhalan el vaho del pudridero; el aire acre, pastoso, averiado, mugriento, abrasa la garganta... Entre trapos pingües, el enfermo se agita; en su misma cama lloriquea un niño; a sus pies, en el estiercol, otro juega. La luz es turbia; muchos cuartos lóbregos...Por el corredor las gentes van, vienen, tropiezan, se deslizan, y son como pedazos de la misma casa que se mueven; su color, el pardo de los muros; su mugre, la mugre de los cuartos; y el aire grasiento los envuelve y como adhiere y encola a las paredes, y así su pastosidad conglutina

---

[82] GUERRA Y CORTES (1903) pp. 7-8.
[83] LASBESNNES (1912) p. 24.
[84] Recientemente reproducida en RODRIGUEZ OCAÑA (1987) pp. 177-197.

seres y objetos"[85].

Los primeros estudios en torno al origen de la tuberculosis en relación a esta condición eran referidos a la mortalidad, por ser de esta los datos que se poseían. Así los fallecimientos acaecidos en las grandes urbes eran relacionados con el lugar donde se había producido el óbito, representándose en los mapas de los respectivos distritos urbanos. Estos trabajos, al igual que el resto de los que necesitaban una base estadística, comenzaron a popularizarse a partir de 1910, por las razones antes expuestas. Con anterioridad, Moliner en 1896, hubo de referirse a la mortalidad por tuberculosis en los diferentes distritos de París, para resaltar su etiología social. Diferenció el coeficiente de mortalidad del distrito 8º, de gente acaudalada, con el distrito más pobre, el 13º; siendo el primero de 178 y el segundo de 812, para concluir resaltando la evidente desproporción de 5 a 1 entre pobres y ricos[86]. El empeño de Comenge de reseñar, a partir de 1901, la estadística topográfica de mortalidad por tuberculosis en Barcelona, ya antes citado, fue seguido por casi todos los que pretendieron realizar un estudio completo sobre esta enfermedad.

Vicente Alvarez y Rodríguez-Villamil confeccionó en 1912 uno de estos trabajos: Madrid y la tuberculosis[87], ciudad de la que era concejal[88]. En las características demográficas de los diferentes distritos de Madrid, resultaba significativo la relación entre el grado de hacinamiento (metros cuadrados por habitante) y la mortalidad de tuberculosis (proporción por 1000). Comparó el Distrito de Buenavista, de menos mortalidad (1,7) y 94 metros cuadrados por habitante, con el de Hospital, el de más mortalidad (4,4) y 49 metros cuadrados por habitante,

---

[85] QUERALTO I ROS (1910) p. 14.
[86] MOLINER Y NICOLAS (1896) p. 16. Citando a Hanot.
[87] Esta obra ha sido reeditada recientemente en: MOLERO MESA (1987) pp. 133-175.
[88] Este médico llegó a ser Subsecretario de Sanidad y Beneficencia en el período republicano, desde el 20 de diciembre de 1935 al 2 de enero siguiente, sólo trece dias.

Distritos	Habitantes	Metros cuadrados por habitante
Hospicio	58.664	7,8
Centro	57.228	9,33
Chamberí	66.951	49
Latina	66.171	49
Hospital	63.875	49
Universidad	58.030	56
Inclusa	57.916	63
Congreso	60.480	77
Buenavista	63.400	94
Palacio	60.818	581
TOTAL	613.436	

Distritos	Mortalidad por 1.000
Buenavista	1,7
Centro	2,5
Hospicio	2,6
Congreso	2,6
Palacio	2,6
Chamberí	3
Universidad	3,4
Latina	3,5
Inclusa	4,2
Hospital	4,4

concluyendo que "..las condiciones de vitalidad y defensa" variaban en cada uno de los distritos "...conforme a sus condiciones higiénicas y a la cultura y posición de sus habitantes"[89].

Los distritos con mayor mortalidad, Hospital, Inclusa y Latina, se caracterizaban por poseer casas que reunían a 200 ó 300 personas. Estas casas llamadas "de vecindad" se componían de

[89] ALVAREZ Y RODRIGUEZ-VILLAMIL (1912) p. 17.

un número elevado de cuartos, constituidos, "...en su mayoría de dos o tres habitaciones, en cada uno de los cuales vive una familia, cuyo número de individuos oscila entre cuatro y seis personas y con retrete único para todos los vecinos de un piso, sean estos en el número que fueren". Estas casas llegaban a reunir 400 ó 500 habitantes, llegándose incluso, en el número 37 de la calle Ronda de Segovia, a albergar a 765 personas. Este autor resaltó que en quince casas vivían 6.235 individuos "...dato enormemente expresivo". En cuanto a las condiciones, faltaba "...lo más indispensable para la vida, que es la luz, aire y agua, con vistas a patios lóbregos, fríos y húmedos, saturados de malos olores, exhalados de los sumideros y letrinas"[90].

César Chicote, Director del Laboratorio Municipal de Madrid, realizó en 1914 una memoria titulada La vivienda insalubre en Madrid, en la que confirmó y amplió lo expuesto anteriormente por Rodríguez Villamil. Es de señalar la amplia documentación fotográfica de barrios y casas insalubres que presenta Chicote en su estudio. Para este autor las casas insalubres de Madrid eran un

> "instrumento de miseria y de muerte esgrimido impunemente por el capital en beneficio suyo, sin que le preocupe el número de víctimas que suponen los alquileres que aquellas rinden -siempre más productivos que los de las casas habitables- y sin que nadie haga nada para evitar lo que en realidad constituye verdaderos atentados criminales"[91].

Estas consideraciones libraban de responsabilidades a los obreros, que habitaban en casas malas porque no les era posible encontrar otras en mejores condiciones y porque no se lo permitían sus sueldos.

---

[90] Ibid. pp. 30-31.
[91] CHICOTE (1914) p. 23.

Otro estudio epidemiológico sobre este tema, que merece resaltarse, es El problema social de la tuberculosis en Madrid, escrito por José Codina Castellví en 1916. Este trabajo, más que describir el estado "tisiógeno" de las malas viviendas, investigaba la localización y las características de las casas de los tuberculosos y sus formas de vida. Sería uno de los primeros trabajos de lo que hoy conocemos con el nombre de "investigación social", ofreciéndonos unos de los pocos datos de morbilidad que conocemos de esta época. La intención del autor era conocer cómo se gestaba, y dónde radicaba el peligro para poder atajarlo, ya que estos tuberculosos eran los responsables del mantenimiento de la enfermedad:

> "¿Y qué son sino focos diseminadores del contagio todos los tuberculosos que pasean por nuestras calles, asisten con nosotros a los espectáculos públicos y hasta penetran en todo instante en nuestras propias casas, en los más variados actos de la vida social y aun en los más íntimos de la vida familiar?...Véase pues, la inmensa importancia que encierra el conocimiento de la residencia de estos focos ambulantes..."[92].

Su estudio trata de una extensísima indagación de doscientas páginas, dividida en cuatro partes. La primera, que ocupa la mitad del volumen del libro, bajo el título de «Dónde viven los tuberculosos en Madrid. Primer ensayo de un Padrón tuberculoso de Madrid»[93], recoge las señas domiciliarias de todos

---

[92] CODINA CASTELLVI (1916) pp. 10-11.

[93] Comenge realizó, en 1899, un avance de un "censo sanitario" de los distintos barrios que formaban los distritos de Barcelona, en el que recogió el número de casa, sus características sanitarias, pisos interiores y exteriores, comercios, así como la población y su densidad. Posteriormente Raduá, en 1912, elaboró un "avance acerca del Padrón Sanitario de Barcelona", en el que sólo anotó cifras de defunciones en ciertas calles y casas en concreto sin otras indicaciones, RODRIGUEZ OCAÑA (1985-86) pp. 292-293. La idea de realizar un padrón de habitaciones tisiógenas de Madrid, fue enunciada en 1912 por un miembro de la Liga Popular Contra la Tuberculosis, por medio de una revisión de los certificados de defunción. SIERRA Y ZAFRA (1912) p. 23.

los tuberculosos que habían acudido a los tres dispensarios madrileños entre 1911 y 1914, así como de todos los tísicos fallecidos en los mismos cuatro años. Del resultado se desprendían los siguientes datos: de las 1300 calles que poseía Madrid, 920 habían sido habitadas por tuberculosos que habían acudido a los dispensarios y en 111 más se domiciliaban los fallecidos en ese cuatrienio. Resultaba así que más del 79 por ciento de las calles de Madrid habían sido residencia de tuberculosos. En cerca del cinco por ciento (4,89) de las calles habían vivido tísicos en todos sus edificios. Con respecto a las viviendas que había en Madrid, en total 14.041, 3.763 habían estado habitadas por enfermos que habían acudido a los dispensarios; sumándole las viviendas de los fallecidos (2.124), ascendían a 41,92 por ciento del total de las casas de Madrid. Hay que tener en cuenta que había un remanente de tuberculosos fallecidos en los distintos hospitales, que alcanzaba en estos cuatro años la cifra de 2.197 individuos. De estos Codina calculaba un 80 por ciento sin domicilio, por lo que sumando todos los tísicos de Madrid ascendieron a 13.173 en los cuatro años. Codina relacionaba este número con el de viviendas, resultando que había casi un tuberculoso por vivienda.

Después denunció las casas que habían suministrado en esos cuatro años más de diez tuberculosos a los dispensarios, destacando, coincidentemente con las cifras de hacinamiento dadas por Alvarez Rodriguez-Villamil, el número 37 de la calle Ronda de Segovia. Esta vivienda había producido 31 tuberculosos. Y tan sólo en seis casas de esta misma calle, del total de 37, había 107 tuberculosos, hecho que hacía de estas "...verdaderos asilos para tuberculosos y, lo que desde luego puede afirmarse, es que son poderosos focos de cultivo del contagio"[94].

El segundo apartado estaba titulado «Cómo viven los tuberculosos». Para realizarlo se sirvió de los datos existentes en el Dispensario Príncipe Alfonso, del que era Director. Una

---

[94] Ibid. p. 100.

vez inscrito el tuberculoso en dicho dispensario, era visitado por un médico que rellenaba una encuesta sobre las condiciones de vida del tuberculoso[95]. Como resultado de "...cerca de dos mil hojas de inspección domiciliaria" analizó un número extenso de variables en relación con la forma de vida: precio que pagaban por su vivienda, número de habitaciones, número de habitantes, número de individuos por habitación, número de personas por cama, agua corriente, retretes. También el jornal diario y su relación con el número de personas que compartían dicho jornal. Para completar estas cifras también estudió el número de establecimientos de bebidas alcohólicas, cantidad de tabaco expedido, así como los kilos de carne que se consumían en Madrid anualmente. Como resumen de estos resultados Codina enumeró los factores tisiógenos:

> "...la insalubridad de las viviendas con su hacinamiento consiguiente; la escasez de jornal proporcionalmente al número de individuos de que se compone la familia, y en consecuencia, deficiente e inapropiada alimentación con la secuela de hábitos alcohólicos; la falta de prendas de vestir y de abrigo; las profesiones antihigiénicas; el uso pernicioso del tabaco, y la carencia de medios de limpieza"[96].

2.1.4.4. Alimentación

Consecuencia directa de la penuria económica del obrero, era la mala alimentación, que conducía a la "miseria orgánica", terreno abonado para que se desarrollara la tuberculosis. Al poco poder adquisitivo de los obreros se unía la adulteración de los alimentos que, según se estimó, alcanzaba al 55 por ciento de los ultramarinos puestos al consumo[97].

---

[95] Véase figura [12].
[96] Ibid. pp. 176-177.
[97] ESPINA Y CAPO (1909) p. 21.

FIGURA 12

ENCUESTA SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS TUBERCULOSOS

A) Núm.

DISPENSARIO PRÍNCIPE ALFONSO

PASEO IMPERIAL, 6

VIVIENDA, INSTRUCCIÓN Y ECONOMÍA DOMÉSTICA

Alquiler mensual:
¿De cuántas piezas consta:
Cuántas ventanas:
Cuántos balcones:
Cuántas miran a la calle:
Cuántas a una plaza:
Cuántas a un jardín:
Cuántas a un patio:
Cubicación de las piezas:
¿Vive solo?
¿Con huéspedes?
¿Con familia?
Cuántos habitan en su cuarto:
Cuántos duermen en su dormitorio:
¿Y en su propia cama?
¿Tiene ventanas o balcones el dormitorio?
¿Están sanos los que con él viven?
Si están enfermos ¿de qué?

A qué edad fué a la escuela:
A qué edad dejó de ir:
Sabe leer:
Sabe escribir:
A qué edad comenzó a trabajar:
Profesiones que ha ejercido:
Profesión actual:
Desde hace
Horas de trabajo:
En local cerrado o abierto, de noche o de día:
¿Está temporadas sin trabajar?
Jornal diario:
Cuántos más de su familia trabajan:
Jornales que aportan:
Ingreso total diario:
Cuántos viven de este ingreso:
¿Está socorrido por sociedades?
¿Cuáles?
En especie:
En metálico:
¿Tiene ropas suficientes?
¿Y muebles y demás enseres?
¿Tiene algo empeñado?
¿Se ve obligado a empeñar todos los años?
¿Qué suele empeñar generalmente?

Retrete . . . ¿Es común a varios inquilinos? ¿Es exclusivo de cada uno? ¿Es inodoro?

Agua: medio de que se provee de ella el cuarto
¿Ha muerto algún tuberculoso en la habitación durante los últimos cinco años?
¿Se ha hecho en ella alguna desinfección en ese tiempo?

Madrid de de 191

El Profesor de visita

FUENTE: CODINA CASTELLVI (1916) pp. 102-103.

Este factor compartía la importancia de la primacia etiológica tuberculosa con las malas condiciones de vida microambiental, el hacinamiento y a la falta de luz y de aire. No obstante algunos autores dieron más importancia al tema alimentario.

Un estudio tipo de este caso es la obra de Xalabarder, la tuberculosis en Barcelona. Este autor al comparar por distritos las proporciones de la mortalidad llegó a una conclusión, según sus propias palabras, "sumamente curiosa".

Mortalidad por tuberculosis en Barcelona por distritos	
Distritos	Mortalidad por 100.000 hab.
4º	196
3º	200
6º	217
2º	234
8º	298
1º	312
9º	332
10º	344
7º	371
5º	450

El distrito 4º era el más rico y además contaba con luz y aire suficiente. Su antítesis, el 5º, correspondía a la zona más pobre de Barcelona y sus calles eran estrechas y sus habitaciones insanas.

Ahora bien, los distritos 1º, 9º, 7º y 10º, eran los que pagaban "...un tributo mayor al bacilo de Koch, no obstante contar con anchas vías y con mucha luz y ventilación", pero estaba ocupado por clase obrera, cuyo mantenimiento no estaba "...ni en cantidad ni en calidad, en relación con el gasto orgánico que supone el trabajo que ejecutan, y es esta, la

alimentación, y no otra la verdadera y primordial causa que motiva el desigual reparto proporcional de la mortalidad"[98]. Además, había que añadir el excesivo consumo de alcohol y tabaco entre estos individuos.

Contrariamente los distritos 3º, 2º y parte del 6º, pertenecían al casco antiguo, eran los que tenían las calles más estrechas, mal ventiladas y peor soleadas, pero "...habitados por gentes ricas y en su mayor parte acomodadas, es decir, que disponen de alimentación suficiente"[99], dando un contingente bajo de fallecidos por tuberculosis. Consecuentemente, propuso adoptar medidas profilácticas tendentes a dar de comer a las clases populares con preferencia al saneamiento de los barrios.

La desigual proporción de mortalidad por tuberculosis en las provincias españolas, sólo podía explicarse desde este punto de vista. En la II Asamblea antituberculosa médicosocial celebrada en Madrid en 1931, se declaró a Andalucía la zona más castigada por la tuberculosis de España y según unas estadísticas de la Secretaría de Higiene de la Sociedad de las Naciones, Sevilla era la cuarta capital del mundo y la primera europea de mayor mortalidad por la infección tuberculosa, concluyendo que "...sin duda, el factor alimentación influye de modo extraordinario, puesto que de todos es conocida la pobre y carentísima alimentación del trabajador del campo andaluz"[100]. Anteriormente, en 1913, Martín Salazar, señaló la gran mortalidad por tuberculosis durante el primer quinquenio de este siglo en las capitales de Cádiz (6,39 por mil hab.), Sevilla (5,42) y Huelva (6,53), que compartían los primeros puestos con dos capitales norteñas, Oviedo (6,61) y San Sebastián (4,33). Las causas que explicaban la mortalidad en estas capitales andaluzas eran "...de carácter social y económico, más bien que de orden climatológico". No obstante, achacaba también al alcoholismo los estragos que esta enfermedad producía en

---

[98] XALABARDER Y SERRA (1916) p. 591.
[99] Ibidem.
[100] IBARROLA (1931) p. 50.

Andalucía[101].

Los estudios en torno al sustento del obrero también fueron frecuentes en los tratados epidemiológicos sobre tuberculosis. Vicente Alvarez y Rodriguez-Villamil ligaba el tema de la alimentación insuficiente a la carestía de las vituallas y a la escasez de jornales. La alimentación habitual de la clase obrera y la media "poco acomodada" consistía en: garbanzos, judías, arroz, bacalao, verduras, y, sobre todo, pan y patatas, caracterizándose por la ausencia de carne. Tomando como base la composición de la ración alimentaria de una familia tipo (matrimonio y dos hijos de diez a quince años), el precio de sus ingredientes y las calorias que contenían, las comparó con las necesidades fisiológicas del trabajador y con su sueldo. La conclusión era que el jornalero no consumía las calorías necesarias para "...conservar la salud en estado de equilibrio". Con un jornal medio de 2,75 pesetas, debía consumir 3.478 calorias al día, pero con arreglo a lo que ganaba sólo ingería 2.503, perdiendo de esta forma 975 calorias diariamente. Esta "inanición permanente", dejaba desprovisto al organismo de toda clase de defensas y hacía a estas personas especialmente sensibles a la tuberculosis[102].

A las mismas conclusiones llegó, en 1903, Ramón de Luis Yagüe en su trabajo "De la alimentación del proletariado en Madrid. Lo que es, lo que debe ser, lo que hoy no puede ser", presentada al XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid. Era un extenso estudio sobre las causas de la insuficiencia de la alimentación en los obreros madrileños. Estudió las diferentes profesiones y sus jornales, el gasto fisiólogico de calorias y los víveres necesarios para reponerlas, el tipo de ración que las familias consumían, los precios y falsificación de los comestibles además de la distribución de la pobreza en Madrid, según el alquiler de las

---

[101] MARTIN SALAZAR (1913) pp. 112-114.
[102] ALVAREZ Y RODRIGUEZ-VILLAMIL (1916) pp. 41-42.

casas, clasificando sus distritos en ricos, pobres y medianos. Sus conclusiones recogían la desproporción entre el jornal percibido y el precio de las provisiones. De esta desproporción nacía la desnutrición de más de la mitad de la población de Madrid. El déficit diario por persona lo estimó en un 26 por ciento de proteínas (34 gramos), 42 por cien de grasas (29 gramos) y 23 por cien de hidratos de carbono (123 gramos). Esto daba un déficit energético de 853 calorias diarias. De esta desnutrición dependía el "...aspecto famélico general de la clase baja y media menos acomodada", su mayor mortalidad y su alcoholismo. Como "botón de muestra" de estas afirmaciones expuso la distribución de la mortalidad general y por tuberculosis, según las distintas "escalas de riqueza" como llamó a los distintos distritos de la ciudad. En ella, efectivamente, la tuberculosis mantenía la mayor mortalidad en los barrios pobres, menor en los medianos y mínima en los ricos[103].

Solá y Espriu, en 1909, recopiló algunos datos sobre la ración alimenticia y sueldos de los obreros de Barcelona. Citando a Escudé y Bartolí, jefe de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona, que a partir de datos de mataderos, mercados públicos y establecimientos donde se vendían comestibles, elaboró la siguiente tabla de la ración media diaria de los habitantes de Barcelona y su precio.

Esta ración se correspondía en calorías con lo que recomendaban los higienistas, pero había que tener en cuenta que, primero, no todas las familias consumían esta dieta; segundo, los alimentos estaban en su mayoría adulterados y; tercero, la vida industrial de Barcelona requería un suplento energético. Pero, además, si el jornal medio era de 3 pesetas, y se sumaba el resto de necesidades imperiosas de agua, casa, luz, etc., estaba claro que no podía saldarse "sino con déficit el presupuesto de la familia obrera..., o bien limitando la

---

[103] YAGÜE, R. de (1904) pp. 96-136.

ración alimenticia"[104].

104	gramos de carne	0,32	pesetas
25	» » gallina	0,11	»
207	» » pescado	0,20	»
358	» » pan	0,15	»
73	» » pasta para sopa	0,63	»
47	» » arroz	0,03	»
20	» » garbanzos	0,01	»
51	» » habichuelas	0,02	»
200	» » patatas	0,03	»
100	» » verduras	0,01	»
30	centílitros de aceite	0,04	»
50	» » vino	0,15	»
2	gramos de fruta	0,01	»
85	» » azucar	0,09	»
28	centílitros de leche	0,10	»
Otros		0,10	»
	TOTAL	2,00	pesetas

Tras estas consideraciones, afirmó que si no se mejoraba la alimentación del obrero en Barcelona, nadie se extrañara después leer en las estadísticas de mortalidad un número tan elevado de tuberculosis.

Una de las causas de desnutrición, y que todos los autores estaban de acuerdo en reconocer, fue la ausencia de carne en las dietas, debido a los precios elevados que aquella tenía. En 1922 se daba la noticia de una "curiosa estadística" realizada por la Inspección General de Higiene y Sanidad Pecuaria. La encuesta se refería a los kilos de carne que se habían consumido en España en el año 1920, correspondiendo a cada ciudadano 75 gramos diarios[105]. En 1934, un estudio de la sección de Higiene de la alimentación de la Escuela Nacional de Sanidad, encontró en la base de la alimentación de los españoles un "...enorme predominio de los hidratos de carbono", cifrando en 60 los gramos de carne consumidos por persona y día. En el comentario se reconocía que era una cantidad superior a la real, y, aunque

---

[104] SOLA Y ESPRIU (1909) p. 410.
[105] SEGUN una curiosa estadística... (1922) p. CCXXXVIII.

fuese cierta, habría que tener en cuenta que la cifra media estaba regida por un consumo elevado en una clase social, frente a un consumo nulo en otras clases[106]. La relación con el jornal era evidente: por 13 céntimos se podían comprar 1022 calorías en forma de pan, por 7 céntimos, 70 calorías en forma de leche y por 24 céntimos, 113 calorias en forma de carne, concluyendo que en España "...se come lo que se puede comprar".

Durante y después de la primera guerra mundial la mortalidad por tuberculosis experimentó un significativo aumento, tanto en los países beligerantes como entre los neutrales, hecho que permitió "...comprobar de un modo absoluto la influencia de la alimentación deficiente en el desarrollo de la tuberculosis"[107]. Sayé llamó la atención de la gran mortalidad por tuberculosis acaecida durante esta guerra entre los presos y los locos que, según él, fueron los peor alimentados[108].

En 1914, los titulares de El Socialista, eran suficientemente expresivos, así el 14 de agosto: "La carestía de las subsistencias y la falta de trabajo en nuestro país toma cada día carácteres más graves"; y el del día siguiente: "Se han encarecido en casi toda España el pan y el arroz; se anuncia la subida del carbón y de otros artículos de primera necesidad". En efecto, Espina y Capó, relató como en 1915

> "...se despierta la avaricia, el amor al dinero priva sobre el amor a la humanidad, no hay otro pensamiento en España que el hacerse rico; el acaparamiento y la exportación, de común acuerdo, van sembrando el hambre crónica, y en 1917 da un salto la

---

[106] CARRASCO CARDENAS (1935) p. 308. Comparando el consumo de carne con otros países, España sólo estaba por encima de Italia y Portugal que consumían menos de 60 gramos por persona y día. Por encima estaban Australia, Estados Unidos, Argentina y Canadá con más de 150 gramos por día. Cuba, Inglaterra, Alemania y Francia de 100 a 150 gramos por día. Y finalmente Dinamarca, Suiza, Bélgica, Holanda, Grecia, Austria, Noruega, Suecia y Rusia (sic.) de 60 a 100 gramos por día.

[107] IBARROLA (1931) p. 49.

[108] SAYE (1933) p. 14.

mortalidad por tuberculosis a 28.000; el frío entra en nuestras habitaciones, el carbón es artículo de lujo, el pan se elabora en las garras del acaparador, y en 1919 nuevo salto de 6.600 muertos más"[109].

2.1.4.5. Otros factores: alcoholismo, incultura, inmoralidad.

Entre los múltiples factores que podían favorecer la tuberculosis, ya hemos señalado los tres más importantes. Junto a ellos, el alcoholismo y la incultura e inmoralidad de las clases populares también fueron considerados como coadyuvantes sociales, y como tales, aparecían singularizados regularmente en los estudios sobre la tisis.

