

**Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en Pamplona (Siglo XX)**  
*Light and shadows in the medico-social fight against tuberculosis. A retrospective look at tuberculosis in Pamplona (XX Century)*

S. Anaut

---

**RESUMEN**

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas que pueden calificarse de constantes en la historia de las enfermedades. No obstante, a partir de las primeras décadas del siglo XX la mortalidad provocada por esta afección inició un progresivo descenso en toda Europa. Dicho retroceso también tuvo lugar en España, aunque con diferencias regionales y locales evidentes. Por su propia naturaleza, en torno a ella se han ido desarrollando a lo largo de este siglo una serie de mecanismos y estrategias de defensa sociales y médicas. Junto al análisis cuantitativo de indudable importancia, resulta fundamental detenerse en los factores sociales, económicos y médico-asistenciales que incidieron en su evolución, y en el grado de efectividad de las campañas antituberculosas. Con ello estaremos en disposición de presentar los resultados, esas luces y sombras, de las políticas socio-asistenciales creadas para el conjunto del país, pero aplicadas a un espacio y una sociedad concreta como es la de Pamplona. Igualmente, no es posible pasar por alto el interés renovado que está despertando en los últimos años en foros bien distintos, por cuanto se han detectado resistencias y variaciones en el bacilo y, especialmente, se ha relacionado con la nueva "peste" de fin de siglo, el SIDA.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Enfermedades infecciosas. Campañas médico-sociales.

**ABSTRACT**

Tuberculosis is one of the infectious diseases that can be qualified as constant throughout the history of illnesses. Nonetheless, starting in the early decades of the XX century, mortality provoked by this complaint began a progressive decline throughout Europe. This retrocession also took place in Spain, although with evident regional and local differences. Because of its nature, throughout this century a series of social and medical mechanisms and strategies have been developed around it. Together with the undoubted importance of quantitative analysis, it is essential to pay attention to the social, economic and medical-care factors that have affected its evolution, and the degree of effectiveness of the anti-tuberculosis campaigns. In this way we will be in a situation to present the results - those lights and shadows - of the socio-care policies created for the country as a whole, but applied to a specific space and society such as Pamplona. Similarly, it is not possible to disregard the renewed interest that is being shown in different forums because of the resistances and variations that have been detected in the bacilli, and especially because it has been related to the end of the century "plague", AIDS.

**Key words:** Tuberculosis. Infectious diseases. Medico-social campaigns.

*ANALES Sis San Navarra 1999; 22 (2): 219-231.*

Profesora-Ayudante. Universidad Pública de Navarra

Aceptado para su publicación el 15 de enero de 1999.

**Correspondencia**

S. Anaut  
C/ Arrosadía s/n  
Universidad Pública de Navarra  
31006 Pamplona  
Tfno. 948 169408  
Fax 948 162388  
E-mail: sanaut@upna.es

## INTRODUCCIÓN

Con el control de las invasiones epidémicas de cólera por medio del descubrimiento de la vacuna anticolérica, la difusión de la vacuna antivariólica, el desarrollo de la medicina de laboratorio y el descubrimiento del bacilo de Koch se entra, en el siglo XX, en una nueva etapa en la que la salud se considera un objetivo social y médico. La mejora de la salud se perseguirá a través de la regulación de las conductas personales y del interés de la medicina por paliar la elevada letalidad de las enfermedades infectocontagiosas. Con este punto de referencia se va a considerar la enfermedad como un fenómeno colectivo, cuya responsabilidad recaía únicamente sobre el individuo. De entre las enfermedades infectocontagiosas, las llamadas enfermedades sociales acapararán la mayoría de los esfuerzos de los médicos, reformadores sociales y autoridades nacionales, regionales y municipales. En 1934 se definía a estas enfermedades sociales como aquellas que "bien por el número enorme de afectados por ello, supone un problema social, o bien porque las causas que las originan tienen su raíz profunda en hechos y motivos sociales"<sup>1</sup>. Las principales enfermedades sociales fueron la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo. Argumentos demográficos (degeneración de la raza), morales, económicos (baja productividad laboral del enfermo) y políticos fueron defendidos y encauzados en la lucha contra estas enfermedades que, se creían, en sí mismas evitables.