La vinculación entre el alcohol y la tuberculosis era un hecho reconocido y extendido entre la clase médica. En 1905, Espina y Capó, ante el Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París, al presentar su comunicación Alcohol y Tuberculosis, aclaró que sólo la exponía para que, a través de las actas, sirviera de propaganda a todas las clases sociales pues, "...los axiomas no necesitan demostración, y es un axioma la estrecha relación entre alcoholismo y tuberculosis"[110]

Ya hemos visto, al describir las causas de la enfermedad, que algunos autores recurrían al alcoholismo para explicar la mortalidad tan elevada entre la clase obrera. De hecho, este hábito estaba considerado por la mayoría de los médicos como un vicio popular, debido a la afición a la bebida de las clases trabajadoras que, por su incultura, creían que el alcohol les daba fuerzas para trabajar. Sin embargo, otros autores afirmaban que el abuso de las bebidas alcohólicas era consecuencia lógica de la carencia alimentaria, estando obligados a suplir con este líquido barato las calorias que no podían ingerir con la

---

[109] ESPINA Y CAPO (1921) p. 30.
[110] ESPINA Y CAPO (1906_b) p. 129.

alimentación. También la búsqueda de consuelo era otra de las razones que empujaban al trabajador a beber[111].

La relación de dependencia entre el alcohol y la tuberculosis, se producía a través de la "decadencia orgánica individual"[112], hecho que aumentaría la receptividad del cuerpo a esta enfermedad. En este sentido, el alcoholismo sería uno más de los factores que "consumían" al individuo, que le hacían perder fuerzas, como eran el abuso sexual, o el trabajo extenuante[113]. En 1904 se afirmó que el 70 por ciento de los tuberculosos habían sido o eran borrachos[114].

La importancia dada a este factor provino también de su acción indirecta para producir la tuberculosis al afectar a la economía familiar por el desvio de parte del jornal hacia la bebida:

> "Las...personas de más baja clase consumen en la taberna el tiempo que debían dedicar al trabajo y a la familia, y así no sólo gastan el dinero preciso para comer, sino que pierden el apetito por el abuso del vino, y seguramente favorecen la debilitación de su organismo"[115].

También la prolongada estancia en los cafés, donde se respiraba una atmosfera insana, les hacía tener mas probabilidades de contagio. Además, la degeneración de la raza producida por el alcohol, haría nacer cada vez niños más expuestos a padecer esta enfermedad[116]. Espina y Capó vió en el gasto del obrero en alcohol, "...una columna de oro amonedado" que podía constituir la solución para costearse un seguro que velara por su mantenimiento en caso de invalidez, de enfermedad

---

111 ALVAREZ Y RODRIGUEZ-VILLAMIL (1912) p. 36.
112 GASALLA GONZALEZ (1893) p. 39.
113 MARIANI Y LARRION (1905) pp. 9-10.
114 ESPINA Y CAPO (1904) p. 20.
115 CORTAJERENA Y ALDEBO (1914) p. 498.
116 CERVIA (1933) pp. 45-47.

o vejez[117].

La falta de educación también entraba en juego a la hora de favorecer, entre los obreros, la transmisión y el desarrollo de la tuberculosis. Para Guerra y Cortés, el carecer totalmente de educación hacía que las clases proletarias fueran muy fatalistas en su manera de pensar, resignándose con sus miserias y enfermedades[118]. El grado de analfabetismo entre los obreros madrileños lo cifraba este autor en un 45 por ciento. Codina observó que, de 1859 tuberculosos estudiados en los dispensarios madrileños entre 1911 y 1914, no sabían leer el 35,14 por ciento[119].

Este fenómeno hacía muy dificil la recepción de la educación sanitaria, considerada fundamental a la hora de inculcarles los medios para evitar el contagio. Royo Villanova, en el III Congreso de la tuberculosis celebrado en 1912, afirmó que había en España trece millones de individuos mayores de edad que no sabían leer, añadiendo irónicamente "...!idles a esos con cartelitos de «no se puede escupir en el suelo» y «se prohibe fumar»"[120]. En este sentido, Fatás, en 1904, buscando responsabilidades sobre el retraso de la lucha antituberculosa en nuestro país, lo relacionó en parte con la incultura de las clases populares:

> "Nuestro proletariado, indocto, superticioso y rebelde, busca por tradición en intervenciones sobrenaturales el remedio para los males de la tierra, y prefiere a la profilaxis el exvoto, a la terapéutica el amuleto, y al consejo prudente del médico, que en ocasiones contra su voluntad lo sana, las ridículas contorsiones del zahorí, que explota sin conciencia sus credulidades infantiles"[121].

---

117 ESPINA Y CAPO (1912) p. 404.
118 GUERRA Y CORTES (1903) p. 7.
119 CODINA CASTELLVI (1916) p. 133.
120 ROYO VILLANOVA (1913) p. 157.
121 FATAS Y MONTES (1905) p. 11.

Por otra parte, la mala educación influía en otros factores tisiógenos como la vivienda y la alimentación. Para Ibarrola, eran muy pocas las mujeres que sabían administrar bien sus viviendas y preparar los alimentos para que no perdieran sus cualidades nutritivas[122]. Otros autores afirmaban que en España se ignoraba la forma correcta de nutrirse, cuáles eran los alimentos que más convenían y qué reglas seguir para componer una ración equilibrada. Por ese motivo se desdeñaban alimentos de gran valor nutritivo, como era el caso de las castañas[123].

La influencia que la psique podía tener en el origen y desarrollo de la tuberculosis estaba ampliamente extendida entre la clase médica del primer tercio de este siglo. La tradición ochocentista basaba en la "pasión deprimente de ánimo" una parte importante en la génesis de la tisis pulmonar. Población Fernández, en 1864, la señalaba como una de las causas más importantes en el desarrollo de la tisis entre las filas del ejército. Los reclutas entrarían en este estado de ánimo al alejarse de su ambiente y de sus seres queridos: así destacó a los gallegos, como los más predispuestos a sufrir este tipo de sentimientos[124]. Benavente, en el mismo año, afirmó que el vulgo conocía la influencia de la pasión sobre la tisis: cuando una persona vivía llena de satisfacciones, se decía de ella que "respira con libertad" o "se le ensancha el corazón" y sin embargo bajo la influencia de una pasión deprimente sentenciaban "se va a volver tísica a causa de los disgustos y las penas"; este autor creía que muchos jorobados no se hacían tísicos por la mala conformación de su tórax sino a consecuencia de la pesadumbre que les causaba el verse con su "...deforme y extraña figura"[125]. Finalmente, Avilés achacaba a los vicios de la sociedad la responsabilidad de la elevada frecuencia, unidos a las continuas luchas del espíritu "...esa exaltación de las pasiones que mantienen en continua agitación nuestros

---

122 IBARROLA (1933) pp. 50-51.
123 VALDES LAMBEA (1928) p. 23.
124 POBLACION FERNANDEZ (1865) pp. 500-501.
125 BENAVENTE (1865) p. 473.

sentidos"[126].

De esta forma, y ya en el período que nos incumbe, Hergueta en 1895, también al hablar de la tuberculosis en el soldado, describía que este pasaba de la tristeza a la nostalgia y después al "... marasmo físico, moral, acentuado, que es el camino más seguro para llegar a la tisis"[127]. Para Codina Castellví la tuberculosis se originaría, en su esfera física, en el seno de la miseria y

> "...dentro de la esfera psíquica, en los antros pacadores del vicio, en las atmósferas mefíticas de la pasión y en el ambiente deletéreo de la depresión de ánimo"[128].

La inmoralidad de las clases populares fue frecuentemente traida a colación por los tratadistas para justificar la alta prevalencia de la tuberculosis entre los obreros. El efecto de la pornografía en la juventud sería una de las causas "más poderosas" de las que contribuirían a desarrollar la tuberculosis al provocar incultura, degeneración moral, intelectual y física[129]. Moreno Fernández, Decano de la Facultad de Medicina de Sevilla, señaló la masturbación como una de las causas responsables de la tisis en la juventud además de la homosexualidad:

> "...donde es casi segura la enfermedad...es en el desgraciado que, para excitar su lujuria y buscar el placer venéreo, tuerce horriblemente su razón, produciéndose la ficción, a todas luces imposible, de que un ser pertenece a sexo diferente del que es en realidad"[130].

Su teoría estaba totalmente sancionada científicmente, pues

---

126 AVILES (1865) p. 478.
127 HERGUETA Y MARTæN (1895) p. 50.
128 CODINA CASTELLVI (1912_a) p. 5.
129 BORNAS (1914) pp. 563-564.
130 MORENO FERNANDEZ (1889) p. 20.

> "...Todos estos jovenes mueren tuberculosos, por cuanto realizan su concúbito a fuerza de concentrar su energía intelectual, para dar verdad a lo que jamás puede serlo"[131].

Guerra y Cortés, describió cómo la vida de los proletarios madrileños les hacía ser pasto de la tuberculosis. La responsabilidad la volcaba sobre su forma especial de vida. Debido a su incultura, inmoralidad y fatalismo, ignoraban que había medios con los que mejorar su existencia tisiógena[132].

BRYDER ha señalado recientemente[133] que esta forma de pensar sobre la etiología de la tuberculosis predominaba en los médicos ingleses a la hora de adjudicar responsabilidades entre los distintos grupos sociales, señalando que el tuberculoso era visto como responsable de su propia enfermedad. Nosotros podemos apuntar que esa misma mentalidad existía en España; pero, dejaremos que sea un autor de la época quién denuncie tal actitud entre los médicos. Marlés de Cusa, en una reseña del libro de Félix Antigüedad La cuestión obrera bajo el punto de vista médico, del año 1892, acusaba a este autor de cargar sobre el obrero, como individuo, toda la culpa de su malestar y, como ente social, declararle también culpable de los elementos que le rodeaban:

> "...En efecto, para el Sr. Antigüedad el obrero se deja arrastrar por las malas ideas, manifiesta poca afición a instruirse, no sigue una conducta irreprensible, está rodeado de condiciones físicas y morales las más lastimosas, usa una alimentación insuficiente, no cuida de su limpieza, no guarda método en el uso de las bebidas alcohólicas, vive en habitaciones insalubres, es poco previsor, está expuesto a las enfermedades graves porque olvida la

---

131 ibidem.
132 GUERRA Y CORTES (1903) p. 7.
133 BRYDER (1985) p. 118 y (1988) p. 119.

> economía y la higiene, etc.; de todo lo cual se deduce que el obrero es un individuo y un ser social casi despreciable, porque todo en él es malo y perjudicial"[134].

Finalizaba el reseñador haciendo patente la inutilidad de aconsejar al obrero acciones del estilo que tenía que lavarse, que fuese religioso, que no frecuentase la tabernas, porque contribuía a mantener a este "...resignado con su mala situación". Esto, efectivamente contribuiría a silenciar las posibles reivindicaciones sociales que los obreros pudiesen realizar.

En este sentido, Francisco Cortajerena y Aldebó (1835-1919), diputado, senador y sucesor de Cortezo en la Dirección General de Sanidad en 1900, en el tercer Congreso español de la Tuberculosis (San Sebastián 1912), culpaba a las "nuevas teorias socialistas", que imponían las huelgas para conseguir sus fines, como las causantes de las miserias orgánicas al mermar los recursos del obrero. Las huelgas "...pacíficas o tumultuosas, sociales o revolucionarias" convertían a un "...obrero honrado e inteligente en un ciudadano que ha de pedir limosna para no morirse de hambre" además de arruinar las industrias ya establecidas y retraer la inversión capitalista en otras nuevas haciendo aumentar el hambre y, por ende, la tuberculosis. Finalmente, y dirigiéndose al congreso, sentenció:

> "Tengan presente que lo primero es vivir, y que por muchos ideales que pregonen los que se consideran regeneradores de la sociedad, si no se preocupan de la salud de los ciudadanos, poco tendrá la humanidad que agradecerles"[135].

Como acabamos de ver, los principales factores sociales implicados en el desarrollo de la tuberculosis, provenían de la miseria del obrero en España en el período que estamos

---

[134] MARLES DE CUSA (1893) p. 282.
[135] CORTAJERENA Y ALDEBO (1914) pp. 501-502.

estudiando. De aqui la afirmación de algunos autores de que "...la riqueza es saludable, la pobreza no lo es tanto"[136]. Queraltó en 1910 resumió muy bien estos aspectos:

> "Alcoholismo, miseria, ignorancia, casas maléficas, trabajos extremos, alimentos insanos: ¿qué es todo esto que nuestra indagación antituberculosa descubre sino la serie de llagas que corroen el cuerpo turbio de la sociedad moderna? Seguimos la pista a un mal físico y nos encontramos ante los sociales"[137].

2.2 PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS.

2.2.1. Profilaxis higiénica decimonónica.

A lo largo del siglo XIX, y antes de la aparición en escena del bacilo, los higienistas consideraban el origen de la tuberculosis en la confluencia de multitud de concausas que hacían florecer el germen tuberculoso. En este sentido, la higiene se presentaba como la única opción para evitar la propagación del mal, más aún al no existir ningún medio curativo eficaz. Su programa comprendía, por un lado, una serie de medidas tomadas de la higiene privada, tendentes a actuar sobre el individuo: buena alimentación, limpieza corporal, moderación de las pasiones, etc.; y por otro, aquellas normas de la higiene pública dirigidas a modificar el medio ambiente del individuo: saneamiento de las viviendas, salubridad de las poblaciones, talleres y fábricas reglamentados higiénicamente, etc.

Ya hemos visto que la tuberculosis fue motivo de atención en el Congreso Nacional de Medicina celebrado en Madrid, en 1864. En él uno de los asistentes felicitó a la Comisión

---

[136] ALVAREZ Y RODRIGUEZ-VILLAMIL (1912) p. 42.
[137] QUERALTO I ROS (1910) p. 23.

organizadora de no haber incluido entre las ponencias ninguna referencia a los remedios curativos de la tisis pulmonar y añadió:

> "¡Ojalá que todos los socios que hablaron sobre esta cuestión no hubieran dicho una palabra sobre medios de curación, para que el público no encontrara armas para censurarnos, pues mientras unos recomendaban los preparados de hierro, otros los desechaban por nocivos!"[138].

En 1875 la Academia de Medicina y Cirugía de Madrid ofreció un premio al mejor trabajo presentado sobre el tema Determinar qué medidas de preservación convendrá que los gobiernos adopten contra la tuberculosis, las que corresponda dictar a los municipios y aquellas que deberán guardar las familias y los individuos. Con este motivo Gutiérrez Jiménez elaboró un sistema de profilaxis antituberculosa, siguiendo las líneas básicas antes apuntadas.

En primer lugar, los gobiernos[139], debían "Proporcionar aire puro a todos". Bajo este epígrafe, en realidad, se enumeraban una serie de normas extraidas de la higiene industrial: traslado de las fábricas fuera de las ciudades, saneamiento de las profesiones que exponían a la tisis, reglamentación del trabajo de los niños, prohibición de la reunión de los dos sexos en una misma sala de un taller, fomento del ahorro entre los obreros, concesión de premios a los operarios más honrados, etc. La segunda medida, "Perseguir la prostitución, destruyendo sus causas", intentaba acabar con dos motivos importantes en el desarrollo de la tisis: el abuso del sexo y las enfermedades venéreas, ambas capaces de provocar "...demacración [y] debilidad". La forma de llevar a cabo la realización de este punto sería: la educación del joven "...en los sanos principios de la higiene y de la moral", su vigilancia en las escuelas y los talleres, el premio a la virtud de las jóvenes y el amparo

---

[138] ZABALA (1865) p. 636.
[139] GUTIERREZ JIMENEZ (1875) pp. 9-20.

de estas, si no tenían empleo.

La tercera medida hacía referencia a "Proporcionar buenos y baratos alimentos, condimentos y bebidas". La cuarta "Mejorar la instrucción pública: «higienizar» los establecimientos de enseñanza; atiéndase al mismo tiempo el desarrollo corporal que al cultivo de la inteligencia". En la enunciación de la quinta medida podemos observar la importancia dada por los higienistas a la herencia y a las condiciones de los primeros días de vida del individuo en la génesis de la tisis: "Evitar, poniendo obstáculos, los matrimonios entre parientes; salubrificar las casas-cunas y estudiar la manera de disminuir, si es posible, el número de expósitos". Y por último "Vulgarizar, por cuantos medios estén a su alcance, los conocimientos de la higiene". En este punto propuso la realización de un medio de difusión que sería muy empleado en la campaña contagionista: la cartilla ad hoc con consejos higiénicos para evitar la tuberculosis.

Los municipios[140], por su parte, debían procurar la limpieza de las poblaciones, evitar las falsificaciones en los artículos de comer y beber, establecer baños públicos y, por último, procurar la instalación de gimnasios en todos los establecimientos públicos.

2.2.2. Medios indirectos de lucha antituberculosa

Una vez asimilada la contagiosidad de la tuberculosis, la manera de luchar contra la enfermedad estaban enmarcadas en la teoría del "germen" y "terreno". En este contexto, todas aquellas medidas de caracter general encaminadas a evitar el desarrollo del mal mejorando, en todos los aspectos, las condiciones de vida de los individuos, serían consideradas como medidas indirectas. Por otra parte, las medidas concretas que

---

[140] Ibid. pp. 21-28.

entrarían a formar parte de la campaña antituberculosa organizada encaminadas a evitar el contagio se conocieron como medidas directas.

Consecuencia de la etiología social de la enfermedad, todas aquellas medidas tendentes a mejorar las condiciones de vida del proletariado eran vistas como armas eficaces para disminuir los estragos de la tuberculosis. En el primer Congreso español de la tuberculosis (Zaragoza, 1908), la primera conclusión general afirmaba que la tuberculosis era consecuencia de "...todas las depauperaciones, injusticias, equivocaciones, [y] juicios humanos...". La segunda, afirmaba que la solución a este problema pasaba por

> "...mejorar la condición humana abaratando las subsistencias, fomentando la construcción de habitaciones espaciosas, ventilables y soleadas a precios reducidos, aumentando los salarios o emolumentos en los servicios no retribuidos decorosamente e higienizando y humanizando el trabajo en su cantidad y en su calidad"[141].

En el Congreso de Barcelona, dos años más tarde, se recogió en sus conclusiones que "...la Higiene general por si sola reduciría en un 50 por 100 la mortalidad por tuberculosis"[142] y todavía en 1931 la II Asamblea antituberculosa médico-social, pedía a los poderes públicos abordar resueltamente el problema de la vivienda, tomar medidas encaminadas a la disminución del precio de las subsistencias y legislar sobre el consumo de alcohol, entre otras conclusiones[143].

En el plano legislativo, todas aquellas leyes llamadas "sociales" serían consideradas fundamentales para luchar contra la tuberculosis. En 1912 Royo Villanova, afirmó que todo lo que se había hecho, hasta la fecha, en España contra esta enfermedad

---

[141] CONCLUSIONES (1913) p. 201.
[142] PRIMER Congreso español internacional de la Tuberculosis. Conclusiones... (1910) p. 8.
[143] SESION de Clausura (1933) p. 229.

no era responsabilidad de los médicos sino de los políticos y sociólogos al promulgar leyes como la del descanso dominical, de Protección al trabajo de la mujer y de los niños, de Accidentes de trabajo, de Abolición del impuesto de consumos, del servicio militar obligatorio, contra el noctambulimo y las tabernas, sobre casas baratas y, finalmente, contra la usura[144]. En 1916, Angel Pulido, añadió las leyes referentes al número de horas de trabajo en las minas, las de protección a la mujer embarazada, incluso "...la modesta Ley de la Silla"[145], viniendo tadas estas leyes a reforzar "...el vigor de la raza y a su defensa contra la tuberculosis"[146].

Dentro de los medios indirectos, la solución al problema de desnutrición de la clase proletaria fue tratado por casi todos los autores que se preocuparon por el problema tuberculoso. Pero, si al hablar de la falta de nutrimento en el origen de la tuberculosis todos estaban de acuerdo, las distintas alternativas que surgieron para solucionar el problema variarían en su amplitud y modo de actuación, según los planteamientos ideológicos del autor:

> "Llenad de sanatorios el territorio español
> y seguirán aumentando los tuberculosos,
> otra cosa fuera si lo llenáseis de gallinas"[147]

Este "aforismo" escrito por Rodríguez Pinilla en 1916, reflejaba un estado de opinión que primaba una alimentación sufiente sobre cualquier otro tipo de medidas antituberculosas. Evidentemente esto significaría, para los más radicales, como Queraltó, una total remodelación de los cimientos de la

---

[144] ROYO VILLANOVA (1913) p. 157.

[145] La llamada Ley de la Silla (27 de febrero de 1912), hacía referencia a la obligatoriedad, por parte de cualquier establecimiento no fabril donde las dependientas fuesen mujeres, de tener dispuesto un asiento para cada una de ellas, independientemente de los que pudiera utilizar el público. Texto íntegro en: PALOMEQUE LOPEZ (1987) pp. 147-148.

[146] PULIDO FERNANDEZ (1916) p. 24.

[147] RODRIGUEZ PINILLA (1916) p. 170.

sociedad[148], o una revolución social, que diera la emancipación económica al trabajador, antes que una revolución científica que descubriese un medio curativo[149]. Chabás, en 1905, vio claro que un remedio preventivo, y curativo a la vez contra la tuberculosis, estaba en "mejorar la vida obrera, sustraerla a la explotación; humanizar, higienizar la vida"[150]. Ramón de Luis Yagüe, en 1903, achacaba el escándaloso número de asistencias médicas prestadas por la Beneficencia Municipal de Madrid (22.197 en 1900 y 20.589 en 1901), a la "inanición permanente, al hambre crónica en que nuestro proletariado vive muriendo"[151].

Los reformistas, por su parte, expusieron su alternativa en el primer Congreso Español de la Tuberculosis antes citado. En él, una de las conclusiónes específicas, aclaraba como disminuir el precio de los alimentos:

> "El Estado procurará la supresión del impuesto de consumos, el fomento de las cooperativas de consumo y las alhóndigas, como medio de evitar los inconvenientes de los intermediarios en las relaciones del cambio económico"[152].

Fomentando la cooperación, se combatía al marxismo, dejando enfrentados directamente la "libre contratación" con la "libre asociación" (cooperativas), evitando los intermediarios y, consecuentemente, disminuyendo el precio de los artículos alimentícios[153]. Ya antes, en 1893, Espina y Capó, en una comunicación al Congreso de Tuberculosis de Coimbra, pidió que se modificasen las ordenanzas municipales para lograr la baratura de los alimentos. Aclaró que no defendía ninguna doctrina política, pero como higienistas debían "...únicamente pedir que el pan y la carne sean baratos y de buenas

---

148 Cf. QUERALTO (1910) y (1913).
149 MEDICO rural (1923$_a$) p. CXXIII.
150 CHABAS (1905) pp. 2-3.
151 YAGÜE, R. de (1904) p. 124.
152 CONCLUSIONES (1913) p. 211.
153 ESPINA Y CAPO (1909) p. 21. Citando la propuesta de Buylla.

condiciones, porque entonces la tuberculosis será vencida"[154], sin meterse a averiguar como era posible conseguirlo.

2.2.2.1. El Primer Comedor para Tuberculosos Pobres.

Otros autores aún confiaban en las soluciones tradicionales caritativas para resolver, o al menos atenuar, el problema de la alimentación. Codina Castellví, director del Dispensario Principe Alfonso de Madrid, siguiendo estas orientaciones, estableció un comedor benéfico específicamente destinado a los tuberculosos pobres. Dicho comedor se inauguró en mayo de 1912 y estaba instalado adjunto al dispensario. El objetivo del comedor, como él mismo reconoció, era confirmar el consumo de la ración de comida, evitando su venta, por parte del tuberculoso, y el gasto del dinero conseguido en "...fomentar algún vicio y de un modo particular el del alcohol y el del tabaco"[155]. El enfermo, para poder comer, debía solicitarlo al dispensario en un impreso (véase figura [13]). El médico del dispensario y el de visita domiciliaria debían dar el visto bueno y finalmente el director daría o no la plaza. Una vez aceptada la petición se entregaba una tarjeta al enfermo con vales sólo para un mes (véase figura [14]). Los pacientes debían llegar al comedor media hora antes de las comidas y estaban vigilados por una de las "nobles damas" de la Junta protectora del dispensario. El número de plazas era de 36 y en 1914 pasaron por el comedor 292 enfermos[156].

2.2.2.2. Obras de protección a la infancia

La infancia, como etapa principal de adquisición de la tuberculosis, fue motivo de especial atención. Aquellas medidas

---

[154] ESPINA Y CAPO (1895$_a$) p. 24.
[155] CODINA CASTELLVI (1912) p. 8.
[156] CODINA CASTELLVI (1916) p. 157.

FIGURA 13.

PETICION DE INGRESO EN EL PRIMER COMEDOR DE TUBERCULOSOS POBRES

REAL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO
«PRÍNCIPE ALFONSO.

PASEO IMPERIAL, 0

BOLETÍN DE PETICIÓN

D. _____, *de* _____ *años, de estado* _____, *natural de* _____, *provincia de* _____, *que vive en la* _____ *de* _____ *núm.* _____, *cuarto* _____, *y que está registrado con el núm.* _____ *y asiste á la consulta de* _____ *del Profesor D.* _____, *solicita una plaza en el Primer Comedor para Tuberculosos Pobres.*

Fecha y firma.

Por ___ *tratarse de un tuberculoso* ___ *se le debe conceder una plaza en el Comedor.*

El Profesor de consulta.

Por los datos adquiridos en su domicilio ___ *se le debe conceder una plaza en el Comedor.*

El Médico Visitador,

De conformidad con lo informado por los Profesores precedentes, ____ *se le concede una plaza en el Comedor desde el día* ____ *de* _____ *hasta el día* _____ *de* _____.

Madrid _____ *de* _____ *de 191*__.

El Director,

FUENTE: CODINA CASTELLVI (1912a) p. 10.

FIGURA 14

VALE DE COMIDAS DEL PRIMER COMEDOR DE TUBERCULOSOS POBRES

JUNTA PROTECTORA
DEL
REAL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO
PRÍNCIPE ALFONSO
Paseo Imperial, 6.

Núm. del Registro _____

VALE *por* ____ *comidas y* ____ *cenas*
del ____ *de* _____ *al* ____ *de* _____
de 191 ____.

PLAZA DEL COMEDOR NÚM. _____

Las comidas serán á las 11 de la mañana; y las cenas, á las 6 de la tarde.

Para poder utilizar este VALE es indispensable:
1.º Llegar al Comedor treinta minutos antes de cada hora de comer.
2.º Antes de sentarse á la mesa se colgará, en la percha respectiva, el abrigo y lo que cubra su cabeza; y después pasará al lavabo para lavarse la cara y las manos.
3.º No podrá ocupar, en el Comedor, otra plaza que la del número de este VALE.
4.º Se procurará evitar la tos y se expectorará en las escupideras.
5.º Si no se llega oportunamente ó se comete una transgresión de palabra ó de obra, se retirará el presente VALE á su poseedor.
6.º La comida á que no se asista quedará anulada como si se hubiese asistido.

1	1															31	31
2	2															30	30
3	3															29	29
4	4															28	28
5	5															27	27
6	6															26	26
7	7															25	25
8	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		24	24
9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		23	23

FUENTE: CODINA CASTELLVI (1912a) p. 11.

encaminadas a su desarrollo sano, influirían sobre su organismo haciéndolo más resistente a la tuberculosis. La delegación española en el Congreso Internacional de la Tuberculosis (Roma, 1912), calificó la Ley de Protección a la Infacia y su Consejo Superior como " elementos poderosísimos para coadyuvar la lucha antituberculosa"[157], a través de la protección a la embarazada, reglamentación de la lactancia mercenaria e inspección de las casas-cuna, entre otras labores.

Una de las pocas médicas presentes en el Congreso de la Tuberculosis de San Sebastián, Concepción Alexandre, basaría la profilaxia antituberculosa en la verificación, por parte de los sanitarios, de una correcta alimentación láctea en el recién nacido. Esta medida exigiría la investigación sobre las condiciones de las madres pobres que, en caso de estar "...enfermiza o ... aniquilada", debía hacerse cargo la Sociedad protectora de la Infancia o las Gotas de Leche, para, de esta manera, garantizar el desarrollo robusto del niño[158]. La importancia dada a las Gotas de Leche[159] como medio indirecto contra la tuberculosis estaba basada, además, en la acción educativa hacia la madre, debido a que la lactancia artificial disminuía el valor alimenticio de la leche y por lo tanto su valor profiláctico de vigorización[160]. Otros autores conferían a la Gota de Leche un poder antituberculoso "directo" y la consideraban "...la primera y más eficaz institución contra la tuberculosis"[161]. Por una parte impedía, por el saneamiento de la leche animal, el contagio enterógeno. Por otra, la acción del Consultorio de la institución, evitaba el desarrollo de la enfermedad al descubrir en el niño los primeros indicios del contagio.

En niños de mayor edad, actuarían de igual forma las

---

157 TOLOSA LATOUR (1912) p. 367.
158 ALEXANDRE (1914) p. 493.
159 Sobre los fines y desarrollo de esta institución en España véase: RODRIGUEZ OCAÑA (1985) pp. 232-246.
160 BENAVENTE (1912) pp. 223-225.
161 ALABERN (1912) p. 447.

llamadas Cantinas escolares, obra benéfica que ofrecía gratuitamente el almuerzo a los niños en las escuelas. También en estas últimas se propuso vigilar el vigor de los niños para localizar a los posibles candidatos a la tuberculosis. El medio sería a través de la instauración de una cartilla sanitaria donde se hiciese constar el peso, la talla y el perímetro torácico del niño medidas que se repetirían cada dos o tres meses[162].

2.2.2.3. Campaña obrera en contra del impuesto de consumos (1904-1911).

Ya hemos visto, al hablar de la etiología de la tuberculosis, cómo los higienistas demostraron la relación existente entre la falta de alimento, la depauperación orgánica y el origen de la tuberculosis. Este tipo de estudios sería utilizado por los obreros para reivindicar mejoras salariales. Un artículo de Morato, publicado en El Socialista, en 1899, reivindicaba un salario de tres pesetas diarias, basándose en el trabajo de dos médicos españoles[163]. Citaba a Parada y Santín, Secretario de la Sociedad Española de Higiene, quien en 1879 afirmó que el obrero debía gastar en comida, lo equivalente a un valor de 1,50 a 1,75 pesetas al día, afirmando que vivir con menos de esa cantidad era

> "...arruinar fisiólogicamente a la especie, creando generaciones de escasas condiciones de vitalidad y de nulo vigor físico, y aumentando horrorosamente el contingente dado a la mortalidad prematura y a la tuberculosis, la anemia, la escrófula, la

---

[162] MONTAÑA Y SANTAMARIA (1908) pp. 48-49.

[163] Recíprocamente, Yagüe y Espinosa, en 1903, en su trabajo "De la alimentación del proletariado en Madrid..." se vio obligado a utilizar los datos de los artículos de este obrero y publicista, para extraer la cuantía de los jornales por día de trabajo en las diferentes profesiones. YAGÜE Y ESPINOSA (1904) p. 112.

depauperación de la raza"[164].

Lo que gastaba el obrero en comer diariamente con una peseta, era totalmente insuficiente para compensar el número de horas que trabajaba, según Rodríguez Mourelo en 1883. Pero además, la peseta diaria, "...insuficiente según dos autoridades científicas, nada sospechosas de socialismo", no correspondía con la realidad ya que el salario medio estaba por debajo de esa cifra.

El papel que las condiciones de vida tenian sobre el orígen de las enfermedades, estaba perfectamente asumido por las agrupaciones obreras de principios de siglo. En 1899, ante un artículo aparecido en El Liberal, del Dr. Ovilo, en el que afirmaba que las sociedades obreras de Madrid no se preocupaban de la higiene, El Socialista, le contestó afirmando que los obreros ponían en práctica los principios de la higiene cuando lograban reducir las horas de trabajo, cuando reclamaban contra el destajo, evitando que el trabajo de tres obreros lo hicieran dos, al reclamar un día de descanso semanal durante el cual el obrero pudiera "...recrearse, hacer ejercicio sano y vivir en una atmosfera más pura que la del taller o la fábrica"; a continuación, enumeraba otra serie de medidas entre las que estaban la reglamentación del trabajo de los niños y de la mujer y la de los accidentes de trabajo. Finalmente resumía que los obreros luchaban "...resueltamente contra lo que se opone a que se generalice [la higiene] en el medio en que viven"[165].

En 1914, Antich, un médico catalán afirmó, en una conferencia organizada por la Agrupación Socialista Barcelonesa, que la causa directa de la miseria era la insuficiencia de salario, culpando al sistema capitalista de seguir los principios de dar al obrero lo mínimo para que no se muriera de hambre y para que produjera trabajo en la época de mayor vigor de su vida, hecho que, irremediablememte, conducía hacia la

---

[164] MORATO (1899).
[165] HIGIENE y las Sociedades Obreras (1899).

ruina "...vencidos por el alcoholismo, la anemia y la tuberculosis"[166] e invitaba al pueblo a alcanzar la "hegemonía política", única que acabaría con el malestar social.

Ese mismo año un editorial de El Socialista establecía un paralelismo entre la mortalidad y la política: "España se muere de mal gobernada y se muere también de tuberculosis, de tisis, de toda clase de epidemias". Se preguntaba cómo una clase jornalera que ganaba menos de una peseta por un trabajo rudo y prolongado podía tener salud. Con respecto a los reformistas que denunciaban en el parlamento el mal estado del vigor de los obreros españoles, afirmaba que no iban a ser estas personas quienes pusieran el remedio, pues en ellos estaba también "...y en gran parte, el origen de toda falta de salud... Al ahondar en el tema tendrían que deponer contra sí mismos"[167].

La discriminación en el ámbito fiscal fue una de las lacras heredadas del Antiguo Régimen y no superadas a lo largo del siglo XIX ni siquiera tras la introducción de medidas directas de recaudación en 1845 (Ley tributaria Mon Santillán). Por el contrario, el peso contributivo máximo recaía en la contribución indirecta, particularmente en la "contribución de consumos". Su importancia radicaba en el encarecimiento de los artículos de primera necesidad, que repercutía sobre las clases sociales populares, y en "...la ignorancia de tipos impositivos para las rentas superiores y medias de las clases poseedoras"[168].

En 1898, con motivo de la celebración del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, Guerra y Cortés pidió, para luchar contra la tuberculosis, que desapareciera en su mayor parte el impuesto de consumos para la clase media y, totalmente para la clase obrera, sustituyéndola por otro tipo de tributo[169]. La reforma de Fernández Villaverde (1899-1900),

---

166 CONFERENCIA del Dr. Antich (1914).
167 TEMA de la salud (1914).
168 MARTINEZ CUADRADO (1981) pp. 222-223.
169 GUERRA Y CORTES (1900) p. 111.

motivada por la reciente "crisis de subsistencias"[170], consiguió que la tributación directa (39,49 por 100 del total tributario) superase en un punto a la indirecta (38,07) en el año 1900[171]. Pero no mejoró la situación del proletariado.

De esta forma, tres años después, Yagüe y Espinosa, en el XIV Congreso Internacional de Medicina (Madrid, 1903), pidió, para redimir del hambre al proletariado de Madrid, "...la transformación gradual, hasta la desaparición, si fuere posible y conveniente, del impuesto de consumos"[172]. Posteriormente, como ya hemos visto, se volvería a repetir esta petición en el primer Congreso Español de la Tuberculosis (Zaragoza, 1908)[173].

Estas sugerencias se convirtieron en las principales reivindicaciones de la campaña iniciada por las Sociedades Obreras medrileñas y la UGT, en 1904, dirigida a luchar contra la carestía de los alimentos.

El 4 de noviembre de ese año, la Agrupación Socialista Madrileña decidió iniciar una campaña contra el hambre encaminada a "...reclamar de los Poderes públicos medidas eficaces contra la carestía de las subsistencias"[174]. Afirmaban que existía una desproporción enorme entre los salarios y el precio de los artículos más indispensables para la vida. Esta campaña, a la que se uniría la UGT, pedía a los gobernantes unas medidas que, estuvieran por encima de otros intereses "...y hasta llegando a una dictadura impuesta por la suprema razón de la salud del pueblo"[175]. Vicente Barrio, Secretario del Comité

---

[170] Las distintas crisis se desarrollaron en España e lo largo de todo el siglo XIX: 1857, 1868, 1879, 1887 y 1898. NADAL (1982) p. 22.

[171] MARTINEZ CUADRADO (1931) pp. 223.

[172] YAGÜE Y ESPINOSA (1904) p. 127.

[173] CONCLUSIONES (1913) p. 211.

[174] CAMPAÑA contra el hambre (1904). Giné y Partagás (1872) vol. 3. p. 5, definió el concepto de subsistencia desde el punto de vista higiénico, como aquel que comprendía a los alimentos, las bebidas y los condimentos en relación con las necesidades de la población.

[175] ¡SALUS populi! (1904).

Nacional de la UGT, pidió a todas sus secciones la adhesión para luchar contra la enfermedad más espantosa y depresiva que existía: el hambre[176].

Esta campaña, que en poco más de cuatro meses, según El Socialista, había movilizado a 1.000 sociedades obreras y a un total de 200.000 trabajadores en toda España[177], hizo que el gobierno tomara las primeras medidas en abril de 1905 aunque sólo para Madrid: establecer una tahona reguladora de pan y crear una Comisión de Policía de Mercados[178]. Estas medidas no satisfacieron a los trabajadores que continuaron sus movilizaciones durante el verano de 1905[179]. A partir de ese momento, basaron su estrategia en un lograr un objetivo concreto: abolir el impuesto de consumos de los artículos de primera necesidad, petición mediante la cual también se luchaba contra la carestía de las viviendas y de la calefacción: es decir, por el abaratamiento de todo aquello indispensable para vivir.

En el programa reivindicativo del Partido Socialista, se recogía la supresión de dicho impuesto, y su sustitución por un tributo directo sobre la riqueza[180].

2.2.2.3.1. Informe de Espina y Capó (1906).

En junio de 1905, los liberales tomaron el poder con Montero-Ríos al frente del nuevo gabinete. Con el fin de intentar resolver el problema citado se formó una Comisión extraparlamentaria para el estudio de la transformación del impuesto de consumos. En el proceso de información oral abierta

---

176 CAMPAÑA de las subsistencias (1904).
177 TRIUNFO obrero (1904).
178 PRIMERAS medidas (1905).
179 PARO general (1905).
180 CONTRA el impuesto de consumos (1905).

por dicha comisión, se encargó a Antonio Espina y Capó la terea de exponer si dicho impuesto era una de las concausas de la tuberculosis. Este redactaría un trabajo bajo el título: El impuesto de consumos y la tuberculosis[181].

El informe, presentado en abril de 1906, estaba dirigido al Presidente de la Comisión, Juan Navarro Reverter. Comenzaba Espina exponiendo la importancia de esta enfermedad, que se reflejaba en la alta mortalidad que producía. En el informe intentaba demostrar cómo el impuesto de consumos era una de las causas por las cuales no se podía realizar por completo la profilaxis de la tuberculosis, en dos de sus aspectos:

> "...la alimentación sana y barata; la casa limpia, caldeada y soleada; en una palabra SALUBRE, piedras angulares de esta profilaxis,...siguiendo en esto las corrientes científicas modernas"[182].

Para justificar la supresión de dicho impuesto, Espina, utilizó fundamentalmente argumentos economicistas, destacando el dinero que el país se ahorraría si diminuyera la mortalidad por tuberculosis "...puesto que la vida del hombre tiene un valor muy alto en el mercado"[183].

La memoria, dividida en cinco partes y una introducción, hacía referencia a la influencia que la alimentación, la vivienda y el frio tenían sobre la tuberculosis. En el primer apartado, Ración alimenticia, singularizó a esta como fuente de calor que había de trasformarse en trabajo. Destacó el valor de la carne y el mínimo indispensable de albúmina que era necesaria para restaurar el nitrógeno perdido, nitrógeno que el organismo tomaría de los propios tejidos del individuo. Esto demostraba que era una utopía el intentar suprimir la carne de la ración del obrero "...sopena de que se gaste esta máquina antes de

---

[181] Editado recientemente en: MOLERO MESA (1987) pp. 107-132.
[182] ESPINA Y CAPO (1906_a) p. 8.
[183] Ibidem.

tiempo y sea presa de la tuberculosis en plazo muy breve"[184]. Expresó cuáles eran los mínimos calóricos y las proporciones de proteinas, grasas y féculas para que fuese efectiva la alimentación. En este sentido, al comparar estos mínimos con lo que en realidad consumía el obrero[185], llamó la atención del desequilibrio negativo para el trabajador, tanto en cantidad como en calidad.

El segundo y tercer apartado estaban dedicados a demostrar de qué manera la desnutrición influía en el desarrollo de la tuberculosis. En primer lugar destacó a Inglaterra como ejemplo de nación que se había preocupado de aumentar el bienestar de los trabajadores a lo largo de todo el siglo XIX, a través de una extensa legislación social. En este contexto y referido a la alimentación, mostró una tabla en la que se relacionaba directamente la disminución del precio del trigo desde 1838 hasta 1900 con la disminución de la mortalidad por tuberculosis "...a un extremo verdaderamente asombroso y para nosotros envidiable a la par que vergonzoso". Recurriría después a la teoría del "germen" y "terreno", para que los miembros de la Comisión comprendieran como la debilitación del segundo hacía florecer al primero. En esta debilidad también estaba la causa de que una vez contraida la enfermedad, la recuperación fuera lenta y penosa, siendo necesario en muchos hogares que el tuberculoso consumiera casi toda la comida de la familia, viniendo después esta a enfermar también. Finalmente, y para terminar con la alimentación, volvió a hacer hincapié en el gasto que los tuberculosos significaban para la sociedad: en Madrid había un 70 por 100 de tuberculosos en el Hospital provincial, que significaban un gasto diario de casi 4 pesetas por cada enfermo; esto sumado a las dos o tres pesetas que dejaban de producir, significaba una pérdida importante, que había que tener en cuenta a la hora de decidir si se abarataban los alimentos o no.

---

[184] Ibid. p. 12.

[185] Los datos están tomados de UBEDA CORREAL (1902) El presupuesto de una familia obrera. pp. 48-52.

Los dos últimos apartados estaban dedicados a las viviendas salubres y a la calefacción. Con el impuesto sobre los materiales de construcción, Espina afirmó que lo que se estaba tasando era la luz y el aire. Volvió a destacar a Inglaterra y sus campañas de construcción de casas higiénicas y baratas, enfatizando que había logrado disminuir más la mortalidad por tuberculosis que Alemania con todos sus sanatorios. En esta tónica tampoco debían gravarse los materiales utilizados en el saneamiento urbano. Denunció el impuesto sobre las acometidas de las alcantarillas, sobre los desagües de los pozos negros. En España

> "...donde no se hace más que arbitrar recursos sin pensar en su resultado; donde se hacen impuestos hasta sobre los muertos, pensemos en que hay tres cosas que deben dejarse sin pagar tributo alguno, que son EL AGUA, LA LUZ Y EL ALIMENTO"[186].

La falta de calefacción, por último, hacía que gran cantidad de personas tuvieran que calentarse juntando sus propios cuerpos, con la promiscuidad de sexos y cerrando los estrechos huecos por donde podría entrarles oxígeno. Hechos todos que, unidos al efecto propio del frío, favorecían la transmisión y desarrollo de la tuberculosis. Por lo tanto había que suprimir este impuesto del carbón. Para concluir, señaló que este tema no era de los que debían despertar "odios de clase", sino que era un problema esencialmente humanitario, en el cual todos estaban obligados a contribuir para que,

> "...ante todo y sobre todo..., en esta lucha humanitaria antituberculosa, la desaparición o transformación de este impuesto nos favorezca"[187].

El asunto quedó paralizado durante la vuelta al poder de los conservadores durante el cual Maura se mantuvo a lo largo de

---

[186] ESPINA Y CAPO (1906_a) p. 23.
[187] Ibid. p. 24.

tres años desde 1907. La campaña se reinició en 1910, coincidiendo con la vuelta al poder de los liberales y reforzada por el creciente poder de los obreros y el progresivo deterio del sistema impositivo. El nuevo impulso en contra del "odioso impuesto" fue dado por la minoria republicano-socialista del Ayuntamiento de Madrid, en agosto de 1910. En un mitin dado en la Casa del Pueblo de Madrid, se afirmó que era prioritario abolir el impuesto de consumos de la forma que fuese porque dicho impuesto

> "...es el que más encarece la vida y por consecuencia de la mala alimentación, se desarrollan multitud de enfermedades"[188].

Finalmente, el gobierno de Canalejas promulgó la esperada Ley el 12 de junio de 1911. Esta permitía a los municipios la sustitución del impuesto en cuestión por recargos en otros apartados: solares sin edificar, sobre el consumo de gas y electricidad, inquilinatos, bebidas alcohólicas, sobre billetes de espectáculos públicos y timbres del estado, sobre la carne fresca y salada, entre otros. Los diferentes municipios serían los encargados de desarrollar, dentro de unos márgenes establecidos por la Ley, los diferentes impuestos alternativos, haciéndolo paulatinamente hasta la total desaparición de este impuesto[189]. Pero una reforma real del sistema impositivo no llegó a producirse hasta la introducción, en 1932, de la contribución sobre la renta personal.

---

[188] CONTRA los consumos (1910).
[189] SUSTITUCION de los consumos (1911).

2.3. LUCHA CONTRA LA INFECCION.

2.3.1. El bacilo de Koch y la introducción de las medidas directas

A partir de 1882, el bacilo de Koch entró a formar parte de la etiología tuberculosa. A partir de ese momento las medidas profilácticas propuestas contra el microorganismo, se combinarían con las que, hasta ese momento, habían venido defendiendo los higienistas. La potencialidad que estos últimos referían al organismo (predisposición o semilla interna), se vería sustituida por el "germen" externo, mientras que el "ambiente" actuaría sobre el "terreno", abonándolo o impidiendo que se desarrollara el germen tuberculoso. De esta forma las medidas profilácticas se encuadrarían dentro de la teoría, citada anteriormente, de "germen" y "terreno".

Guerra y Cortés resumió estas medidas con motivo del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898. Este médico de la beneficencia madrileña, propondría dos únicas conclusiones sobre la aplicación de la profilaxis antituberculosa:

> "1ª Es indispensable para lograr el fin práctico que perseguimos, colocar a los organismos en condiciones de resistencia, evitando que el germen contagioso encuentre terreno abonado, y sean los seres humanos excelentes medios de cultivo del Bacilo de Koch.
>
> 2ª Hay que procurar en lo posible la destrucción de este agente productor, que principalmente se contiene y difunde en las materias de la expectoración"[190].

Las primeras serían aquellas de caracter general o de

---

[190] GUERRA Y CORTES (1900) p. 111.

acción indirecta, encaminadas a entorpecer el desarrollo del mal mejorando, en todos los aspectos, las condiciones de vida de los individuos. Y las segundas serían medidas especiales o de acción directa, que entrarían a formar parte de la campaña antituberculosa organizada e irían encaminadas a evitar el contagio.

Sayé en 1924 afirmó que de los medios directos dependía la contención de la endemia, pero atribuiría a los indirectos la responsabilidad en el descenso de la misma. En efecto, en un trabajo de 1923, ya apuntó cómo la mortalidad por tuberculosis había comenzado a disminuir, en algunos países, mucho antes del descubrimiento del bacilo. Así, en Alemania la curva comenzó su descenso en 1860 "antes de la aplicación de los métodos profilácticos preconizados en [este país] desde 1882"[191] y, en Inglaterra, a partir de 1840. La interpretación de Sayé era la siguiente:

> "La mortalidad por tuberculosis ha disminuido tanto más rápidamente cuanto más precoces y eficaces han sido las medidas de higiene general, la legislación social, las que han creado un bienestar económico a la colectividad"[192].

Esta aserción la confirmaría la guerra de 1914-19, que produjo una interrupción en el descenso de la curva en Alemania, Noruega e Inglaterra "...y sin embargo los medios directos existían y aumentaban aún en su desarrollo"[193]. Pero no descartaba Sayé el concurso de los medios directos. Estos, cumpliendo los principios de totalidad (creación de instituciones profilácticas y de tratamiento para todas las formas y todas las edades) y proporcionalidad (las instituciones son creadas proporcionalmente en número y calidad a la intensidad y variedad del mal), unidos a los indirectos significarían el desideratum en la lucha contra este azote. Como

---

191 SAYE (1923) p. 346.
192 SAYE (1924) p. 85.
193 Ibidem.

ejemplo de la confluencia de ambos tipos de medidas, Sayé citó la experiencia llevada a cabo en Framingham (Massachussets), entre 1916 y 1921. Este experimento, que causó impacto en la época, fue organizado por la Liga Americana de Estudio y Prevención de la Tuberculosis y fue financiado por la Metropolitan Life, una compañía de seguros. Durante cinco años, una fuerte campaña, basada en la propaganda y acción dispensarial masiva sobre sus 17.000 habitantes, consiguió disminuir la mortalidad por tuberculosis a la tercera parte (de 121,5 a 40,0 por 100.000 habitantes)[194].

Otra serie de medidas profilácticas particulares, que estudiaremos en otro lugar, fueron las propuestas por los eugenistas. Estos defendían el que los niños se gestaran y nacieran en condiciones óptimas de salud y vigor, reivindicando medidas encaminadas a conseguir este fin.

Los higienistas ambientalistas proponían medidas destinadas a modificar los factores que para ellos eran los responsables de esta enfermedad, medidas tendentes a actuar sobre el medio ambiente y el individuo de una forma física y moral. El descubrimiento del bacilo supuso la desvalorización de la multifactoriedad en la etiología de la tuberculosis. La consecuente campaña contagionista, inmersa en el positivismo de la medicina de laboratorio, ayudaría a extender las teorias contagionistas entre todas las capas sociales.

El papel del bacilo en la enfermedad tuberculosa fue ampliamente debatido en el primer Congrès pour l'Etude de la Tuberculose chez l'Homme et chez les Animaux celebrado en París del 25 al 31 de julio de 1888[195], que en su primera conclusión recogía:

---

[194] MOLERO MESA; RODRIGUEZ OCAÑA (1988) p. 508.

[195] CONGRESO para el estudio de la tuberculosis...(1888) p. 759. Es de destacar la presencia de Villemin como Vicepresidente del congreso. La presidencia estaba ocupada por Chauveau.

> "La tuberculosis debe inscribirse en los Códigos sanitarios de todos los países entre las enfermedades evitables contagiosas, exigiendo medidas profilácticas especiales"

y en la segunda se pedía la hospitalización de los enfermos bacilíferos o infectantes[196].

Dos meses después, esta enfermedad fue motivo de atención en el Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona (9-15 septiembre de 1888) donde, dentro de un total de nueve, la cuarta ponencia oficial estaba dedicada a discutir la **Contagiosidad y profilaxis de la tuberculosis**. En esta sesión aunque ninguno negaba la existencia del germen, se formaron dos grupos discrepantes en torno al grado de contagiosidad de este. Para Suñer y Capdevila (mayor)(1826-1898)[197], el contagio estaba probado desde que se inoculó el bacilo de Koch a un moribundo, por lo que la profilaxis de la tuberculosis se debería de realizar mediante dos indicaciones fundamentales: el aislamiento del enfermo y la destrucción de las causas del mal. Junto a Suñer y Capdevila defendían, entre otros, esta tesis Espina y Capó, Rodríguez Méndez e Iranzo[198]. Sin embargo, Mariani minimizó el papel del contagio ejemplificándolo en la poca frecuencia con que los médicos padecían la tuberculosis, así como Robert afirmó que, de creer en la alta contagiosidad no hubiera hablado en público "...ante el temor de despertar en el auditorio un sentimiento antihumanitario de horror a los tísicos...", se dio incluso el caso del Dr. Ezquerdo que ignoraba antes de esta sesión que la tuberculosis fuera contagiosa[199].

Estas decisiones, tomadas en las reuniones científicas de

---

[196] ESPINA Y CAPO (1921) p. 12.

[197] Este médico, autor de un Tratado popular de la tisis que conoció dos ediciones (1872 y 1899), se llamaba Francisco, igual que su hermano, también médico, por lo que en medios académicos se especificaba si era el "mayor" o el "menor" de los hermanos. SANCHEZ MARTINEZ (1985) p. 18.

[198] FARGAS Y ROCA (1906) p. 64.

[199] CONGRESO de Ciencias Médicas de Barcelona (1888) pp.161-166.

la época inspiraron los fines de las distintas campañas antituberculosas que fueron surgiendo en cada país según sus peculiaridades y que estudiaremos en otra parte. Las primeras campañas, por tanto, irían encaminadas a difundir esta nueva doctrina, primero en los círculos académicos y asistenciales y, posteriormente, entre los políticos y el público en general.

Los primeros que debían convencerse de la contagiosidad debían ser los propios médicos, ya que como hemos podido observar más arriba no era unánime la opinión a la hora de asignar responsabilidades etiológicas. De esta forma León Corral y Maestro (1855-1939) se lamentaba, en 1884, de que una buena parte de la generación médica mirara la contagiosidad "...con cierto inexplicable desdén" hecho que, según decía, preocupaba a las eminencias contemporáneas[200]. Como después veremos la falta de "ambiente contagionista" entre los médicos retrasaría la organización de la lucha antituberculosa en nuestro pais.

Varios autores han señalado la pervivencia popular en España del miedo al contagio, basándose en la conocida obra de George Sand, Un hiver à Majorque[201]. En teoría, esto debía suponer mayores facilidades a la hora de concienciar al público del peligro de esta enfermedad. En 1897 Rodríguez Méndez afirmó:

> "Un poco más de insistencia, y el vulgo y los gobiernos...aceptarán el contagio: el vulgo casi cree en él por modo unánime, y no ciertamente de ahora; los gobiernos acabarán por resolverse, una vez vencidas las dificultades de carácter político y financiero que hoy sirven de excusa para no aceptar la voz de la ciencia"[202].

Amalio Gimeno (1851-1936), quien posteriormente sería Presidente de la Liga Popular Antituberculosa y Ministro de Gobernación en 1918, apeló, en 1904, al egoismo y al miedo de la

---

[200] CORRAL Y MAESTRO (1884) p. 6.
[201] DUBOS; DUBOS (1952) pp. 32-33. y GRELLET; KRUSE (1983) p. 91.
[202] RODRIGUEZ MENDEZ (1897) p. 217.

clase burguesa para luchar contra la tuberculosis. Su voz de alarma iba dirigida a las familias pudientes, y a las clases directoras[203], ya que estas no se libraban del peligro de contagio

> "¡Clases intelectuales, clases poderosas, clases ricas! [el peligro] no viene de arriba, sino de abajo. El microbio de la tuberculosis vive en la suciedad, se oculta en la pobreza, trabaja en los cuerpos hambrientos y fatigados antes de asaltar otros mejores"[204].

El Gobierno se mostró cauto a la hora de sancionar la trasmisibilidad de esta enfermedad, por las consecuencias impopulares que podría traer. Cuando Comenge, como después detallaremos, inició su campaña en 1892 pidiendo medidas contagionistas de desinfección y quema de ropa "...faltó poco para que nos excomulgaran; se habló de la tiranía de la higiene y se dijo que no era factible lo que proponiamos"[205]. Corral y Maestro recordó en 1884 las palabras de Pidoux, pronunciadas en 1867, cuando se discutían los trabajos de Villemin: "Si la tisis es contagiosa, es preciso decirlo muy bajo" a lo que este médico argumentó:

> "Digase, en una palabra, todo lo bajo que se quiera, el temido secreto, pero óbrese según él, con energía y con urgencia"[206].

En 1888, José Moreno Fernández, Decano de la Facultad de Medicina de Sevilla, insistiría en la indispensabilidad de que "...por los altos poderes del Estado se declare a la tuberculosis contagiosa"[207].

---

[203] Recuerdese que Alfonso XII murió tuberculoso en 1902.
[204] GIMENO CABAÑAS (1905) pp. 7-8.
[205] COMENGE Y FERRER (1893) p. 117.
[206] CORRAL Y MAESTRO (1884) pp. 7 y 9.
[207] MORENO FERNANDEZ (1889) p. 28. Este médico era además Catedrático de Fisiología Humana.

De esta forma, las primeras medidas propuestas estarían referidas a la desinfección de todo aquello que pudiera portar gérmenes tuberculosos: las habitaciones, los enseres y los esputos de los enfermos; la quema de las ropas y por último el aislamiento del enfermo. Medidas que requerirían para su cumplimiento la declaración por parte del médico de los casos de enfermedad para, de esta forma, la autoridad actuara en consecuencia. Anteriormente hemos visto las medidas indirectas propuestas para fortalecer "el terreno", en este apartado estudiaremos las principales medidas adoptadas para evitar el contagio. La parte que correspondería a Sanatorios y Dispensarios lo estudiaremos cuando hablemos de estas instituciones.

2.3.2. Circular de la DGS en octubre de 1901.

El Gobierno liberal, a través del recién nombrado, en marzo de ese mismo año, Director general de Sanidad, Angel Pulido Fernández (1853-1932), elaboró una extensa Circular (R.O.C. de 4 de octubre de 1901)[208] dirigida a todos los gobernadores civiles donde, tras reconocer la importancia de la enfermedad tuberculosa, se señalaban una serie de "Instrucciones populares sobre la tuberculosis". Este documento significaba, tal como pedían los primeros congresos europeos antituberculosos, un reconocimiento explícito de la contagiosidad de la tuberculosis y, por lo tanto, su consideración como enfermedad "que se podía evitar". La circular, que nos ejemplifica el enfoque que posteriormente tendrá la lucha organizada, reconoció en su prólogo:

> "La propaganda de cuáles son las fuentes de contagio y los medios de prevenirle es una de las más reconocidas necesidades de España, donde la ignorancia hace infecundo

---

[208] Gaceta de Madrid de 6 de octubre. Esta Circular ha sido reproducida en su integridad en: MOLERO MESA (1987) pp. 217-228.

> todo esfuerzo, retarda o imposibilita la formacion de instituciones y organismos defensores, [y manteniene la]... esterilidad social."

El primer párrafo de la circular, no deja dudas de la adscripción de los poderes políticos a las doctrinas contagionistas, en un periodo en el que aún se discutía la importancia y virulencia del germen. Para acentuar este carácter, la circular aclaraba que, la mala alimentación, o la debilidad producida por los excesos de todo tipo (trabajo y placeres), la anemia, u otros padecimientos, podían preparar el terreno, pero no bastaban para determinar la enfermedad:

> "Es un error creer que la tuberculosis representa la última, extrema manifestación de la debilidad orgánica. La enfermedad se debe exclusivamente a la infección por el bacilo de Koch. Toda tuberculosis supone un contagio, sin el cual no se habría desarrollado"[209].

Asimismo se refutaban la creencia de la heredabilidad de la tisis, aclarando que lo que se heredaba era cierta debilidad orgánica, lo que favorecía el contagio al niño por parte de sus padres tuberculosos, pero una vez nacido.

En este documento se detallan todos aquellos hábitos, de la clase popular, que favorecían la trasmisión del bacilo y que, por lo tanto, era necesario modificar. La forma más fácil de contraer la tuberculosis, según esto, era por inhalación a través del polvo ambiental que vehiculaba los bacilos procedentes de esputos desecados, por lo que la circular censuraba la costumbre de barrer sin mojar el suelo, sacudir los objetos para limpiarles el polvo, cepillar la ropa o quitarse el barro de los zapatos en habitaciones cerradas. En este sentido, establecía una "zona peligrosa" de extensión delante del tuberculoso de un metro, distancia que podían recorrer las partículas de saliva antes de caer al suelo mientras el enfermo

---

[209] El subrayado es nuestro.

hablaba. También había que combatir la costumbre de deglutir los esputos pues se reinfectaba al organismo por vía digestiva. Con respecto a la carne y la leche de vacas tuberculosas, todavía se estaba discutiendo su peligrosidad para la raza humana, pero reconocía que podía favorecerla por las tóxinas que el bacilo bovino fabricaba. Finalmente también se reconoció su transmisión por contacto, a través de mucosas y erosiones de la piel por lo que las costumbres tales como pasar las hojas de los libros humedeciéndose los dedos, utilizar comúnmente vasos u otros objetos personales y, en fin, el hábito de los niños de llevarse a la boca cualquier objeto contribuían a extenderla.

El esputo era considerado el vehículo difusor más importante de todos. Esto desencadenó la llamada "guerra al esputo", la cual consistió en tomar todas aquellas medidas que desinfectaran este producto contaminado, comenzando por corregir el hábito de escupir en el suelo.

> "La guerra al esputo debe comenzar desde la misma Escuela de instrucción primaria, en la que se afeará ante los niños la costumbre de escupir en el suelo, como una práctica grosera y perjudicial que a un mismo tiempo atenta a la higiene y a la urbanidad".

La corrección de esta costumbre debía ser para todo el mundo, aunque claro mucho más severa con los enfermos reconocidos. Estos deberían cuidarse en su casa de no escupir "...en el suelo, las paredes o los muebles, sino precisamente en la escupidera".

El resto de las "instrucciones populares" se completaban con una serie de consejos higiénicos tendentes a suprimir los factores favorecedores de la trasmisibilidad de la tuberculosis. A continuación daba una serie de "consejos a los predispuestos", que consistían en una descripción de los primeros síntomas de la tuberculosis y aconsejaba acudir inmediatamente al médico con la promesa de su curabilidad si estaba la enfermedad aún incipiente, (se decía incluso que esta enfermedad, cogida a

tiempo, era "la más curable de todas las enfermedades"). Estos "consejos", en realidad, tenían la finalidad de captar a los tuberculosos que, ignorantes de su enfermedad, iban produciendo contagios entre los que le rodeaban. La circular, o partes de ella, sería reproducida en tirada aparte, en manuales de higiene y en textos antituberculosos, convirtiéndose de hecho en el primer documento propagandístico antituberculoso de difusión nacional. En la figura [15] reproducimos el folleto que Verdes Montenegro repartía en 1901 en su dispensario, cuyo texto está extraido de esta circular.

2.3.3. Declaración obligatoria, desinfección, y aislamiento forzoso.

Junto a las medidas contagionistas de carácter general, se hacían necesarias otras que actuasen más eficazmente sobre el enfermo, verdadero reservorio de bacilos. Por esto la declaración obligatoria se convirtió en el mecanismo por el cual se daría la voz de alarma para intentar cerrar la fuente de contagio. Codina Castellví veía la necesidad de conocer a los tuberculosos, porque una cosa era la "...la diseminación del germen y otra los focos donde los gérmenes se cultivan", añadiendo a continuación:

> "¿Y que son sino focos diseminadores del contagio todos los tuberculosos que pasean por nuestras calles, asisten con nosotros a los espectáculos públicos y hasta penetran en todo instante en nuestras propias casas, en los más variados actos de la vida social y aun en los más íntimos de la vida familiar?"[210].

En el Primer Congreso Nacional de la Tuberculosis (Zaragoza, 1908), junto a las conclusiones de caracter indirecto y que ya hemos estudiado anteriormente, se pedía que:

---

[210] CODINA CASTELLVI (1916) pp. 10-11.

FIGURA 15

PANFLETO DE PROPAGANDA REPARTIDO POR EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE VERDES MONTENEGRO

POLICLINICA CERVERA
JORGE JUAN, 3

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO
(EL PRIMERO ESTABLECIDO EN ESPAÑA)

CONSULTA GENERAL Y GRATUITA
DE ENFERMEDADES DEL PECHO

A CARGO DEL
DR. VERDES MONTENEGRO

Miércoles, viernes y domingos,
a las nueve y media de la mañana

Todo individuo que se acatarre con frecuencia, o adelgace rápidamente, o se fatigue con facilidad, o experimente sensación de opresión en el pecho, o note una pequeña calentura por las tardes, o, en fin, tenga tos pertinaz, y cuando se constipe padezca el constipado más de diez o doce días, debe hacerse reconocer por un médico competente.

La menor ventaja que obtendrá de este reconocimiento será la de verse curado de las molestias que siente. Si resultase que es tuberculoso, su enfermedad será descubierta en un período en que hay probabilidades grandísimas de curarla. El peligro de la tuberculosis, su mortalidad aterradora, dependen de que casi siempre se recurre al médico cuando ya éste puede hacer muy poco para evitar el fin funesto de la afección.

Es, por lo tanto, del mayor interés que no se descuide la afección en sus comienzos, pues descubierta a tiempo la tuberculosis, puede ser combatida con tal éxito, que se ha llegado a decir de ella que *es la más curable* de todas las enfermedades.

El reconocimiento precoz de la enfermedad tiene además la ventaja de que da medios para oponerse a su difusión.

Conocida la enfermedad a tiempo, es posible disponer las prácticas higiénicas necesarias para salvar del contagio a la familia, a los criados, a las personas que viven en la intimidad del enfermo; de modo que en esas circunstancias hay probabilidades grandísimas de que éste se restablezca, y la seguridad de que se evitará que sus deudos adquieran la dolencia.

Los individuos débiles, anémicos, que hayan padecido escrófula en su niñez, que tengan poco desarrollada la caja del pecho, los que cuenten varios tuberculosos en su familia, los convalecientes de enfermedades febriles, los diabéticos, los que padecen de repetidas hemorragias por la nariz, en una palabra, los que por cualquier circunstancia carezcan de la resistencia, del vigor orgánico normales, deben extremar la observación de las reglas expuestas.

(Circular de la Dirección General de Sanidad de 4 de octubre de 1901.)

FUENTE: VERDES MONTENEGRO (1902) p. 62.

"Para luchar contra la tuberculosis hay que extremar los rigores de la higiene clásica, pues siendo la bacilosis de Koch eminentemente contagiosa, debe por fuerza acentuarse todo lo que se refiere a desinfección y aislamiento sobre la base de la declaración obligatoria de sospecha"[211].

La declaración obligatoria de la tuberculosis, sería regulada en España muy tempranamente, en 1901[212]. A los pocos dias de publicarse en la Gaceta de Madrid la Circular antes estudiada, el gobierno, por Real Decreto de 31 de octubre de 1901, incluyó a la tuberculosis entre las enfermedades que era preciso denunciar: la peste, el cólera, la lepra y la fiebre amarilla. Este Real Decreto, basado en las disposiciones tomadas en 1893 por el Ayuntamiento de Barcelona[213], obligaba al médico, al jefe de la familia del enfermo o en última instancia al que lo cuidaba a dar parte a la autoridad municipal[214]. Esta debía efectuar las desinfecciones oportunas en las habitaciones y sobre los objetos contaminados. Para este menester las diputaciones y los ayuntamientos deberían dotarse "...tan pronto como sus presupuestos lo consientan, de estufas y lejiadoras" que pudieran ser traladadas a cualquier parte donde se encontrara el foco de la infección[215]. El Alcalde sería el responsable de imponer las multas correspondientes a los ocultadores de estas enfermedades.

---

[211] CONCLUSIONES (1913) p. 201.

[212] Se adelantaba así a: Inglaterra, que lo haría en 1911 para la pulmonar y en 1912 para todos los casos (CARBAJO MARTIN (1935) p. 297); Dinamarca, 1905; Suiza, 1928. En Francia, con un sector de médicos muy importante en contra, no entró en vigor hasta 1950. COURY (1972) p. 172.

[213] ASISTENCIA medico-gratuita y desinfección en el caso de padecimientos infecciosos (1893) pp. 580-582. Véase la campaña de Comenge en el apartado 3.1.2..

[214] La Real Academia de Medicina de Valencia se pronunció en este sentido en 1900, dentro del "Plan de defensa contra la tuberculosis" para disminuir la difudión del contagio. VILLAFAÑE (1905) p. 139.

[215] LANGLOIS (1902) p. 718.

En la Instrucción General de Sanidad de 1904, se volvió a insistir en este aspecto profiláctico de la declaración obligatoria para proceder a la desinfección de las habitaciones de los enfermos, así como de sus enseres. Sería considerado perteneciente a la Higiene municipal:

> "...las precauciones y medidas para evitar enfermedades epidémicas, contagiosas e infecciosas, desinfecciones y aislamientos y demás análogas"[216].

La Instrucción, además, fue más precisa al detallar las necesidades de medios de desinfección según el tamaño del municipio. Los municipios de menos de 5.000 almas debían tener dispuesto: lechada de cal para lavar suelos y paredes, mezclarlo con vómitos, esputos y demás productos infecciosos. Disolución de sublimado corrosivo para lavado de manos y objetos no metálicos. Gas sulfuroso para colchones, cortinas, muebles, etc. La colada de ropa blanca de cuerpo y cama se haría con agua hirviendo y 25 gr./litro de carbonato o cloruro sódico para elevar el grado de ebullición. Las exigencias iban aumentando en relación directa al número de habitantes, así las poblaciones de más de 40.000 personas debían tener estufas de desinfección, lejiadoras y pulverizadores transportables a domicilio y dos locales destinados a la desinfección de los objetos[217].

Las desinfecciones no eran llevadas a la práctica con asiduidad. Codina en 1916, en su estudio sobre las viviendas de los tuberculosos en Madrid, destacó que, entre los años 1911 y 1914, de 1.593 habitaciones registradas de tuberculosos tan sólo se habían desinfectado con certeza 122, lo que significaba un promedio de 7,62 por ciento; en un 11,35 por ciento no se sabía y un 81,03 de las habitaciones no habían sido desinfectadas. Este médico Director, en esa fecha, del Dispensario Principe Alfonso de Madrid reconoció que tuvo que suspender las

---

[216] INSTRUCCION General de Sanidad Pública (1904) p. 472.
[217] Ibid. pp. 100-102. Uno de los manuales de técnicas de desinfección y productos desinfectantes fue el de CORTEZO (1911).

notificaciones al Laboratorio municipal

> "...porque las brigadas encargadas del servicio no podían llevarla a cabo por oposición, algunas veces amenazadora, de los inquilinos"[218].

Además, en los casos en los que se lograba realizar esta práctica, se hacía incompletamente, pues según Codina la casa debía estar cerrada de 24 a 48 horas como mínimo, hecho que nunca ocurría, entrando los inquilinos a sus habitaciones inmediatamente[219]. Al carácter de impopularidad de esta medida, Hauser añadió el de su inutilidad. En efecto, según apuntaba en 1902, de nada servía declarar la enfermedad, ni desinfectar las viviendas, si estos enfermos no eran aislados, pues al volver a ocupar su vivienda volvían a infectarla. Este médico señaló la ausencia de leyes que permitieran al dueño o al municipio obligar al inquilino afecto a desalojarla[220].

El tema del aislamiento forzoso del tuberculoso, junto con el asistencial, fue uno de los argumentos que se utilizaron, por parte de los médicos, para reivindicar la construcción de sanatorios y la dedicación exclusiva de salas especiales en el interior de los hospitales generales. De esta forma, el Tercer Congreso de la Tuberculosis (San Sebastián, 1912) en una de sus conclusiones, planteaba que la defensa social de la tuberculosis necesitaba de la construcción de estas instituciones para que el tuberculoso fuese "...lo más inofensivo para el enfermo [en hospitales], la familia y la sociedad"[221]. Algunos no veían solución al problema

> "...mientras que se admita a un camarero tuberculoso estar al servicio de un hotel, café o casa de huéspedes, en una palabra, mientras a este pestoso no se le aparte del

---

218 CODINA CASTELLVI (1916) p. 161.
219 Ibid. pp. 170-172.
220 HAUSER (1902) vol. 2, p. 184.
221 SESION de conclusiones (1913) p. 340.

individuo sano"[222].

En efecto, Montaña y Santamarina vio evidente que la más segura y eficaz medida profiláctica antituberculosa se encontraba en el aislamiento del enfermo. En este sentido, los médicos no debían ocultar esta enfermedad pues

> "...ni la libertad individual, ni el secreto profesional, ni el temor o sobresalto del desgraciado tísico, significan bastante ante el interés general de la sociedad. Tiene ésta perfecto derecho a coartar la libertad de aquellos de sus miembros que, haciendo uso de ella, se convierten en terrible peligro social"[223].

Ahora bién, reconoció que la adopción del aislamiento forzoso suscitaría un "...clamoreo y protestas vivísimos", ya que el público tenía una consideración de estas medidas "eminentemente bárbara y arbitraria" debido a que no eran conscientes de la peligrosidad del tuberculoso[224]. Salvat reconoció, en 1926, que el tuberculoso en su condición de malhechor público, no era moralmente responsable, por lo que, al secuestrarlo legalmente en nombre de la defensa colectiva, "...las normas de justicia más elementales, imponen, sin embargo, se le provea al inocente forzado de todo cuanto haya menester para vivir con holgura"[225].

La construcción de sanatorios, no obstante, solo paliaría en parte el problema profiláctico, pues, como también apuntó Salvat, para lograr una profilaxis integral de la sociedad sana habría que aislar a todos los enfermos, empresa utópica por el crecido número de estos: "...calcúlese que en España hay medio millón de tuberculosos"[226]. En efecto, los detractores de la declaración obligatoria esgrimieron estos motivos para pedir la revocación de estas disposiciones, pues sin sanatorios y sin

---

222 ALDAZ (1914) p. 657.
223 MONTAÑA Y SANTAMARIA (1908) p. 38.
224 Ibid. pp. 39-40.
225 SALVAT NAVARRO (1926) pp. 629-630.
226 Ibid. p. 630.

medios para mejorar la vida del tuberculoso, la declaración significaría un calvario para el pobre tuberculoso. Xalabarder después de anotar todos estos argumentos afirmaría tajantemente:

> "Mientras el Estado no pueda atender debidamente a las necesidades que plantea la declaración obligatoria de los casos de tuberculosis, no tiene derecho a exigir esta declaración"[227].

No obstante, la declaración obligatoria serviría, si no para remediar el contagio inmediatamente, para formar estadísticas fiables de morbilidad tuberculosa. Martín Salazar, Inspector General de Sanidad, se quejaba, en 1913, del incumplimiento de la declaración obligatoria por estos motivos. Para resolverlo, pidió una nueva Ley de Sanidad que pusiera mayor sanción penal a los médicos que no declarasen estas enfermedades. El incumplimiento de la declaración estaba tan extendido por parte de los médicos titulares que no había "...ningún medio legal, práctico de imponerles su cumplimiento"[228].

Se llegó a plantear que la ausencia de retribución específica por esta tarea influiría también en la desidia de los médicos. En efecto, en la Instrucción quedaba bien claro la obligatoriedad de la declaración por parte del médico "...sin que por ello tenga derecho a devengar honorarios"[229]. Por esto Martín Salazar recordó que, en Inglaterra, el médico recibía 2 chelines y 6 peniques (unas tres pesetas) por cada caso de tuberculosis que declarase[230]. En efecto la Public Health (Tuberculosis) Regulation, 1912, recogía, además, el pago de los gastos efectuados por el médico en medidas profilácticas[231].

---

227 XALABARDER I SERRA (1920) p. 296.
228 MARTIN SALAZAR (1913) p. 61.
229 .EÑA (1926) p. 05.
230 MARTIN SALAZAR (1913) p. 122.
231 NUEVA Ley contra la tuberculosis en Inglaterra (1913) pp. 76-77.

Las resistencias por parte de los enfermos a que se le señalase como tuberculosos también eran frecuentes, hecho que repercutía negativamente en la declaración del médico. Xalabarder lo justificó de la siguiente manera:

> "¡A cualquiera le acomoda que le pongan el INRI, que considera el interesado como un estigma, no diré infamante, pero sí expuesto a no escasos perjuicios como sus relaciones se enteren de la verdadera naturaleza de su dolencia. La pérdida de su colocación, la ruptura de un proyectado matrimonio, el alejamiento de clientes, si se trata de tiendas con frecuente concurrencia, por miedo al contagio, etc., etc..."[232].

Todos estos inconvenientes fueron variando la filosofía antituberculosa oficial en este aspecto.

En 1926, tras una reforma en la organización oficial de la lucha antituberculosa realizada por el Directorio Militar, y siguiendo las recomendaciones de las dos últimas asambleas de los médicos tisiólogos organizados, el gobierno, mediante Real Orden de 3 de septiembre[233] se obligó a todo médico que asistiera a un tuberculoso bacilífero a dar parte al Inspector provincial o municipal de Sanidad. Y a estos últimos a comunicarlo al Dispensario antituberculoso del distrito del enfermo o al más próximo. Hay que destacar la necesidad de que el enfermo fuese "bacilífero", exigencia que no aparecía en las anteriores disposiciones, lo que en teoría reducía, a los verdaderamente peligrosos, el número de enfermos a aislar.

Como después veremos, la carencia de sanatorios y salas de aislamiento hizo que se tomaran soluciones parciales para evitar la difusión de la enfermedad. Los dispensarios, aunque tampoco eran numerosos en nuestro país, debían efectuar una labor educadora para que los enfermos no actuaran como "criminales

---

[232] XALABARDER I SERRA (1920) p. 293.
[233] REAL orden del Ministerio de la Gobernación... (1926) p. CCXIV.

anónimos". Uno de los defensores de estos centros, ya advirtió en 1902 que "...afortunadamente no necesitamos recurrir a la secuestración para combatir con éxito la difusión del padecimiento"[234]. Este autor reconocía la influencia del régimen sanatorial pero

> "Ya que no podemos llevar a todos los enfermos a sanatorios, hay que llevar el régimen de sanatorio a todas partes"[235].

Ello significaba convertir en inofensivos a los tuberculosos tras educarlos correctamente, como estudiaremos al ocuparnos de estos centros.

Otro de los peligros advertido por los médicos en varias ocasiones y en el que la declaración era necesaria para poner remedio, era el elevado número de tuberculosos, que procedentes de America, desembarcaban en los puertos del norte español. La tuberculosis era muy frecuente entre los que regresaban porque en el emigrante confluían todas las causas tisiógenas:

> "Lucha por el espacio y por la luz (vivienda); por el pan de cada día (fatiga, surmenage); angustia del mañana incierto (depresiones anímicas); lucha por el oro (privaciones ahorrativas); lucha...con la inmoralidad colectiva...aceptación de puestos indeseables en industrias peligrosas..."[236].

En 1912, Miguel Gil Casares, Catedrático de Clínica Médica de la Universidad de Santiago, afirmó que "...la repatriación de América es actualmente la causa más poderosa del incremento que experimenta la tuberculosis en nuestra región"[237]. En la II Asamblea antituberculosa Médico-social (Madrid, 1931) se hizo hincapié en la necesidad de la declaración obligatoria para este tipo de enfermos, para impedir que contagiaran a sus vecinos. Si

---

234 VERDES MONTENEGRO (1902) p. 46.
235 Ibid. p. 56.
236 SOUTO BEAVIS; BEATO GONZALEZ (1935) p. 608.
237 GIL CASARES (1913) p. 577.

estos eran "extranjeros pobres" se les debía prohibir la entrada a nuestro país[238].

En efecto, según Plácido Peña Novo, médico del Dispensario Antituberculoso de La Coruña, y citando como fuente a los médicos de la Marina civil, afirmó que del total de pasajeros que desembarcaban todos los años en Galicia, del 60 al 80 por ciento eran tuberculosos. Este médico, para el año de 1925, calculó que de 31.304 personas que habían desembarcado serían tuberculosas 21.912[239].

Consecuentemente, el gobierno republicano reguló la entrada de inmigrantes a través de una Orden de 30 de agosto de 1933. A partir sobre todo de la crisis económica de finales de los años veinte, el movimiento inmigratorio, en España, superó al emigratorio. Tal como el preámbulo de la orden reconocía, la principal causa del retorno era la enfermedad y, en especial la tuberculosis[240]. El ideal para evitar la propagación lo encontraba el legislador en "el aislamiento y tratamiento" de estos enfermos, pero reconocía la imposibilidad de llevarla a cabo, por lo que se tomaban, en su lugar, una serie de medidas. La principal era la creación de un documento, cartilla sanitaria, imprecindible para poder sacar el billete de barco hacia cualquier país. En dicha cartilla se especificaría el estado de su salud a través del dispensario antituberculoso correspondiente para que en caso de ser bacilífero, el médico de a bordo tomara las medidas de aislamiento oportunas y en su caso persuadir al enfermo de que no realizase el viaje por motivos de salud propios.

En cuanto a los inmigrantes (la orden hablaba de "emigrantes que desembarcaran en un puerto español") se ordenaba el reconocimiento obligatorio de todos ellos por la autoridad

---

238 GONZALEZ GUTIERREZ (1933) pp. 205-206.
239 PEÑA NOVO (1930) pp. 91-93.
240 En 1931 el número de emigrantes fue de 7.814 y el de inmigrantes de 25.622. ORDEN de 30 de agosto (1933).

sanitaria del puerto, y en caso de ser positivo se le dejaría seguir su camino, pero con un volante donde se indicase su diagnóstico y el centro antituberculoso más próximo a su punto de destino junto con consejos higiénicos. Simultáneamente las autoridades sanitarias del puerto deberían avisar a los Inspectores de sanidad provincial del lugar a donde se dirigía el enfermo, los que a su vez debían comunicarlo a los Inspectores de sanidad local correspondientes. En cuanto a los marineros, se reguló, un año más tarde, la obligatoriedad de un certificado del Dispensario antituberculoso para ser enrolado en cualquier barco, así como un reconocimiento anual de todo el personal embarcado; los cocineros y pinches lo serían cada seis meses[241].

Otras de las medidas restrictivas parciales, pedidas para evitar el contagio, fue el apartamiento de los tuberculosos de ciertas profesiones. En 1933, la Sociedad Española de Higiene propuso que a todas aquellas personas que se dedicasen a la enseñanza de cualquier grado, servicios domésticos en casas particulares u hoteles, así como todos aquellos encargados de manipular alimentos, tales como panaderos, fruteros o confiteros, se le exigiera el "Certificado Social Antituberculoso". Dicho documento garantizaría la ausencia de enfermedad tuberculosa y sería expedido por los dispensarios antituberculosos e Inspectores municipales de sanidad, previo reconocimiento clínico, radiológico y bacteriológico, siendo válido por un año. Este certificado, al costar cinco pesetas, contribuiría a la financiación de las instituciones antituberculosas, aunque, según aclaraba el acuerdo tomado, sería gratuito para los pobres incluidos en la Beneficencia municipal[242].

Los maestros, sobre todo, eran considerados muy peligrosos para los niños. Las medidas anteriores ya se pidieron en 1897

---

[241] ORDEN de 1 de octubre (1934).
[242] CERTIFICADO sobre tuberculosis (1933) p. 94.

por Juan Civit a través de las páginas de la Gaceta Médica Catalana. Este médico afirmó conocer el caso de un maestro que había contagiado a buena parte de sus alumnos en un pueblo de Tarragona, por lo que pedía al Estado que aprobase la siguiente ley:

> "No se adjudicará plaza alguna de las vacantes que han de proveerse a ningún opositor que, además de la suficiencia demostrada ante el tribunal nombrado al efecto, no reúna un estado físico compatible con el cargo que ha de desempeñar"[243].

Otros autores consideraban fundamental para la defensa de la tuberculosis en las escuelas el abandono de este trabajo por parte de los que estuviesen tuberculosos, así como imponer a los estudiantes de magisterio reconocimientos periódicos para el despistage de esta enfermedad[244]. En el periodo republicano, como después veremos, se aumentó el número de centros sanatoriales pero aun eran insuficientes. Este hecho sirvió para que, en la ponencia oficial antituberculosa del I Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934), se recomendase un orden de prelación para el ingreso de enfermos en los sanatorios, según su peligrosidad:

> "En el orden profiláctico...un maestro bacilífero, que por razón de su cargo, está ocasionando multitud de contagios, o un padre de numerosa familia con la que ha de convivir en estrecho contacto, deben aislarse con preferencia a individuos que viven entre adultos y que no concurren a mezclarse en colectividades"[245].

Según estos planteamientos, Verdes Montenegro, en su labor legislativa en la República, estableció en 1934 un turno de personas que debían tener preferencia para ingresar en las instituciones del Estado. En estas fechas tenían una lista de

---

[243] CIVIT (1897) p. 722.
[244] CASTIELLA (1912) p. 271.
[245] TAPIA MARTINEZ; BLANCO SANCHEZ; CODINA SUQUE (1934) p. 12.

espera de 5.000 personas. Los primeros en ingresar debían ser "...con tanta mayor urgencia cuanto mayor sea el número de personas que se mueven en su zona peligrosa" además de los que, por su profesión, pudieran poner en peligro la salud de un elevado número de personas "...y muy especialmente los niños"[246]. Posteriormente, en 1935, el Decreto que organizaba la lucha antituberculosa vería las cosas con más pragmatismo, estableciendo la declaración voluntaria para todos los casos de tuberculosis y sólo obligatoria "...cuando por su naturaleza, forma clínica o grado de evolución, pueda constituir un foco de contagio de peligro social, bien sea por razones de profesión (maestros, nodrizas, enfermeros, obreros del ramo de la alimentación, etc.) ambiente social o familiar (hacinamiento) y agrupaciones (asilos, cuarteles, etc.) y siempre que no se logre sean aplicadas las medidas sanitarias indispensables"[247].

Finalmente, en este mismo decreto, se instauró la obligatoriedad de certificar el no padecer tuberculosis contagiosa a todas aquellas personas que desempeñasen alguna profesión o cargo oficial que requiriese una relación directa con la infancia. Dichas certificaciones debían hacerlas los dispensarios oficiales gratuitamente. También debían ser objeto de vigilancia los trabajadores que estuviesen en contacto con alimentos, aunque para estos últimos el decreto no especificaba la obligatoriedad[248].

2.3.4. Control de la leche y de la carne.

Otra vía de contagio, además de la aérea, era la digestiva; fundamentalmente, a través de los productos de la vaca enferma

---

[246] TEXTO de la Orden que disciplina la lucha antituberculosa (1934) p. CCLXIV.

[247] DECRETO de 29 de agosto organizando la lucha antituberculosa (1935).

[248] Ibidem.

de tuberculosis. Este tipo de infección, más frecuente en niños, era la responsable de las tuberculosis de los ganglios linfáticos, cuyas formas más comunes eran la afectación de los del cuello (escrófulas) y de los mesentéricos, así como sus diseminaciones hacia huesos y articulaciones. Desde que Koch descubriese el bacilo tuberculoso, se entabló en el mundo científico una discusión en torno a la contagiosidad del bacilo vacuno al hombre, lo que se llamó "teoría unicista", o bien la incompatibilidad entre ambos, "teoría dualista"[249]. El retraso en tomar medidas contra este tipo de propagación se produjo en todos los países a consecuencia de que Koch, en el Congreso de Londres de 1901, se decantó por la teoria dualista, es decir, sostuvo que los bacilos bovinos no atacaban al hombre[250].

España contó con partidarios del contagio a partir de los productos procedentes de animales tuberculosos desde muy temprano. Corral y Maestro, en 1884, afirmaba que debían "...proscribirse por completo de la alimentación las carnes, la leche y todo resto de animal tuberculoso", pidiendo a la autoridad la vigilancia en los mataderos de reses[251]. Peinado, en 1890, incluyó entre las medidas de profilaxis antituberculosa, la vigilancia y minucioso reconocimiento de las sustancias de procedencia animal que pudiesen tener el bacilo tuberculoso, matando y quemando las vacas enfermas[252]. Rodríguez Méndez, ante el Congreso de Zaragoza de 1908, afirmó que el unicismo estaba totalmente probado, por lo que las únicas

---

[249] No hay que confundir estos términos con el debate entre "dualistas y unicistas" que se desarrolló a lo largo del siglo XIX pero en un sentido anatomopatológico: los "unicistas" consideraban que las diversas formas anatomopatológicas de la tuberculosis pulmonar eran una sola unidad, así la pneumonía caseosa y la tuberculosis pulmonar eran lo mismo. Por contra los "dualistas" considerarían estos dos fenómenos como dos procesos distintos, es decir distinguían entre "tuberculosos" y "tísicos". Cf. RAMOS Y DELGADO (1874). Este debate se resolvió totalmente con el descubrimiento del bacilo por Koch en 1882.

[250] CARTWRIGHT (1977) pp. 125-126. El unicismo se impondría finalmente en el Congreso de Washington de 1908 debido a las experiencias de Arloing. JUNYENT (1973_e) p. 8.

[251] CORRAL Y MAESTRO (1884) p. V.

[252] PEINADO (1890) p. 458.

diferencias debían verse desde el punto de vista de la "semilla" y el "terreno"[253].

El Estado español se vio en la obligación de pronunciarse, en este aspecto, a raiz de una consulta del Ayuntamiento de San Sebastián sobre la conducta a seguir con la carne procedente de reses tuberculosas. La Real Orden de 31 de enero de 1889 se redactó en los siguientes términos:

> "Que para garantizar los intereses de la salud pública, se inutilicen las carnes procedentes de reses atacadas de tuberculosis, aunque esta afección se halle localizada en sus manifestaciones"[254].

El Reglamento de Policía sanitaria de los animales domésticos, legislado por Real Orden de 3 de julio de 1904, estaba basado en las resoluciones aprobadas por la Sociedad Española de Higiene de junio de 1901[255]. Este reglamento fue más permisible, al autorizar la venta de reses con tubérculos localizados después de haber extraido estos, o bien si se esterilizaban mediante cocción. En él se recogía la declaración, aislamiento y decomiso de las reses sospechosas y una indemnización al dueño consistente en el 50 por ciento del valor del animal si este debía ser sacrificado y siempre que la autopsia confirmara el diagnóstico y la carne fuese totalmente desechada; se indemnizaría con el total del valor de la carne desperdiciada si la res estuviese sana. Además, se permitía la venta de carne de reses tuberculosas si se esterilizaban antes mediante cocción.

El veterinario Benito Remartínez comentó irónicamente este reglamento en el Congreso de la Tuberculosis de San Sebastián (1912), en el sentido de que todo lo reseñado en él eran "...operaciones todas puramente de lujo y teóricas, por cuanto

---

253 RODRIGUEZ MENDEZ (1912) p. 334.
254 REMARTINEZ Y DIAZ (1914) p. 237.
255 PELIGROS de la alimentación por las carnes de matadero. Medios de evitarlos (1901) pp. 39-44.

no se practican nunca", afirmando que en su dilatada carrera veterinaria no sabía de un solo caso en el que se hubiera llevado a término tal práctica[256].

No obstante, las conclusiones aprobadas por los distintos congresos y asambleas antituberculosas en España, se contradecían en algunos puntos conflictivos. Ya hemos visto como la Sociedad Española de Higiene y su versión legislada, permitían la venta de los animales tuberculosos si las lesiones estaban localizadas o bien si se esterilizaba previamente. Pues bien, mientras en el Congreso de Barcelona en 1910, se pidió que se derogasen los artículos 149 y 150, que permitían la venta de carne con tuberculosis localizada[257], en el de San Sebastián, dos años después, se pedía que las vacas que dieran positivo a la prueba de la tuberculina se les aplicase lo referente al reglamento vigente aprovechándose, o no, sus carnes según los artículos 148, 149 y 150[258]. Además, en Barcelona se pidió también que se prohibiera la venta de carnes tuberculosas aunque estuviesen cocidas, por no dar este método garantías absolutas, mientras que en San Sebastián no hubo referencias al respecto en las conclusiones.

La Ley de Epizootias, de 18 de diciembre de 1914, no modificó significativamente estas consideraciones. Se limitó a reglamentar la venta de carne esterilizada sólo en carnicerías especiales, debiendose identificar con el anuncio: "Carnes esterilizadas procedentes de animales con lesiones tuberculosas". Esta resolución, según Salvat, era un remedo de la legislación alemana pues

> "...nadie ha visto aquí esas tablajerías especiales; y, además, teniendo en cuenta los escrúpulos habituales de nuestro pueblo, ni los mendigos aceptarían regalado un

---

256 REMARTINEZ Y DIAZ (1914) p. 237.

257 PRIMER Congreso español internacional de la Tuberculosis. Conclusiones ... (1910) p. 7.

258 SESION de conclusiones (1913) p. 334.

alimento en dichas condiciones"[259]

No obstante, uno de los motivos que hacían que las reses enfermas fuesen quemadas y no enterradas era porque podían ser desenterradas por animales carnívoros o "...por personas muy necesitadas o poco escrupulosas"[260]. En 1919 La Medicina Ibera, en efecto, dio la noticia del desenterramiento, en Alicante, por unos desconocidos, de una vaca que había sido sacrificada por tuberculosis[261].

El tema de la indemnización al propietario también fue objeto de discusión. El problema económico que subyacía en el incumplimiento de los decomisos hizo que algunos higienistas y veterinarios estuvieran por el sacrificio del animal sin indemnización. Rodríguez Méndez no lo consideraba justo pues

> "...si no se les persigue como expendedores de alimentos nocivos no hay razón ninguna para auxiliarle en sus pérdidas, como ellos no reparten sus beneficios cuando los obtienen"[262].

Remartínez afirmaba que las indemnizaciones se prestaban a un "escandaloso fraude", por lo que en vez hacer disminuir la tuberculosis animal se convertiría en soporte de ella[263]. No obstante, el sentir general parecía estar a favor de las indemnizaciones, de modo que en los Congresos antituberculosos de Zaragoza (1908) y San Sebastián (1912) se aprobaron resoluciones en este sentido. En este último congreso, durante la discusion de las conclusiones, González Deleito afirmó que no se podía arruinar la riqueza de un país por una cuestión no resuelta del todo, a lo que Ortega Morejón replicó que la ganadería española estaba a salvo, pues el Estado no podía indemnizar tal cantidad de ganado

---

259 SALVAT NAVARRO (1934) p. 407.
260 RAMIREZ Y GARCIA (1908) p. 84.
261 VACA desenterrada (1919) p. LXVII.
262 RODRIGUEZ MENDEZ (1912) p. 354.
263 REMARTINEZ Y DIAZ (1914) p. 238.

"...porque ni siquiera los Estados de Norte América han podido llevar a la práctica el propósito. Inglaterra también consignaba cantidades en sus presupuestos y ha tenido que suprimirlas porque era punto menos que imposible indemnizar todas las reses que reaccionaban por la tuberculina. Y si Inglaterra no ha podido hacerlo, ¿lo vamos a hacer nosotros?"[264].

No obstante, la Comisión Asesora Permanente del recién reestructurado Real Patronato de Lucha Antituberculosa, en sus primeras resoluciones, julio de 1926, propuso al Gobierno la conveniencia de someter a vigilancia especial a las vacas y de que se librara, por parte del Ministerio de Fomento, un presupuesto para indemnizar a los propietarios de las vacas que fuesen sacrificadas[265].

En 1933, la nueva Ley de Epizootias no suprimió las indemnizaciones a los propietarios, pero introdujo la aclaración de que el sacrificio debía entenderse como una "...facultad que se reserva el estado y no como un derecho que pueda alegar el ganadero"[266] intentando, de esta forma, evitar el fraude.

La mayor frecuencia de tuberculosis se daba en el ganado bovino y, dentro de él, en vacas. En el siguiente cuadro podemos ver que, en el Matadero General de Barcelona, las vacas decomisadas por tuberculosis, después de ser sacrificadas, significaron un 67,92 por ciento en 1929 y un 44,04 por ciento un año después[267], del total de animales enfermos.

---

[264] SESION de conclusiones (1913) p. 317.
[265] LUCHA antituberculosa (1926_d) p. LXXVI.
[266] REGLAMENTO de epizootias de 26 de septiembre (1933)
[267] NAJERA ANGULO; CODINA SUQUE; ABELLO PASCUAL (1932) p. 41.

RESES DECOMISADAS EN EL MATADERO GENERAL DE BARCELONA POR PRESENTAR LESIONES TUBERCULOSAS. AÑOS 1929-1930				
RESES	año 1929		año 1930	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Bueyes	14	2,20	11	1,38
Vacas	434	67,92	351	44,04
Terneras	34	5,32	57	7,15
Ovejas	2	0,32	9	1,13
Cerdos	102	15,97	110	13,80
Cabras	36	5,63	189	23,72
Machos	14	2,20	24	3,01
Corderos	2	0,31	44	5,52
Carneros	1	0,16	2	0,25
Total	639	100,00	797	100,00

Este hecho hizo que unas de las medidas pedidas por los higienistas fuese que se sustituyese el ganado vacuno por otros con menos índice de infección tuberculosa, como el ovino, caprino o el equino. La carne procedente de este último, según aclaró Rodríguez Méndez, si se preparase convenientemente para las carnicerias, sería de las mejores y de las menos peligrosas, afirmando que "hay que dedicarse a desterrar errores, prejuicios y repugnancias injustificables, y así se logrará que ganen la salud pública y la riqueza del país"[268].

Francisco Sugráñez y Bardagí, veterinario y miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, achacó, en 1919, la alta mortalidad por tuberculosis al estado infectado de las vacas y el consumo de leche procedente de ellas. Según él, el 60 por ciento de las vacas lecheras españolas estaban tuberculosas[269], denunciando la carencia de veterinarios

---

[268] RODRIGUEZ MENDEZ (1912) p. 354.
[269] SUGRAÑES Y BARDAGI (1919_b) p. LXXXV.

inspectores en muchos pueblos o sin los elementos necesarios para realizar su trabajo[270]. Recordó que, entre las principales conclusiones aprobadas en los tres congresos de la tuberculosis que fueron "...elevadas a los Poderes públicos y sin resultado alguno", se encontraba la prohibición de consumir leche de vacas tuberculosas y hacer obligatoria la prueba de la tuberculina para diagnosticar la tuberculosis en vacas y cabras[271].

La leche, por tanto, era también un vehículo de trasmisión cuya reglamentación específica había sido olvidada por los gobiernos. En esto pudo influir el informe que la Real Academia de Medicina de Madrid y el Consejo Superior de Sanidad hicieron, (c 1908), a requerimientos de las autoridades, en el sentido de que el examen microscópico de la leche podía garantizar la ausencia de peligrosidad y que consumiendo ésta hervida se garantizaba la no trasmisibilidad de la tuberculosis[272]. En efecto, en 1913, Martín Salazar, Inspector general de Sanidad reconoció, a pesar de las peticiones de los tres congresos antituberculosos en este sentido, que no se vigilaban los alimentos que podían trasmitir la enfermedad y muy especialmente la leche de vacas tuberculosas[273]. En 1926, el Gobierno, tras diversas reuniones de los organismos antituberculosos, expresó, a través de la Real orden de 26 de septiembre:

> "Sería muy de desear la municipalización industrial del abastecimiento de leche y, si no es factible, que no se permita la venta de leche sin esterilizar o pasteurizar, a menos de no tener las vaquerías el ordeño y la conservación en condiciones de higiene de suficiente garantía"[274].

En 1929, el Estado reconoció su impotencia para terminar

---

270 SUGRAÑEZ Y BARDAGI (1919_c) p. XCI[illegible].
271 SUGRAÑEZ Y BARDAGI (1919_b) p. LXX[illegible]V.
272 RAMIREZ Y GARCIA (1908) pp. 100-101.
273 MARTIN SALAZAR (1913) p. 118.
274 REAL orden del Ministerio de la Gobernación... (1926) p. CCXIV.

con la tuberculosis bovina a través de las indemnizaciones, al igual que se había hecho con otras epizootias debido a que "...la tuberculosis en los bovinos aumentaba a medida que se elevaba la consignación para sacrificar las reses atacadas de dicha enfermedad". La alternativa que se legisló fue la implantación voluntaria de la tuberculinización de aquellas vacas destinadas a la producción de leche. Para estimular a los ganaderos, el Estado creó el título "Aprobación sanitaria por el Ministerio de Economía Nacional". Dicha título se otorgaba a los ganaderos que se adscribiesen a las reglas del ministerio y podrían ostentarlo "...como estímulo profesional y garantía para el público" en sus etiquetas y propaganda, y de paso contribuirían a combatir la enfermedad[275].

En 1934 existían tres categorías de leche que podían ser consumidas. La leche de primera categoría, aparte de sus caracteristicas bromatológicas, procedía de vacas que habían superado la prueba tuberculínica y eran inspeccionadas cada dos meses, pudiéndose vender sin esterilizar. Dentro de este grupo, pero ocupando un segundo grado, estaban las que con las mismas características sobrepasaban el mínimo de gérmenes vivos, por lo que debía ser pasteurizada antes de ponerse a la venta. Ambas leches se vendían envasadas. Las leches de segunda y tercera categoría se diferenciaban de la primera, y entre sí, por contener, consecutivamente, mayor número de gérmenes vivos no patógenos, por lo que ambas habían de ser pasteurizadas antes de su venta. En las tres categorías se exigía la ausencia de gérmenes patógenos, entre ellos el de la tuberculosis[276]. El problema era la poca fiabilidad de que se cumpliera lo establecido, al depender del rigor de la autoridad local encargada de la inspección y de las normas establecidas en los distintos reglamentos de Sanidad municipal. Por ello los higienistas recomendaban hervir la leche en casa

---

[275] REAL orden de 29 de enero cumplimentando la Ley y el Reglamento de epizootias con relación a la tuberculosis (1929).
[276] SALVAT NAVARRO (1934) pp. 383-385.

"La mejor regla práctica de precaución, es la siguiente: cada ama de casa debe hervir la leche, recién comprada...La leche hierve a más de cien grados, y por lo tanto la esterilización es segura hasta para el bacilo de Koch"[277].

2.4. FUNDAMENTOS DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

La primera propuesta de organizar una campaña en contra de la tuberculosis en España, en 1889, se adelantó al resto de los países europeos. En esta fecha Espina y Capó intentó, sin éxito, crear una Asociación contra la tuberculosis en base a los últimas propuestas del Congreso de la tuberculosis celebrado en París en julio de ese año. Hubo que esperar a los comienzos de este siglo para que un atisbo de lucha organizada se preparase en nuestro país y que en otro apartado estudiaremos. Ahora bien, como ha planteado BRYDER, es más interesante preguntarse más que si esta campaña influyó en el descenso de la enfermedad, el porqué se inició la campaña a comienzos del siglo XX si esta enfermedad, tan antigua como la vida animal en nuestro planeta, había sido endémica durante el siglo XIX y su mortalidad llevaba disminuyendo desde mediados de dicho siglo.

En efecto, la aparición del bacilo como corresponsable de la tuberculosis, aunque podemos considerarlo el detonante[278], no explica satisfactoriamente el inicio de las diferentes campañas. En este apartado expondremos la influencia de otros factores que desbordaban las consideraciones meramente sanitarias en el inicio y despegue de la lucha antituberculosa en España.

2.4.1 Factores demográficos y económicos.

---

[277] SALVAT NAVARRO (1926) p. 768.
[278] BRYDER (1988) p. 2.

Desde muy temprano, los tratadistas antituberculosos intentaron concienciar a los poderes públicos de la importancia que la tuberculosis suponía para el desarrollo de la población de un país. Primero, tuvieron que reclamar para la tuberculosis el papel que, por su alta mortalidad, le correspondía y que su falta de explosividad le negaba ante los poderes públicos. En efecto, al ser una enfermedad que no se manifestaba en brotes agudos no despertaba ante el público el mismo recelo que las distintas enfermedades "exóticas" que nos visitaron a lo largo del siglo XIX y que contaron con un amplio desembolso por parte del Estado. El desarrollo de la estadística demográfica con la correspondiente contabilidad del número de muertes según las causas, confirmó la tuberculosis como la enfermedad más mortífera. Moliner, en 1896, utilizaba una metáfora para resaltar la importancia de la tuberculosis:

> "...parecen aquellas [las epidemias de cólera] la imponente tempestad de verano que, con grandes alarmas de relámpagos y truenos, deja lucir pronto, tras pasajero estrago, el iris de la bonanza; pero la tuberculosis es una endemia cruel que nos mata con tenacidad indomable, cual la lluvia menuda del temporal de invierno, que ahonda la sazón, con un cielo gris perenne, cerrado a la esperanza y sin un rayo de sol consolador"[279].

En este contexto, Comenge y Ferrer comparó el número de tuberculosos fallecidos en Barcelona durante diez años con el de las cuatro epidemias de cólera que habían asolado esta ciudad en el mismo periodo de tiempo. Resultaba que, mientras estas últimas habían matado a 14.080 personas, la tuberculosis se había cobrado 20.600 víctimas[280]. También fue utilizada la imagen de concentrar la mortalidad total por tisis en un solo pueblo, mostrando cómo, por ejemplo, en 20 años de mortalidad por tuberculosis en Barcelona, desaparecerían totalmente Sabadell,

---

[279] MOLINER Y NICOLAS (1896) p. 13.
[280] COMENGE Y FERRER (1892_b) p. 14.

Mataró o Manresa[281]. Aplicando la mortalidad total en España, por esta enfermedad, en un año se perdería completamente una ciudad como Alicante[282]. Calatraveño dio la voz de alarma en el Congreso de Barcelona (1910) ante el "desmembramiento de la población" por causa de la tuberculosis, que hacía que el número de habitantes permaneciera estacionario "...o progresa con una lentitud como no se observa en ningún otro país del continente europeo"[283].

También se destacó cómo la supuesta ruina que habría provocado para la nación la guerra de Marruecos no era nada en comparación con "...la callada labor destructiva de la tuberculosis":

> "Si se piensa...que, en toda la guerra de Marruecos -que se dice nos ha arruinado- habrán muerto unos treinta mil hombres ¿por qué los 50.000 tuberculosos que mueren en nuestra nación todos los años, no inspiran la misma sensación de defensa?[284].

Royo Villanova, en el Congreso de San Sebastián (1912), contrastaba el impacto que producían en la opinión pública las grandes catástrofes, como el hundimiento del Titanic, la caída de un dirigible, guerra italo-turca o la hispano-africana, con la impasibilidad ante "...el mal horrible y apocalíptico" de la tuberculosis capaz de producir más víctimas que todas las anteriores juntas. Ante la pregunta de porqué ocurría esto, él mismo se contestó:

> "Porque la ciencia de penúltima moda nos ha enseñado que la tuberculosis es una enfermedad producida por un microbio descubierto por Koch en año 1882 y que los médicos encontrarán el remedio...Los políticos y los sociólogos nos dejan a nosotros esta labor y ellos viven

---

281 QUERALTO I ROS (1905) p. 677.
282 OLIVER AZNAR (1906) p. 10. Calculaba en 54.000 óbitos los acaecidos en España anualmente.
283 CALATRAVEÑO (1911) p. 3.
284 VILLEGAS Y BERMUDEZ DE CASTRO (1928) pp. 5-6.

descuidados de esta magna cuestión"[285].

Para cuantificar la importancia demográfica había que tener en cuenta, además del número elevado de víctimas, la calidad de ellas, pues la tuberculosis atacaba preferentemente a los obreros (80 por 100)[286], dando mayor contingente de casos entre varones con edades comprendidas entre quince y treinta y cinco años[287], edad productiva por excelencia donde la esperanza de vida no alcanzaba los cuarenta y dos años. También el Estado se veía privado de reclutas para poder formar un ejército fuerte y vigoroso. Ya en 1904, una circular del Ministerio de la Gobernación dirigida a potenciar la creación de comités antituberculosos locales, reconocía que la tuberculosis, al distinguir a sus víctimas entre la juventud, dificultaba el aumento de la población, y podía poner en peligro "...la existencia misma de la raza"[288]. La lucha antituberculosa se justificaba, pues, por un objetivo demográfico, en el entendimiento de que una población abundante era necesaria para preservar la capacidad económica y militar de un país. En este sentido, también las campañas emprendidas en España contra la mortalidad infantil[289], aspirarían a lograr una verdadera "eficacia nacional"[290].

2.4.1.1. <u>El Cuadro de exenciones del servicio militar</u>.

Una constante de las propuestas médicas antituberculosas, en el periodo que nos ocupa, fue la de que los reclutas ingresaran en el ejército en las mejores condiciones de salud posibles, impidiendo la entrada a personas consideradas

---

285 ROYO VILLANOVA (1913) p. 149.
286 VILLEGAS (1928) p. CLXII.
287 VERDES MONTENEGRO (1902) p. 11.
288 REAL Orden Circular de 17 de junio (1904).
289 RODRIGUEZ OCAÑA (1985) p. 233.
290 BRYDER (1988) p. 22. Término traducido del término inglés "National efficiency".

predispuestas por su estrechez de pecho, talla corta o peso insuficiente. La vida cuartelaria, por sus características insanas, había sido considerada tradicionalemente como tisiógena por excelencia: mala y uniforme comida, hacinamiento en barracones, agotamiento físico, separación familiar, etc. En el cuadro de inutilidades aprobado en 1855 se recogía como motivo de inutilidad la "Predisposición orgánica hereditaria a la tisis pulmonar", siendo necesario probarla mediante "expediente justificativo[291]. Esta Ley fue modificada en 1896 donde, junto a los religiosos, los novicios y los empleados de las minas de Almadén, se reflejaba la exención para todos aquellos reclutas que no alcanzasen la talla de metro y medio[292].

En el Congreso Nacional Portugués de la Tuberculosis reunido en Coimbra en 1895, Espina y Capó propuso que se revisasen los cuadros de exención del ejército, para evitar que ingresaran en filas "...tuberculosos o predispuestos a la tuberculosis"[293]. Angel Fernández Caro (1845-1928), fue más explícito, en la misma petición ante el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898. La predisposición a la tuberculosis estaría caracterizada "..por la falta de relación entre el perímetro torácico y la talla y falta de proporción entre la estatura y el peso"[294]. Las peticiones de los dos primeros Congresos de la Tuberculosis realizados en España (1908 y 1910), fueron en esta misma línea, haciendo hincapié en que no debía esperarse a que hubiera signos evidentes de enfermedad. El cuadro de exenciones fue considerado

> "...un excelente arma de combate a los encargados de evitar que, de soslayo, cuele entre las mallas de su bien entendido patriotismo el individuo que no ofrezca garantías de ser un soldado robusto y sano,

---

[291] MONLAU (1862) p. 1.618.
[292] LEY de Reclutamiento y Reemplazo... (1897) p. 19. La ley fue editada y repartida gratuitamente por La Gaceta Médica Catalana, en su volumen nº 20 correspondiente a 1897.
[293] ESPINA Y CAPO (1895_b) p. 20.
[294] FERNANDEZ CARO (1900) p. 116.

verdaderamente útil para la guerra"[295].

En 1911, Espina y Capó fue nombrado representante del Ministro de la Gobernación en las discusiones en torno a la Ley de Reclutamiento del Ejército para realizar el cuadro de exenciones. El resultado fue la elaboración de lo que Espina llamaba "potencial biológica", representada por la triada: peso, talla y perímetro torácico[296]. Las condiciones señaladas en esta triada, aprobadas finalmente en 1912, efectivamente eran independientes de cualquier estado morboso y libraban del servicio militar a todos aquellos mozos que midieran menos de metro y medio, pesaran menos de 48 kilos o bien presentaran un perímetro torácico inferior a 75 centímetros[297]. Este cuadro sólo duró un año; por Real orden de 15 de febrero de 1913 se suprimió el peso[298]. Espina lo justificó de la siguiente manera:

> "...hubo de levantarse una voz de alarma acerca de que en España no podría integrarse el peso en esta potencial biológica por razón de que casi no podrían surtirse las filas del ejército por nuestra deficiencia orgánica y por nuestra pequeñez de resistencia para la lucha armada en los ejércitos"[299].

Algunos tratadistas veían la solución a este problema en la implantación en nuestro país del servicio militar obligatorio. Esta petición, que coincidió con las campañas obreras en este sentido (aunque no por las mismas razones), pretendía que los hijos de los pudientes también ingresaran en el ejército, dando a este un contingente de personas más robustas "...y podrán así ser soldados los mejores entre los mejores"[300]. Hasta ese momento sólo iban los pobres que no podían

---

[295] MORALES FERNANDEZ (1914) p. 725.
[296] ESPINA Y CAPO (1918) pp. 270-271.
[297] CUADRO de inutilidades... (1912) p. 149. Si la capacidad pulmonar estaba disminuida en una tercera parte de lo normal se consideraba que ese pulmón estaba predispuesto o pretuberculoso: BENITEZ ROSALES (1924) pp. 71-72.
[298] LEY de Reclutamiento. Modificaciones (1913) p. 358.
[299] ESPINA Y CAPO (1918) pp 270-171.
[300] FARRERAS (1911_a) p. 141.

pagarse su libertad y "...ser pobre quiere decir ser degenerado, criado sin higiene, débil, y en suma, inferior orgánicamente, y por ende más propenso y menos resistente a la infección tuberculosa"[301]. Al nutrirse el ejército de las clases modestas, había que luchar contra la mortalidad por la tuberculosis entre filas porque así se contribuiría

> "...al aumento de la población, fuerza viva antes no valorada, [a la] mayor higiene de la sociedad y de la familia, cooperando con el ahorro hospitalario...y siempre trabajando en contra de su difusión elevaremos el nivel del ejército y con ello el de la Patria"[302].

En el mismo sentido, la edad de ingreso en las fuerzas armadas, 18 años, era considerada muy corta para resistir los avatares del ejército. Todos los reclutas eran muy jóvenes desde el punto de vista moral y físico:

> "Un trabajo superior a su resistencia orgánica se opone al desarrollo de los huesos; la torpeza en los movimientos hace débilmente la respiración muscular; y y si se da luego escasa o mala alimentación y poco sueño, este pobre niño, tras del escrofulismo va a la tuberculosis y a la muerte"[303].

Este autor pedía que se aumentase la edad de ingreso en filas, ya que la corta edad fue una de las causas que justificaban el desastre de la Campaña de Cuba donde el 45 por 100 de las muertes fueron por tuberculosis, produciendo esta más fallecimientos "...que las balas y el hambre". Otros autores cifraron en 20.000 las pérdidas habidas en la guerra de Cuba por esta causa[304]. En el mismo contexto de preservación tenemos noticia de los primeros planteamientos de un Seguro obligatorio contra la enfermedad, precisamente referido a los soldados de

---

301 FARRERAS (1911_b) pp. 406-407.
302 SANZ FELIPE (1912) p. 470.
303 MORENO FERNANDEZ (1900) p. 86.
304 RAMIREZ Y GARCIA (1908) p. 28.

cupo[305].

2.4.1.2. El precio de un obrero-máquina.

Siguiendo la tradición, nacida en Inglaterra, consistente en cuantificar lo que en términos monetarios representaba la población de un país y, en consecuencia, las pérdidas financieras causadas por la enfermedad[306], se adujeron razones económicas para justificar la campaña antituberculosa.

Dicho cálculo se estimaba mediante la asignación de un valor en dinero a cada vida, por término medio. Así Hergueta, en 1895, basando sus cálculos en el sexo, vivienda y posición social, atribuyó el valor de 1.100 pesetas a cada español, que sería el coste para la familia, el municipio y el Estado. Resultaba entonces que los 35,711 seres que habían sucumbido en Madrid durante cinco años por afecciones del aparato respiratorio, significaban una pérdida de 39.282.200 pesetas. Todo ello, aclaraba, sin contar con los gastos ocasionados por la enfermedad ni el precio de los jornales perdidos[307].

Estos motivos se utilizaron fundamentalmente para interesar al Estado en la participación de la lucha antituberculosa con generosos desembolsos. En 1906, la Asociación Antituberculosa Española hacía llegar al Gobierno un proyecto para la construcción de dispensarios. Para justificar la asignación de ese capítulo, dentro de los presupuestos de Sanidad, calculaban que la tuberculosis producía pérdidas a la nación por valor de 75.000.000 de pesetas, apreciando cada vida española "...en la modesta suma de 2.100 pesetas" y una mortalidad de 36.000 víctimas que, si las estadísticas estuviesen sin sesgar, serían el doble. En este sentido Iglesias afirmó, en 1911, que la lucha

---

[305] Cf. MOLERO MESA; RODRIGUEZ OCAÑA (1988).
[306] RODRIGUEZ OCAÑA (1987) p. 20.
[307] HERGUETA Y MARTIN (1895) p. 71.

contra la tuberculosis no sólo era un deber de humanidad y cariño, sino "...principio de economía bien entendida"[308]. Otros autores se conformarían con los motivos morales pues "...un frío y repugnante positivismo" no sería capaz de valorar "...la pérdida que supone la muerte de una madre, de una esposa, de un niño"[309].

Verdes Montenegro, en 1902, amplió notablemente las consideraciones económicas. En primer lugar consideraba que la cifra oficiales de muertes (36.566 en 1900) no era la correcta, suponiendo que al año morían en España 75.000 personas. Pero, como no había tampoco seguridad en esta afirmación, utilizó para sus cálculos 40.000 victimas anuales. Si cada uno de estos individuos ganaba al día tres pesetas, representaría para España una pérdida de 43.800.000 pesetas. Ahora bien, una muerte o invalidez prematura, como era el caso que producía la tuberculosis, privaba al Estado de lo que el individuo hubiese ganado de estar sano. Según trabajos presentados al Congreso de Londres en 1901, Verdes calculaba en quince los años que esa persona podía haber sido "...un ciudadano activo, fuente de riqueza para la nación"[310]. Finalmente, las pérdidas calculadas por este autor se elevaban a la astronómica cifra de 438.000.000 de pesetas, la mitad del presupuesto de la nación. Esta cifra aún se quedaba pequeña si se tenían en cuenta otros argumentos: el producto que dejaba sin fabricar el trabajador valía más que su jornal; el dinero invertido en educar a un niño que moría adulto sin amortizar; el sobregasto alimenticio mientras duraba la enfermedad y que arruinaba a la familia, entre otros.

Todos estos argumentos harían que la campaña contra la tuberculosis alcanzara cotas no logradas por otras, como la establecida para luchar contra la mortalidad infantil:

"Porque allí [en la pubertad] está la

---

[308] IGLESIAS Y CARRAL (1911) p. 8.
[309] COMENGE Y FERRER (1892$_b$) p. 7.
[310] VERDES MONTENEGRO (1902) p. 12.

> persona viviente que representa el poder intelectual, el poder económico, el poder industrial, el poder laborante, el hombre que vale dinero; porque esta es la edad de la producción, porque el niño se pierde y «angelitos al cielo»"[311].

Espina y Capó, en su comparecencia ante la Comisión extraparlamentaria para el estudio de la trasformación del impuesto de consumos[312], utilizó motivos económicos para justificar la supresión de dicho impuesto. El alimento era para el obrero su fuente energética, que este transformaba en trabajo. Suprimiendo dicho impuesto se disminuiría la mortalidad por tuberculosis favorecida por la desnutrición. Esto conllevaría un ahorro para el tesoro del país, de la misma manera que se conseguía un ahorro "...para cualquier industria cuando se limpian y conservan en buen estado las máquinas que le sirven para su producción"[313].

A tenor de lo que llevamos expuesto, no es de extrañar que el obrero tuberculoso fuese considerado como una máquina que había que reparar. Uno de los motivos por los que se iniciaron las construcciones de los sanatorios en otros países europeos a finales del siglo pasado y comienzos de este, venía del convencimiento de que la tuberculosis incipiente era curable bajo ciertas condiciones higiénico-dietéticas[314]. Guerra y Cortés (1903) justificaba el costo que supondrían estos sanatorios si se dirigían a los tuberculosos con probabilidades de curación, pues restituiría la fuerza para trabajar a gentes que eran plazas amortizadas para la producción "...máquinas que, mediante una recomposición sabia, pueden seguir funcionando"[315]. Al ser una utopía la construcción de sanatorios para albergar a todos los tuberculosos, el dispensario tendría entre sus objetivos el que el obrero volviera al trabajo fuerte y potente "...máquina

---

311 ESPINA Y CAPO (1913) pp. 93-94.
312 véase apartado 2.2.1.
313 ESPINA Y CAPO (1906_a) p. 9.
314 Cf. BRYDER (1988).
315 GUERRA Y CORTES (1903) p. 16.

que produzca, máquina que no consuma en pura pérdida y que habría que arrojar a un rincón del taller"[316]. De esta forma los tuberculosos "irrecuperables" eran recluidos en hospitales hasta su muerte o se les acondicionaba en su casa al cuidado del dispensario y su familia. El sistema antituberculoso, en este sentido actuaría de instrumento eugenésico social, favoreciendo la reproducción de la fuerza de trabajo[317].

En 1895, en las discusiones del Senado sobre la Ley de Sanidad, el vizconde de Campo Grande afirmó que la Ley no podía aprobarse porque costaría mucho dinero al erario público. Angel Fernández Caro[318], Presidente de la Real Academia de Higiene y Senador, le argumentó que los ingleses sabían que el hombre era una máquina,

> "...cuyo provecho es tanto mayor, cuanto más íntegro esta su organismo; sabe que la enfermedad es una suspensión de trabajo y un gasto improductivo; y que la muerte de un individuo, cuando aún no ha dado el coeficiente de producción que le corresponde, es una pérdida para la familia y una ruina para la sociedad. Por eso el pueblo inglés ha inventado esa frase, que pinta con un solo rasgo a esa gran nación: public health is public wealth"[319].

Con motivo de las discusiones en torno a la implantación en España del Seguro Obligatorio de Enfermedad se reconoció en la tuberculosis un problema económico muy importante a tener en cuenta. Los remedios tradicionales para curar la tuberculosis resultaban muy caros y sólo con pruebas fehacientes de la rentabilidad de la inversión se llevaría adelante el proyecto

---

316 ESPINA Y CAPO (1912_b) p. 400.

317 Cf. LERT (1982)

318 Intimamente ligados los factores económicos y demográficos con los raciales, que después estudiaremos, ALVAREZ PELAEZ (1985) [p. 103] ha señalado a este médico como uno de los que contribuyeron en España a difundir la eugenesia. Cita su conferencia en la inauguración del curso de la Sociedad Española de Higiene en 1904 El matrimonio ante la higiene, como obra representativa de esta corriente.

319 XALABARDER (1895) p. 701.

del Seguro. Fatás ya planteaba el dilema en 1906: "¿qué debe hacerse para que quien ha adquirido la tisis por hacer vida de pobre, haya de curarse tratándose a lo rico?[320]". Arturo Buylla y Alegre, en 1907, afirmaba que el plan higiénico dietético: aire, sobrealimentación y descanso, no era factible para la clase obrera y menesterosa, ya que el apartar a un obrero del trabajo significaría la ruina para su familia, por lo que la ciencia tenía el deber ineludible de buscar un remedio que viniese a sustituir las "...deficiencias del vivir"[321]. Uno de los factores que se adujeron para vaticinar el fracaso de la implantación del Seguro fue el elevado número de invalideces que tendría que afrontar a causa de la tuberculosis[322].

De esta forma, la lucha contra la tisis aparecía como imprescindible para el éxito económico del Seguro Obligatorio de Enfermedad, como así lo afirmó Espina en su ponencia ante la Conferencia de Seguros Sociales de 1917. Lucha que, mediante los sanatorios y los dispensarios, devolvería al centro productor al "...tuberculoso con una capacidad para el trabajo de más de cinco años y, algunos, sin brotes por curación relativa"[323], resultados que en absoluto harían vaciar las arcas del Seguro; por el contrario, garantizaba un mayor rendimiento del obrero en la producción. De esta forma se aseguraría el funcionamiento de un pieza más del engranaje industrial

Los defensores del Seguro, dentro del ámbito médico, resaltaban su poder efectivo para romper el círculo pobreza-enfermedad culpable de la ruina del país[324]. En este sentido, la experiencia de Framingham[325], que considerada como la prueba definitiva de la feliz unión entre la profilaxis de la tuberculosis y los Seguros Sociales en su objetivo financiero

---

320 FATAS Y MONTES (1905) p. 59.
321 BUYLLA Y ALEGRE (1907) p. 13.
322 PALANCA (1933) p. 362.
323 ESPINA Y CAPO (1917) p. 21.
324 Cf. RODRIGUEZ OCAÑA; ORTIZ GOMEZ (1988).
325 Véase apartado 2.3.1..

común[326]. Milla en 1926 vio esta campaña americana como una aplicación práctica de Medicina Social, sin legislaciones draconianas ni usurpaciones de libertades, concluyendo con respecto a la conveniencia de luchar contra la tuberculosis:

> "...la empresa se debe a un principio puramente económico: a que la enfermedad significa una pérdida material cotizable y tan directamente apreciable en cifras, que bien justifica para combatirla la inversión de sumas importantes, aún desde el punto de vista exclusivo del negocio"[327].

2.4.2. Factores raciales.

2.4.2.1. La heredabilidad de la tuberculosis.

La tradición higienica del Ochocientos en el campo de la lucha antituberculosa arranca de la creencia en la heredabilidad de la tuberculosis. Según dichos supuestos, la enfermedad se transmitía de generación en generación y ensanchaba su esfera a través de los enlaces matrimoniales[328]. Dentro del amplio abanico de causas ambientales, Godoy y Mercader señaló las "pasiones y los vicios" como un factor importante que hacía tan frecuente la escrófula en las grandes ciudades[329]. Avilés achacaba a los "...vicios de la sociedad que tienden a la destrucción de las razas" la responsabilidad de la elevada frecuencia de la tisis y Gutiérrez Jiménez afirmó en 1875:

> "La tuberculosis es un padecimiento que revela o triste herencia o debilidad, demacración hija, mas que de otras causas del libertinaje, de la vida demasiado activa de nuestra época de electricidad. Vivimos

---

326 Cf. MOLERO MESA; RODRIGUEZ OCAÑA (1988).
327 MILLA (1926) p. CCXII.
328 TORRES VILLANUEVA (1865) p. 483.
329 GODOY Y MERCADER (1863) p. 15.

> muy deprisa: sentimos demasiado pronto: y raro es encontrar, especialmente en las ciudades, un temperamento que no sea nervioso...No es extraño que muchos digan que la tisis es hija de la civilización"[330].

En efecto, para Varela de Montes, la exagerada civilización, con el consiguiente desarreglo de las costumbres, actuaría depauperando el organismo y envejeciendo la especie, favoreciendo, todo ello, la aparición del tubérculo. Varela entendía la tuberculosis como un signo de vejez de nuestra especie civilizada, y tras afirmar que la tuberculosis se daba más en los hijos de los viejos, "organismos gastados", no veía otra razón para el aumento de la tisis que la degeneración de los organismos[331]. Por estas mismas consideraciones otros autores afirmaban que la tisis era un "..factor providencial de altísimos designios", una pena expiatoria por la infracción humana de alguna ley divina[332].

Consecuentemente el remedio para luchar contra la tisis que proponían los higienistas decimonónicos debía venir de la mano de la higiene, considerada un "...tratado de moral [más] que de medicina"[333]. Podemos ver en los planteamientos anteriores el origen de la idea de las colonias escolares, preventorios y sanatorios. En 1864 Varela de Montes apuntó la idea de sacar a los niños fuera de las ciudades para "modificar, desarrollar y corregir los gérmenes hereditarios"[334]. Contra la transmisión familiar, se propuso regular los matrimonios entre individuos predispuestos, con antecedentes de tisis entre sus progenitores y, en general, los enlaces entre personas demasiado jóvenes o demasiado viejas[335]. Ante esto último se apuntó la imposiblidad de llevarlo a la práctica, ya que "...sería necesario luchar contra nuestras costumbres, nuestra religión y nuestras

---

330 GUTIEREZ JIMENEZ (1875) p. 27.
331 VARELA DE MONTES (1865) p. 446.
332 SASTRE Y DOMINGUEZ (1869) p. 6.
333 AVILES (1865) p. 478.
334 VARELA DE MONTES (1865) p. 448.
335 AUBAN (1865) pp. 431-432.

leyes"[336]. Benavente adujo motivos demográficos para no prohibir el matrimonio entre tísicos pues, si había 10 tuberculosos por cada cien personas, calculaba que en todo el mundo habría diez millones de enfermos, por lo que no se podría "...condenar al celibato a tanta gente sin que se hiciera sentir la despoblación del mundo"[337].

Tras el descubrimiento del bacilo, en 1882, el discurso eugenista varió sensiblemente. Ante la teoría del "gemen" y "terreno", adoptaría una postura especial de entender este último: si la tuberculosis no se heredaba directamente, sí se reconocía la transmisión de padres a hijos de la "herencia morbosa", como prefería decir Malo de Poveda. Este movimiento se destacó por sus propuestas negativas para terminar con la tuberculosis. Su mayor argumento para aplicar una solución intervencionista higiénico-social era la capacidad de esta enfermedad de "degenerar la raza", disposición que compartía con otros estados patológicos como el alcoholismo y la sífilis. Las tres enfermedades suponían una "...verdadera trilogía degenerativa de nuestra raza"[338]. Hauser, por su parte, reconoció en 1898 que la tuberculosis era una enfermedad que degeneraba la especie humana, ampliando esta capacidad al cáncer y la locura[339]. Asimismo se ha señalado el uso de este argumento entre los pediatras españoles en el marco de la lucha contra la mortalidad infantil[340]. El afán eugenésico en nuestro país formó parte del espíritu regeneracionista de la época[341], ligado íntimamente con la ruina económica y la decadencia política de España, sobre todo a partir de 1898.

El Ministro de Estado, García Prieto, en la sesión inaugural del III Congreso de la Tuberculosis (San Sebastián, 1912), criticó la política que atendía a los incidentes menudos

---

336 OLOZAGA (1865) p. 464.
337 BENAVENTE (1865) p. 471-472.
338 MALO DE POVEDA (1912_d) p. 417.
339 HAUSER (1900) p. 110.
340 RODRIGUEZ OCAÑA (1985) p. 233.
341 ALVAREZ PELAEZ (1985) p. 102.

y cotidianos, añadiendo que:

> "Los hombres inteligentes, deben sí, dedicarse a la política en el sentido amplio de la palabra procurando reducir gastos inútiles para consagrarlos al mejoramiento de la raza, porque así vendrá el engrandecimiento de la Patria. Sacerdotes ejemplares, militares aguerridos, marinos esforzados, agricultores laboriosos, industriales trabajadores, hombres de ciencia, mujeres virtuosas, todo esto ¿qué significa si la raza se depaupera, si la vitalidad decrece? Para que un pueblo sea grande, es preciso que sea fuerte, que sea sano, que sea fecundo"[342].

Desde esta óptica, la principal medida de lucha antituberculosa que se proponía era la prohibición del matrimonio entre predispuestos y enfermos, sujetos que se encontraban entre las clases populares casi en su totalidad. Agueda Aldama, responsable de la Federación Femenina Antituberculosa de Zaragoza, señaló la conveniencia de impedir el matrimonio entre estas personas:

> "He visto madres anémicas, tuberculosas, ayuntadas a maridos sifilíticos y alcohólicos, degenerados ambos; estos seres, por vicio, por egoismo o por sentimientos que ni las bestias poseen, han engendrado unas piltrafas que ellos llaman los hijos de su alma y de su corazón, cuando deberíaseles llamar verdugos de esos inocentes y contaminadores de la sociedad"[343].

El II Congreso de la tuberculosis (Barcelona, 1910), en su primera conclusión de la sección dedicada a "Higiene y acción social", llamó la atención del gobierno para que evitase los matrimonios entre "...tuberculosos, sifilíticos, alcohólicos habituales y neurópatas incurables"[344]. En el III Congreso de la Tuberculosis (San Sebastián, 1912) el abogado y "eminente

---

[342] SESION inaugural (1913) p. 23.
[343] ALDAMA DE FERNANDEZ (1916) p. 412.
[344] PRIMER Congreso español internacional de la Tuberculosis. Conclusiones... (1910) p. 8.

criminalista" Gerardo Doval añadió a las peticiones anteriores que se reconociera como causa de divorcio la tuberculosis de uno de los cónyuges, incluso si la había adquirido después de celebradas las nupcias[345].

En ese mismo Congreso, Royo Villanova en su discurso, dio la noticia de la celebración en Londres del primer congreso de una ciencia nueva "la ciencia eugénica o más llanamente la eugenia, la ciencia del buen engendrar, del engendrar equilibrado, ponderado, ecuanímico"[346], señalando a la revista fundada por Galton (1822-1911), Eugenics Review, como su órgano de expresión. Mediante el perfeccionamiento y desarrollo de la raza humana no sólo se acabaría con la tuberculosis sino con todas las enfermedades, por esto había que inculcar a las gentes lo que significaba el verdadero amor, "...el amor sano y santo, casto y robusto" el amor que enseñaba que era muy hermosa la paternidad pero que muchas veces "...la mayor prueba de amor que puede dar un padre a sus hijos es la de no engendrarlos"[347]. La política que favorecía esto es la que reclamaba Royo para España.

Entre las causas de la tuberculosis se consideraban las morales. Regenerar al individuo en su moral, por tanto, también contribuiría a prevenir el desarrollo de la tuberculosis. En general se planteó como un objetivo eugenésico. La pornografía, por ejemplo, al actuar sobre la juventud, produciría la degeneración moral, intelectual y física[348]. En este sentido Julio Mariana, en 1921, después de vaticinar "la degeneración de la raza española" por la existencia de muchos matrimonios entre tuberculosos, sifilíticos, alcohólicos y degenerados, denunció al cinematógrafo como culpable de la degeneración moral de los niños. Sobre el adulto actuarían, produciendo el mismo efecto,

---

[345] DOVAL (1914) p. 452. Esta médida la hacía extensible a la sífilis.
[346] ROYO VILLANOVA (1913) p. 148.
[347] Ibid. p. 157.
[348] BORNAS (1914) pp. 563-564.

la cocaína, la morfina, los cabarets y el music-hall, verdaderas antesalas del crimen y la enfermedad[349].

Para luchar contra la tuberculosis también había que actuar sobre los seres que habían sido engendrados en tales condiciones, criaturas "...escrofulosas, raquíticas y tuberculosas"[350]. Estas personas ya vendrían marcadas desde su nacimiento y serían

> "...gentes enfermizas que en lugar de ser honradas van a ser criminales, que en vez de ser sanas van a ser enfermas y en lugar de venir a satisfacer la aspiración de la Humanidad, van a ser baldón de ella, carne de cementerio, de presidio y de hospital"[351].

Por tanto, si se quería hacer una labor de regeneración de la sociedad, habría que actuar sobre estos individuos. Manuel Tolosa Latour (1857-1919)[352], creador del primer sanatorio marítimo español (Chipiona, 1892), destacó la labor de estos centros, destinados a los niños sanos, enfermos y "enfermizos", en la obra regeneradora de la raza. Señaló la influencia del mar y de la educación, capaces de cambiar la constitución débil por otra robusta "...a despecho de las leyes hereditarias". El medio ambiente actuaría modificando los gérmenes que anidaban en el organismo "...origen de muchas desventuras sociales". De esta forma, los sanatorios marítimos eran el lugar ideal "...para la regeneración física y moral de los niños escrofulosos y raquíticos[353]". Insistía en la necesidad de la regeneración moral pues, donde anidaba la tuberculosis, eran

> "Organismos siempre débiles...[que] vienen a constituir la masa nociva y perturbada de los degenerados, criminales o agitadores

---

349 MARIANA LARRUY (1921) pp. 251-256.
350 PUIG Y ALFONSO (1927) pp. 163-164.
351 ROYO VILLANOVA (1913) p. 156.
352 Higienista y Senador fue el impulsor de la promulgación, en 1904, de la Ley de Protección a la Infancia.
353 TOLOSA LATOUR (1905) p. 7.

perpetuos"[354].

En idéntico sentido, se concibieron las Colonias Escolares, en las que confluían ideas higiénicas y pedagógicas[355], como la forma de hacer llegar los influjos benéficos de la naturaleza a un mayor número de niños. Su objetivo era sacar de las ciudades a los niños débiles, mal desarrollados, de tórax estrecho, hombros caídos, espalda convexa y homóplatos prominentes. Otros candidatos eran los descendientes de tuberculosos, sifilíticos y alcohólicos[356]. Enrique Salcedo y Ginestal las caracterizó como obra "cordial", cuyo resultado inmediato se vería en la regeneración de los organismos débiles de los niños enfermizos, y, a largo plazo, en "...la mejora y vigorización de la raza"[357].

En 1934, la Asociación de Escritores Médicos, premió el trabajo Reconocimiento prenupcial de Luis N. de Castro. En este, se pedía el establecimiento de esta medida para evitar que en la noche de bodas se juntasen "dos sepulcros blanqueados", criminales de la progenie que les sucederían:

> "Tuberculosos, alcohólicos y sifilíticos no tienen derecho a hacer víctimas que perpetuen esa cadena de dolo que arrastra sus eslabones del asilo a la cárcel y del prostíbulo al cementerio"[358].

De esta forma, alegando razones para la perpetuación de la especie, se pidió la pérdida del derecho a la paternidad del tuberculoso. Martínez Vargas, en 1927, despues de negar el derecho de fecundar a los "...locos, criminales, alcohólicos, degenerados, tuberculosos [y] sifilíticos", pidió su esterilización. Destacó la facilidad con que se procedía a esta práctica, a través de las nuevas técnicas quirúrgicas y

---

354 Ibid. p. 3.
355 Cf. BALLARIN DOMINGO (1988).
356 NAVAL GALINDO (1930) p. CXXIII.
357 SALCEDO Y GINESTAL (1900) p. 6.
358 CASTRO (1934) p. CXLIX.

radiológicas, las cuales actuaban sin excesiva mutilación[359].

Carlos Díez Fernández, en el Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) presentó dos comunicaciones: en la primera[360] sostenía que había en ese momento los suficientes conocimientos para poder afirmar que la tuberculosis repercutía en la modificación de la raza, y que, basándose en estudios de otros autores, era reconocible por la alteración de ciertas funciones endocrinas y de su comportamiento. Esta comunicación en realidad le servía de introducción a la segunda, La esterilización como método de Lucha Antituberculosa. Este médico, Director del Dispensario del Distrito de la Universidad de Madrid, comentaba las medidas que se pretendían implantar en Alemania: esterilizar a los tuberculosos abiertos asociales y antisociales y a los matrimonios cuyos ambos cónyuges fuesen tuberculosos. La esterilización como castigo a tuberculosos insociables lo entendía como "...admisible, como la pena de muerte", pero no creía necesario llegar a ella; sólo una ley que les considerase como delincuentes "...les aisle, les prive de sus derechos -sobre todo de los paternos- y que les permita, sin embargo una vida normal"[361]. En el sentido de mejorar la calidad de vida de los tuberculosos, a los que se les prohibía las relaciones sexuales cuando se caracterizaban por tener una "líbido permanente", Julio Noguera Toledo (n.1912), Secretario de la Sociedad Española de Tisiología, afirmaba que daría por buenos los matrimonios entre tuberculosos "...previa castración a perpetuidad, ya que los hijos no deben nunca ser sacrificados ni aún por el amor de los padres enfermos"[362].

2.4.2.2. Bernabé Malo de Poveda y "La Medicina Social Española".

---

[359] MARTINEZ VARGAS (1927) pp. 272-273. Esta petición la realizó en su trabajo aportado al libro homenaje al pediatra alemán Arthur Schlossmann editado en Düsseldorf en 1927.
[360] DIEZ FERNANDEZ (1935_a) pp. 335-337.
[361] DIEZ FERNANDEZ (1935_b) p. 343.
[362] NOGUERA TOLEDO (1933) p. 834.

Un defensor incansable de esta corriente en nuestro país fue Bernabé Malo de Poveda (1844-1926). Este personaje estuvo ligado a la lucha antituberculosa desde que se unió al proyecto de Espina y Capó creando en 1903, la Asociación Antituberculosa Española, antecesora de la Comisión Permanente de Lucha Antituberculosa, de la que fue su único Secretario General en todo el período en que estuvo vigente (1906-1924). Tuvo el privilegio de ser, antes de la República, el único médico remunerado por la lucha antituberculosa oficial, en su calidad de Visitador General de Dispensarios e Instituciones antituberculosas de España (1909-1924). Murió en 1926 siendo Vicesecretario General del Real Patronato de Lucha Antituberculosa de España, organismo creado por Primo de Rivera en 1924 y del que inicialmente se le había apartado (vease el capítulo dedicado a la organización de la lucha antituberculosa).

El discurso eugenésico fue una constante en sus planteamientos antituberculosos, manteniendo a lo largo de su vida una campaña dirigida a la regulación obligatoria del matrimonio. Unica manera, a su entender, de salvar el porvenir amenazado de la raza. Malo afirmó haber iniciado su andadura eugenésica en 1884 con motivo de su tesis doctoral en la que ya pedía este reconocimiento médico. En el IX Congreso de Higiene y Demografía (Madrid, 1898) propuso para disminuir la mortalidad infantil una lucha contra la "herencia morbosa" en la que pedia la adopción de impedimentos para el matrimonio[363]. Presentó su ponencia, Tuberculosis y matrimonio, en los tres Congresos que sobre la tuberculosis se celebraron en España (1908, 1910, 1912) con un afán más propagandístico y militante, pues no varió ni un ápice el contenido de la comunicación, que investigador[364]. Sólo

---

[363] MALO DE POVEDA (1900) p. 42.

[364] MALO DE POVEDA (1912_a) y (1914). Impresa también en folleto aparte: (1912_b) y todavía lo publicaría como apéndice en 1926 bajo el nombre "Del reconocimiento médico previo al matrimonio". MALO DE POVEDA (1926) pp. 235-240. Recientemente

en el último (San Sebastián 1912) consiguió ver recogida entre sus conclusiones la siguiente:

> "En vista del peligro que ofrece la tuberculosis, por su carácter transmisible entre los cónyuges, y las consecuencias funestas que puede determinar en la descendencia por su carácter hereditario y transmisible, es de desear que los Gobiernos piensen seriamente en la necesidad de que la Ley establezca limitaciones a la celebración del matrimonio entre individuos tuberculosos"[365].

Las limitaciones se establecerían mediante un reconocimiento médico previo, que de caso de ser positivo prohibiría el matrimonio totalmente, temporalmente o bajo condiciones[366]. En efecto, Malo censuraba el contraste que ofrecía el hombre cuando cruzaba a los animales domésticos para aumentar

> "...su vigor, su corpulencia, su hermosura... [y] el total abandono verdaderamente suicida en que tiene a su propia raza, en cuya procreación sólo intervienen la casualidad, el capricho, lo inadecuado del gusto y la voluntad, la irreflexión, la ignorancia..."[367].

Tal despreocupación conduciría a la aparición de una serie "...interminable de criaturas débiles, paliduchas, desmirriadas, enquencles", inútiles a si mismas y a la sociedad.

El papel que debía jugar el médico en esta lucha por el mejoramiento de la raza era imprescindible. Su misión consistiría en autorizar los matrimonios e ilustrar a las parejas respecto de su "especialísima situación" y en la que colocarían a su prole en caso de desobedecerlos. Esta misión, especialmente "dolorosa" cuando había que aconsejar prácticas

---

ha sido reimpresa en MOLERO MESA (1987) pp. 281-288.

[365] SESION de conclusiones (1913) p. 339.

[366] MALO DE POVEDA (1912_d) p 419.

[367] Ibid. p. 416.

anticonceptivas[368], estaba por encima del propio médico, como una exigencia del porvenir de la raza:

> "...porque antes de nada somos higienistas; sólo el bien de la humanidad nos importa, y el bien de la humanidad lo entendemos así: creando seres vigorosos y seres inteligentes, que son las verdaderas fuentes de progreso en todas sus manifestaciones"[369].

Todos estos planteamientos los proyectó Malo de Poveda en un drama teatral, escrito por él en 1913, titulado Amor y conciencia. Dicha obra tenía como objetivo divulgar entre las clases populares las medidas encaminadas a luchar contra la tuberculosis desde el punto de vista de la Eugenesia. Un alegato propagandístico precedía a la función. El argumento se centraba en los estragos que causaba la tuberculosis en una familia, cuyos padres, "predispuestos" y ambos con antecedentes de tuberculosis, se unieron en matrimonio sin seguir los consejos del médico. Este último, que era mostrado como un salvador de la raza y profeta de calamidades, anunciaba lo que ocurriría si se les ocurría tener descendencia. Efectivamente, durante la obra morían todos los hijos, de tuberculosis por supuesto, terminando con la muerte de los padres y el pesar del médico[370].

Esta labor la continuaría Malo de Poveda a través de las páginas de la revista La Medicina Social Española[371] de la cual fue director. El programa a desarrollar por esta revista contemplaba "...en primero y único término, el bienestar de los individuos y las familias y el mejoramiento de la raza"[372]. La materia tuberculosis, mantuvo una presencia importante en sus páginas, concentrando la segunda mayor proporción de artículos

---

[368] Ibid. p. 418.
[369] MALO DE POVEDA (1908) p. 17.
[370] MALO DE POVEDA (1913).
[371] Esta "Revista médica popular", como gustaba subtitularse, se editó desde 1916 a 1920. Fue órgano de expresión de los Inspectores provinciales de Sanidad, de la Sociedad Española de Higiene y, desde 1918, de los Inspectores de Sanidad Exterior. Cf. RODRIGUEZ OCAÑA (1987) pp. 42-44.
[372] La Medicina Social Española, 5, (1920) p. 5.

(18%)[373].

La revista hizo un especial seguimiento de la proposición de Ley presentada en noviembre de 1915 por el senador de la Real Academia de Medicina de Madrid, González Alvarez. Esta proposición, dirigida a regular los matrimonios mediante la obligatoriedad del certificado médico era, según Malo, fruto de 32 años de discusiones en favor de la regularización higiénica del matrimonio. Urgió su aprobación en términos perentorios:

> "El retraso en dársela, equivale a contribuir, por omisión, al decaimiento de nuestra raza y con todas sus deplorables consecuencias. Tienen la palabra los estadistas y legisladores"[374].

Malo de Poveda estuvo ligado a la creación en 1919 del Instituto de Medicina Social[375] del que fue uno de sus 20 socios fundadores[376]. La iniciativa de Aguado Marinoni para su creación fue considerada por La Medicina Social Española como un éxito de su labor propagandística[377]. En efecto, la labor eugenésica emprendida por esta revista, sería recordada y alabada como única por la profusión con que la "Eugénica" había tenido cabida entre sus páginas[378]. Todavía en 1926, año de su fallecimiento, dedicó Malo de Poveda su última obra, una recopilación de trabajos sobre lucha antituberculosa, a la Reina Victoria Eugenia, activamente comprometida con la reforma de la Lucha

---

[373] El resto de las entradas eran: Higiene y Sanidad (28%), Enfermedades infecciosas (17%), Notas feministas (12%) y Enfermedades de la infancia (8,9%). RODRIGUEZ OCAÑA (1987) p. 43.

[374] MALO DE POVEDA (1916) p. 62.

[375] Se ha apuntado la creación del Instituto de Medicina Social como un intento de institucionalizar la eugenesia en España. Dicha institución surgió con los mismos fines que lo hiciera en 1916 La Medicina Social Española: respuesta de los intelectuales, en este caso los médicos, pedagogos y juristas a la situación de crisis política, económica y social tras la impotencia del sistema político de resolverlos. Cf. ALVAREZ PELAEZ (1988).

[376] ALVAREZ PELAEZ (1988) p. 344.

[377] EXITO de la "Medicina Social Española" (1918) pp. 641-642.

[378] MARIANA LARRUY (1921) pp. 199-205.

antituberculosa después del golpe militar, bajo el lema: "...en pro de la juventud y de la raza"[379].

2.4.3. Factores políticos e ideológicos.

Para llegar a una comprensión de las motivaciones políticas e ideológicas de la lucha antituberculosa tendremos que estudiar previamente de qué manera, esta enfermedad, era concebida por las distintas clases sociales presentes en la etapa estudiada. Ya hemos adelantado, al hablar de etiología de la enfermedad que muchos tratadistas médicos, desde su status burgués, consideraban a los obreros responsables de sus propios males. Veamos a continuación como lo entendían ellos.

2.4.3.1. Los obreros y la Higiene.

2.4.3.1.1. "El Socialista" y la "Fiesta de la Flor" (1913-1914).

Un ejemplo de cual debía ser la solución profiláctica al problema tuberculoso para un sector significativo de la clase obrera, lo tenemos a través de los artículos publicados en El Socialista con motivo de la instauración del "día de la tuberculosis" o "fiesta de la flor". En dichos comentarios podemos observar además, cual era la opinión sobre la lucha antituberculosa oficial de una parte importante y militante del proletariado, clase social a la que iba dirigida dicha campaña.

Creada en 1913, la "Fiesta de la flor" se celebraba una vez al año y consistía en una cuestación callejera en donde

---

[379] MALO DE POVEDA (1926) p. 3.

muchachas jóvenes, ayudadas en las mesas petitorias por damas del Real Patronato antituberculoso, ofrecían una flor a cambio de un donativo para sufragar los gastos de la campaña antituberculosa. El periódico socialista la definió como un "curioso festival de la cruz de mayo" consistente en improvisar una "...porción de altares en la vía pública y en pedir un óbolo por el sistema del atraco"[380]. El primer año se celebró en Madrid el día 3 de mayo, organizado por la Liga Popular contra la Tuberculosis, tan sólo dos días despues de que los trabajadores celebrasen el día del trabajo.

Con motivo de hacer ambiente los organizadores pidieron que todo el mundo colocase cruces de flores en los balcones y fachadas de sus casas. En las mesas petitorias había una gran cruz escoltada por dos soldados. La fiesta fue considerada como un alarde propagandístico de la burguesia y de la iglesia, deseosa de demostrar que por la caridad se podía llegar al equilibrio social. La inutilidad de dedicar sólo un día al año a los tuberculosos era clara a los ojos de los corresponsales obreros, cuando

> "...el resto del año [los pudientes] cultivan la tuberculosis obligando a realizar a sus obreros jornadas excesivas, mermándoles los salarios, subiendo los arrendamientos de sus casas o de sus tierras, vendiendo comestibles adulterados"[381].

También se denunció la "idea mercantilista" que significaba la propaganda clerical encubierta, utilizando los escuálidos cuerpos de los tuberculosos como reclamo de su "fingida piedad". Enfermedad que, para más sarcasmo, la habían adquirido "...a causa de la miseria y la dureza de entrañas de una sociedad de acaudalados que es, por sí sola, el más temible bacilo del mal"[382]. Esto hacía que la fiesta fuera un adorno de flores que

---

380 FIESTA de D. Juan de Robles (1913).
381 DIA de los tuberculosos (1913).
382 CRUCECITAS de flores (1913).

en realidad encubría "...la cruz real del calvario por que atraviesan los desheredados". En este contexto, rechazaron las manifestaciones de los organizadores de que, en la fiesta no se iban a exponer ideas políticas sino sólo "sentimientos caritativos y tradiciones artísticas y pintorescas", aduciendo que en la fiesta no se vio ni caridad, ni arte y sí un movimiento "francamente clerical y reaccionario". El artículo comentaba la celebración de la siguiente manera:

> "Casi todos los magnates y grandes de España también han engalanado sus domicilios con flores de trapo y cruces enormes. Y a todo esto, lo de los pobres tuberculosos, no se ve por parte alguna, y el bacilo de Koch continúa hecho el amo de los pulmones de la clase indigente, y muerto de risa al ver las cruces madrileñas y la candidez de algunos escritores liberales que han caido en el lazo tendido por la reacción y les han hecho el juego a las damas católicas y al obispo de la diócesis"[383].

La unión entre la burguesía y la iglesia hizo al articulista culpar al cristianismo de haber inventado la tuberculosis al marginar a los trabajadores en la periferia de las ciudades y "...al hacer que en el foco del trabajo y de la actividad se hacinen y amontonen los obreros, los empleados, los trabajadores y sustentadores de la ciudad para exprimirles el jugo"[384]. Porque el causante de la tuberculosis era el industrialismo insano, responsabilidad de las mismas personas que entonces organizaron la fiesta.

Después de la celebración de la fiesta y la constatación de los pobres resultados obtenidos (las primeras noticias hablaban de 70 mil pesetas) se añadieron a las críticas los apelativos de "miserables" y "avarientos". Por primera vez los médicos fueron blanco de los ataques, considerados como colaboradores de la campaña, habiendo sido en realidad los

---

[383] CRUCES, altares y flores (1913).
[384] MAL del siglo (1913).

responsables de la idea y de la celebración de la fiesta. Los fines de la Medicina habían sido "vilmente mercantilizados por unos cuantos médicos y boticarios", aunque la responsabilidad era achacada a burgueses y a ciertos médicos comparsas de ellos

> "...hombres que pasan por científicos y personas que pretenden pasar por respetables. Nosotros, el pueblo, conocemos a unos y otros y vamos a lo nuestro: a barrerlos a todos ellos, única medicina que extirpará la tuberculosis de la Humanidad"[385].

El impacto que produjo el Día de la Flor, considerado un gran éxito por los organizadores, se mantuvo en El Socialista, al menos durante el año siguiente, en el que hizo un seguimiento al dinero recaudado. La cifra ascendió a más de 100.000 pesetas, que, deducidos los gastos, se quedó en 80.000. A los seis meses la LPCT aun no sabía qué hacer con el dinero, hecho que motivó nuevas críticas por parte del periódico. En ese periodo de tiempo, el informativo obrero, afirmó que los caseros habían seguido alquilando habitaciones antihigiénicas a precios elevados, los tenderos vendiendo artículos adulterados, los patronos pagando salarios cortos por jornadas de trabajo largas, es decir, todo el año "produciendo la tuberculosis" para luego

> "...dar una pesetilla o dos el día 3 de mayo para los tuberculosos, con objeto de obtener una margarita de trapo que viene a ser el vergonzoso título de corazón piadoso que gusta ostentar a los más desalmados explotadores"[386].

No perdían ocasión para atacar el día de los tuberculosos como acto benéfico; así denominaron la cuestación de "caridad sevillana" al darse la noticia de que más de mil pesetas recaudadas eran monedas falsas[387]. Al año, "ni un tuberculoso se ha curado", rezaba el titular de otro artículo, volviendo a los

---

385 CARIDAD miserable. Ni a D. Juan de Robles (1913).
386 FARSA de las flores (1913).
387 FRUTOS del día de las flores (1913).

mismos argumentos de escritos anteriores[388].

En definitiva, muestra del alejamiento y de desprecio de clase, el "día de la flor" parecía más un insulto a las clases populares: utilizando la misma simbología tisiológica,

> " ...es un esputo que arroja sobre la miseria ambiente la tuberculosis moral de nuestra sociedad"[389].

2.4.3.1.2. El fracaso de la caridad: Queraltó y el Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis.

Ya hemos visto cual era la postura de un sector importante de la clase obrera en torno a la consideración benéfica de la Lucha antituberculosa. Por otra parte, la actitud de la burguesía y de la aristocracía así como la de los médicos cercanos a éstos, era la de defender una caridad bien entendida como método de lucha contra la tuberculosis y de esta forma dar una imagen de equilibrio social. Estos dos mundos chocaron a raiz de un suceso acaecido en 1910 en Barcelona, estando recientes aún los sucesos de la "Semana Trágica".

En 1908, el anarquista Josep Queralt fue tratado en el Patronato Antituberculoso de Cataluña descubriéndosele un tatuaje con la leyenda "¡viva la anarquía!" debajo de dos puñales en cruz[390]. Según Vidal y Rivas, Presidente de dicho Patronato, el mencionado Queralt al evidenciar que había en Barcelona personas que se ocupaban de atender a los pobres tuberculosos desinteresadamente, maldijo "...a los que con sus predicaciones sofistas le habían apartado del buen camino", pidiendo a los médicos del Patronato que le quitaran el tatuaje.

---

[388] DESPUES de un año. Ni un tuberculoso se ha curado (1914).
[389] FIESTA de las flores (1914).
[390] CALVET I CAMARASA, CORBELLA I CORBELLA, (1982) Vol. 2, pp. 232-233.

Esta operación sólo podía realizarse cruentamente sin anestesia, hecho que, según Vidal, daba fe del rescate de su alma para la sociedad por parte de los médicos del Patronato. Este episodio, publicado en la memoria del Patronato, fue relatado ante la Reina por Codina Castellví en la inauguración del Dispensario Principe Alfonso de Madrid (junio, 1909), para resaltar el valor social del dispensario:

> "Ahí teneis, merced a la mágica virtud del dispensario, por su objeto benéfico, redimida un alma y, por su fin profiláctico, rescatada una víctima. Seguramente que si los dispensarios llenan sin restricciones su misión y desempeñan sin regateos todas sus funciones, el caso referido será, no el único, sino el primero de una larga serie"[391].

El suceso fue también utilizado metafóricamente por el Gobernador Civil de Barcelona, Angel Ossorio y Gallardo, en una sesión oficial del Parlement al afirmar que "...como el anarquista de quien os hablaba el Sr. Vidal y Rivas, es forzoso que la sociedad se deje cauterizar muchos tatuajes y arrancar muchos trozos de piel"[392].

Jaume Queraltó i Ros (1868-1932), primer Presidente del Institut Medic-Social de Catalunya en 1911 y fundador de la primera revista médica en lengua catalana[393] tomaría parte en este suceso al denunciar publicamente "la salvajada":

> "Yo que no soy anarquista, yo que nunca he sido anarquista, hago mía la protesta del que despellejaron; y en nombre de los que padecen la vida de miseria agotándose en talleres, en fábricas, en minas, amasando su faena con su propia sangre y dejando en

---

391 CODINA CASTELLVI (1912) pp. 420-421.

392 QUERALTO I ROS (1910_b) 29 de julio.

393 La Gynecología catalana en 1898. TRIAS I MAXENS (1970) p. 377. Como él mismo reconoció era partidario de la autonomía absoluta de Cataluña, federal y liberal, partidario de la política de libertad más avanzada. QUERALTO I ROS (1910_b) 1 de julio.

> los muros y en las fábricas pedazos de carne anémica...en nombre de los que por su desgracia son la eterna carnaza, carne de cañón, carne de usura, carne de crápula, carne de farsa; en nombre de todas las víctimas de la explotación moderna, yo invoco de esta caridad torturadora los principios supremos de la justicia inmanente"[394].

Este médico, por sus planteamientos radicales ha sido señalado como una excepción en la forma de pensar de la clase médica de la época, de instalación burguesa y con fines reformistas[395].

El Socialista, recogía la noticia de la siguiete forma:

> "Un médico barcelonés ha denunciado que en el Patronato contra la tuberculosis, entidad católica, se ha obligado a un enfermo -pobre naturalmente- a someterse a una cruel operación con objeto de borrarle una inscripción subversiva que tenía tatuada en un brazo"[396].

En efecto, Queraltó organizó una campaña pública en 1910 que consistió en varios artículos en la prensa diaria[397] y en dos conferencias dadas en Barcelona con el apoyo de 85 Sociedades obreras de Cataluña. En la primera conferencia, realizada "...exclusivamente como médico", y que fue publicada en parte

---

[394] QUERALTO I ROS (1910$_b$) 12 de agosto y (1911) 10 de marzo. Aunque niegue ser anarquista simpatizaba con estas ideas. En este mismo lugar defendió el anarquismo como "...el estado de la Humanidad futura, donde sólo el amor regulará las relaciones entre hombres, donde no habrá autoridad de ninguna clase, ni explotación del hombre por el hombre, donde libremente el ser humano se desarrollará sin leyes que lo esclavicen, sin poderes arbitrarios que le subyuguen, fuerte, amoroso, altivo, realizando en la tierra el paraiso con toda su belleza".

[395] RODRIGUEZ OCAÑA (1987) p. 34.

[396] SEMANA burguesa (La) (1910).

[397] Artículos públicados en El Progreso, 7 de abril de 1910 y en El Poble Catalá, 19 abril 1910.

por El Socialista[398], denunció la caridad oficial como la perpetuadora "...de las mismas causas de dolor, de penas y enfermedades" puesto que sólo se limitaba a una labor curativa momentánea, mientras que la humanidad continuaba "...siempre entre lo sublime de la caridad por un lado y los desastres de su aciaga vida por otro". De esta forma, el Patronato, a través del dispensario, mostraba la evidencia máxima del carácter de "defensa social". La labor del Patronato, en este aspecto la tachó de ser "...la sublimación, la completa malignización de la caridad oficial", en el que no se limitarían a enjugar las lágrimas de los pobres sino que exigirían que los infelices agradecidos se prestaran a la redención de sus almas. Finalmente añadió:

> "¡Oh, que horrible, pavorosa farsa es esa obra de falacia! ¡Qué manera de envilecer la Medicina, haciendo de ella látigo para domar conciencias!. Viendo están como en la áspera lucha de la sociedad moderna caen a millares los proletarios hambrientos, recibiendo por premio al fin de la jornada la podredumbre de sus entrañas. Ven extenderse por Cataluña, en olas devastadoras, la miseria llenando los tristes hogares con el horror trágico de una vida de agonía...Y en tanto ellos se vanaglorian de convertir anarquistas y arrancar inscripciones revolucionarias"[399].

Posteriormente, Queraltó aceptó la oferta de presidir la Sección de Medicina del Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis (Barcelona 1910)[400] cargo que, según algunos autores, utilizaría de plataforma[401]. Sin embargo, en su discurso Aspecto social de la lucha antituberculosa[402], prudentemente no atacó al Patronato, limitándose a exponer una doctrina

---

[398] Se publicó irregularmente por entregas desde el 1 de julio de 1910 al 10 de marzo de 1911 en la que se suspenden sin concluir y sin explicación alguna.

[399] QUERALTO I ROS (1910_b) 12 de agosto.

[400] PRIMER Congreso Español Internacional de la Tuberculosis (1910) p. 125.

[401] CALVET I CAMARASA; CORBELLA I CORBELLA (1982) p. 233.

[402] Reproducido en RODRIGUEZ OCAÑA (1987) pp. 177-196.

antituberculosa netamente a favor de la transformación de los mecanismos sociales favorecedares de aquella y a denunciar la situación del proletariado. En esta conferencia, para terminar, afirmaba:

> ¿Me decis que es radicalismo y socialismo cuanto expongo? Es muy posible; pero para mi es Medicina"[403].

Por su parte, el Presidente de la Comisión de Dispensarios del Patronato catalán, Eduardo Xalabarder, dirigiéndose a los miembros de la Junta general de asociados, y después de trasmitir a estos "...el coro de bendiciones que por vuestra filantropía, entonan todos los dias nuestros protegidos los pobres tuberculosos", admitió la existencia de enemigos del Patronato que

> "...incapaces de sumar sus esfuerzos a los nuestros y no atreviéndose a desatar frente a frente sus inhumanos rencores, prefieren herir de soslayo altruismos y prestigios que todos vosotros, señoras y señores, habeis puesto incondicionalmente al servicio de la caridad"[404].

El Colegio de Médicos, a través de su Comisión Deontológica, inhabilitó a Queraltó. La sanción fue revocada judicialmente, tras un recurso, quedándose en una amonestación pública[405]. Si prosperó, no obstante, la denuncia del Patronato antituberculoso por calumnias, siendo condenado y desterrado de Barcelona, con lo que perdería todos sus bienes[406].

El Socialista le apoyó desde el principio. En 1910, dio cuenta de la publicación de Queraltó Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis, en la que destacaba su valentía al señalar el verdadero origen de la tuberculosis, añadiendo:

---

403 QUERALTO I ROS (1910_a) p. 31.
404 XALABARDER (1910) p. 19.
405 RICO-AVELLO (1969) pp. 133-134.
406 CALVET I CAMARASA; CORBELLA I CORBELLA (1982) p. 233.

> "El Dr. Queraltó piensa como nosotros, que la tuberculosis es un mal social, que no tiene remedio con inyecciones, ni con píldoras, ni con nada más que con una verdadera transformación en el régimen de la vida colectiva que permita a todos nacer sanos y vivir sanos, con el organismo inmune al contagio"[407].

Posteriormente, desterrado en Madrid, este periódico incluyó en sus páginas la propaganda de la consulta de Queraltó[408]. Además hizo un seguimiento de la Campaña iniciada por él en 1913 y apoyada por toda la izquierda, en la que pretendía recorrer toda la costa cantábrica "...con el objeto de poner de relieve las crueldades cometidas en el Sanatorio Antituberculoso de Barcelona"[409]. De esta forma recogió adhesiones en Santander[410], y en Gijón, donde presidió el acto el Presidente de la Conjunción Republicano-socialista[411].

Parece ser que el destierro no se hizo efectivo hasta 1913, fecha en la que aparece su anuncio en la prensa, ya que en 1912, en el Congreso de la Tuberculosis de San Sebastián reconocía en su discurso estar trabajando en Barcelona[412]. En este Congreso arremetió contra el Patronato Catalán al afirmar:

> "En verdad, cuando se estudia a fondo el mecanismo de ciertas asociaciones llamadas «de beneficencia», se turba el ánimo con asco insuperable ante la visión de sus vilezas"[413].

Finalmente parece ser que estuvo desterrado en Madrid hasta

---

[407] ACCION social sobre la tuberculosis (1910).

[408] El Socialista, 6 de diciembre 1913. Su anuncio era el único que ocupaba un lugar destacado entre las columnas de texto, mientras que lo habitual era agrupar toda la propaganda en la última página.

[409] QUERALTO en Gijón (1913)

[410] MITIN pro-Queraltó (1913)

[411] POR Queraltó (1913)

[412] QUERALTO I ROS (1913) p. 133. En las Actas consta como domicilio el de Barcelona.

[413] Ibid. p. 139.

1917, fecha en la que se cree volvió a Barcelona[414].

2.4.3.2. Previsión social y prevención de la tuberculosis: acción medicosocial reformista.

La tuberculosis se generaba en el interior de las ciudades, en los barrios pobres donde vivían los obreros desnutridos y hacinados en casas sin los servicios higiénicos imprescindibles para vivir. Esta consideración del origen social y ambiental de la tuberculosis estaba muy extendida entre la clase popular. Por tanto, las organizaciones obreras, asumiendo el discurso de los higienistas en sus aspectos etiológicos, pretendían cambiar la sociedad en sus raices, única vía para terminar con la miseria y su consecuencia inmediata: la tuberculosis.

Las clases pudientes, por su parte, consideraban a los obreros seres incultos, inmorales, alcohólicos y estigmatizados por la tuberculosis, y por tanto, degenerados, además de subversivos. Por otra parte, la naciente industria, incipiente en España, hacía que existiera una mayor interdependencia entre las distintas clases sociales. Los patronos necesitaban obreros con un grado mínimo de especialización a los que ajustar a las nuevas formas de producción. En este contexto, la medicina social jugó un papel muy importante en el proceso de civilización, racionalización y disciplinamiento social de las clases populares.

Gracias a ella, el concepto burgués de "salud" llegó a convertirse en un término de gran potencialidad política, al proyectar modelos de formas de vida y conducta, modelos que, finalmente, serían asumidos por la clase obrera[415]. La llamada

---

[414] RODRIGUEZ OCAÑA (1987) p. 34.

[415] Cf. LABISCH (1985). Este autor propone la figura del Homo Hygienicus, como modelo a seguir obligatoriamente por la sociedad en general, la cual vendría definida como aquella persona para la cual la salud era la meta suprema de la vida,

Medicina Social, que encontró un amplio desarrollo con la campaña antituberculosa, fue un instrumento de conversión, mediante el cual se despojó a la enfermedad de sus connotaciones políticas. Su pretendida neutralidad y cientificidad le hacían más creible que otras instituciones sociales, como la Iglesia o la justicia, muy desprestigiadas en estos años de crisis. En España, los médicos defensores de este movimiento, de instalación burguesa, no se enfrentaron con los llamados "médicos de laboratorio". Su objetivo común era el reformismo social a través de la actuación sobre la clase proletaria, sin cuestionar el orden establecido, procurando la integración de los trabajadores a las nuevas formas de vida[416].

Siguiendo a LABISCH podemos conocer, a través de tres niveles, los procesos sociogenéticos y psicogenéticos mediante los cuales los obreros adoptaron la forma de vida y conducta burguesa: el papel representado por la medicina social, la institucionalización de los seguros sociales obligatorios, y, finalmente, las propias necesidades de los obreros que, al asimilar el mensaje, les hicieron adoptar estos patrones. Seguiremos este esquema en lo que respecta a la lucha antituberculosa.

2.4.3.2.1. Lucha Antituberculosa como respuesta.

Desde muy temprano se destacó la necesidad de acabar con la tuberculosis por el peligro que significaba para el orden social establecido. Francisco Moliner utilizó estos argumentos a lo largo de sus campañas en pro de la construcción de sanatorios populares. Ya en 1896, denunció la incapacidad de la beneficencia para solucionar el problema de la tuberculosis. El peligro provenía de la toma de conciencia, por parte de los

---

subordinando su estilo de vida a los principios de salud derivados de la medicina.

[416] RODRIGUEZ OCAÑA (1987) pp. 45-46.

trabajadores, del origen de la enfermedad, que, nacida de la miseria, provocaba más miseria. En este círculo vicioso se aumentaban la tuberculosis y el descontento del proletariado. Contestando un discurso de Cánovas en 1890 en el que afirmaba que los ejércitos serían por mucho tiempo el

> "...robusto sostén del presente orden social, e invencible dique a las tentativas ilegales del proletariado"[417],

Moliner añadió que, si no se atajaba la tuberculosis, los trabajadores, movidos por "su mortífera influencia acabarán con la sociedad actual y con los ejércitos que ahora la defienden"[418]. En su segunda campaña dirigida a la promulgación de una Ley de los tuberculosos pobres, que declarara al Estado responsable de la creación de sanatorios capaces de albergar a todos los tísicos pobres de España, argumentó a favor de la pacificación social que supondría:

> "Por ello esta ley redentora, en cuanto les atiende, y les consuela, y les socorre, y les da salud, y les nivela en su derecho a ella con los ricos, es ramo de olivo, y prueba de amor, y prenda de paz"[419].

Solá y Espriu, tras describir, en 1909, las miseras condiciones de los barrios obreros de Barcelona, afirmó que era una necesidad social que había que remediar si se quería apartar al proletariado "...de las peligrosas tendencias anarquistas" al tiempo que se le arrancaba "...de la garra feroz de la cruel tuberculosis"[420].

Este es el motivo por el que se pidiera reiteradamente la nivelación del equilibrio social, asunto en el que la caridad

---

[417] Discurso pronunciado por el Exmo. Sr. D. Antonio Cánovas del Castillo en el Ateneo de Madrid, p. 29 (1890). Citado por MOLINER Y NICOLAS (1896) p. 39.

[418] Ibid. p. 40.

[419] MOLINER Y NICOLAS (1900_a) p. 14.

[420] SOLA Y ESPRIU (1909) p. 445.

debía jugar un papel importante. Codina Castellví afirmaba en 1912 que si la clase pudiente ofreciera dinero para la lucha antituberculosa, este gesto tendría

> "...la inmensísima ventaja social de acercar al poderoso al humilde, de borrar distancias, de ahogar odios, de apagar rencores y de sembrar corrientes de simpatía entre polos apartados, de que tan necesitada está la sociedad actual"[421].

Por tanto, la peligrosidad del tuberculoso se extendió, además de a sus hábitos personales, culpables de la propagación de la enfermedad, a sus ideas que representaban una amenaza en potencia para el orden burgués. La organización antituberculosa se prestaría a canalizar y despolitizar la enfermedad, teniendo en los dispensarios y sanatorios un instrumento nada inocente ni desprovisto de intencionalidad política. El Sanatorio, inicialmente situado en alturas elevadas, pasó, una vez descubierto el bacilo, a necesitar solamente aire aséptico, sin necesidad de elevación, de modo que en los comienzos de este siglo, los sanatorios, llamados suburbanos, se instalaron muy cerca de las ciudades, con un trasiego de enfermos mucho mayor y con objetivos educativos[422]. El sanatorio fue el elemento encuadrador por excelencia, al "desactivar" al tuberculoso tanto de microbios como de ideas subversivas y no menos contagiantes.

Codina Castellví, Director del Sanatorio Antituberculoso de Valdelatas en Madrid, impartió una serie de conferencias para los enfermos y sus familias desde mayo de 1918 a noviembre de 1919[423]. En ellas se plasma claramente de que forma el sanatorio vehiculizaba un tipo de vida al que debían aspirar los enfermos, tras renunciar a su propia voluntad. De esta forma, el enfermo

---

421 CODINA CASTELLVI (1913) p. 86.

422 WORBOYS (1984) pp. 41-43.

423 Estas conferencias, publicadas en La Medicina Social Española, serían financiadas para su compilación y distribución gratuita por el Gobernador Civil de Madrid, el Marqués de Grijalba, en 1920. COLL Y BOFILL (1920) p. 190.

> "...una vez traspasado el dintel de la puerta, deja en ella toda la historia que le es personal, todo su modo de ser y de pensar y todo su «criterio médico», para convertirse en un ser sin voluntad y sin acciones espontáneas que puedan perturbar en lo más mínimo la armonía y la disciplina del establecimiento...El mejor recurso para vuestra curación es el carecer de voluntad y de iniciativas...los enfermos de este sanatorio...han de convertirse en verdaderos y absolutos maniquíes"[424].

A través del pretendido cientifismo de los consejos médicos se otorgaba un papel neutral al discurso antituberculoso, aparentemente apolítico, por lo que Codina añadía que el maniquí no debía ser movido por el capricho del médico o la simpatía de la Madre Superiora, ni por la curiosidad del director "...sino que debe ser maniquí por la ciencia y sólo por los consejos que de esta se desprendan debe ser movido y manejado"[425]. Concluyendo que

> "...lo que aquí se os ordena no está inspirado en el capricho de nadie sino que está fundamentado en principios científicos y no teneis otro remedio que obedecerlos"[426].

De esta forma, el sanatorio cumpliría al máximo sus tres funciones sociales, que según Codina eran: evitar el contagio de la familia del enfermo, reducir la propagación general de la enfermedad y "...recobrar un hombre sano de cuerpo y sensato de espíritu"[427]. Ahora bien, este ser, recuperado para la sociedad, debía seguir una conducta que le permitiera conservar la salud. Codina también aconsejó a sus enfermos para cuando saliesen del sanatorio:

> "No mireis con envidia al que posee cuantiosas fortunas; envidiad al hombre sano y fuerte, al vigoroso y al inteligente, puesto que con salud y con inteligencia

---

[424] CODINA CASTELLVI (1918) p. 633.
[425] Ibidem.
[426] CODINA CASTELVI (1919) p. 222.
[427] Ibid. p. 732.

llegareis a ser poderosos y estimados"[428].

La salud se presentaba de esta forma como ideal supremo de toda persona que aspirara a la felicidad, estado que permitiría mejorar el nivel de vida de los trabajadores

> "...informéis vuestra conducta en principios higiénicos, fáciles de poner en práctica por todas las clases sociales, incluso las más modestas y que se refieren a estos puntos cardinales: limpieza, alimentación, sueño, trabajo y distracciones"[429].

Para ilustrar, que efectivamente, la felicidad no venía de las riquezas, se recordaba que los ricos por seguir una vida licenciosa, de pasiones y desenfrenos, acababan contrayendo la tuberculosis. El caso típico era el de los hijos de familia rica que eran enviados a la ciudad a estudiar y volvían al poco tiempo convertidos en "señoritos tisiquines" "...que no sabe más que jugar al billar y beber cerveza"[430].

Este ideal de vida se presentaba como una conquista más de la civilización burguesa. Espina y Capó lo expresó claramente en el Congreso Internacional de la Tuberculosis (París, 1905), al afirmar que la campaña contra la tuberculosis, unida a la antialcohólica, debía alcanzar la aspiración de "conquistar la salud" pues la libertad ya estaba conquistada por completo[431]. Años más tarde, con los mismos argumentos, afirmaría que la lucha organizada contra la tuberculosis, el alcohol, el tabaco y la ignorancia tenían un credo común para todos los partidos[432]. Así la salud aparecía como "apolítica" y neutral.

En efecto, extender este ideal de vida era un objetivo de la Medicina Social. Martín Salazar, en 1913, no comprendía como los partidos socialistas no habían asumido "la regeneración

---

428 CODINA CASTELLVI (1920_a) pp. 273-274.
429 Ibid. pp. 276-277.
430 SOLA Y ESPRIU (1909) p. 364. Citando a Gómez Aguado.
431 ESPINA Y CAPO (1906_b) p. 139.
432 ESPINA Y CAPO (1912) p. 396.