Entre las enfermedades sociales apuntadas, la tuberculosis ha presentado hasta mediados del siglo XX los mayores índices de mortalidad y morbilidad. La magnitud que alcanzó en el campo clínico, social y político dio lugar a una abundante literatura médica preocupada por conocer las causas, profilaxis y remedios, tanto médicos como sociales, de la enfermedad y por sensibilizar a la población y a los poderes públicos de la gravedad de la misma. Este hecho facilitará el camino hacia la puesta en funcionamiento de una intensa campaña antituberculosa de alcance nacional desde comienzos de siglo. Navarra no permanecerá ajena a este movimiento, sobre todo, porque localidades como Pamplona tenían en la tuberculosis una de las princi-

pales causas de muerte. La concentración en la capital navarra de los centros benéfico-asistenciales y de decisión en materia sanitaria, su elevada mortalidad ordinaria y en edades tempranas, y los graves problemas que se vivirán, asociados a un incesante flujo inmigratorio, hacen que el estudio de la evolución de la tuberculosis a lo largo del siglo XX allí registrada sirva de modelo para conocer las variaciones cuantitativas y cualitativas de esta enfermedad en el conjunto de Navarra.

Las limitaciones a las que nos hemos enfrentado a la hora de cumplir con nuestro propósito se hallan en la naturaleza y disponibilidad de las fuentes. En las fuentes estadísticas municipales (libros de defunción y registros de enfermedades) y nacionales (Movimientos Naturales de Población) se ha observado la preferencia registral por diversas causas básicas de muerte en lugar de los distintos procesos tuberculosos. Esta práctica ha sido habitual en toda España por los problemas sociales y morales que han acompañado a la tuberculosis hasta fechas recientes. El resto de fuentes consultadas, documentales en particular, han sufrido indiscriminados espurcos de graves consecuencias para el conocimiento de la historia contemporánea de las enfermedades en Navarra. La pérdida irreparable de ciertas fuentes primarias (informes, expedientes, libros de altas y bajas, folletos de campañas médicas, etc.) ha reconducido este trabajo a la búsqueda de información en fuentes tan variopintas como la prensa diaria, los bandos municipales o la Hoja Sanitaria de la provincia de Navarra y a las fuentes orales.

## LA TUBERCULOSIS, UN PROBLEMA SOCIAL Y MÉDICO

La convicción, cada vez más extendida entre los médicos y reformadores sociales, de que para mejorar la salud de una población era imprescindible actuar directamente sobre el medio social y familiar dio como resultado la puesta en marcha de una serie de programas de prevención e intervención dirigidos a los principales grupos de riesgo<sup>2</sup>. Dos fueron las campañas médico-sociales más importantes en el primer tercio del siglo XX, la dirigida a luchar contra la mortalidad infantil y la antituberculosa. En el año 1904 ambas campañas quedan normali-

zadas con la Ley de Protección a la Infancia y la Real Orden de 17 de junio, por la que se ordena la constitución de un comité antituberculoso en todas las provincias, es decir, se inicia en España la lucha contra la mortalidad de forma organizada.

En el caso de la campaña contra la mortalidad infantil se defiende la infancia con argumentos demográficos y económicos fundamentalmente ("el niño es el obrero del mañana"), mientras en la campaña antituberculosa se insiste en el peligro que representa esta enfermedad por su alto grado de contagio a la hora de contar con una sociedad sana y productiva. Estas y otras campañas caminaron, inicialmente, por separado al dirigirse a problemas concretos que, en otras épocas, habían sido atendidos de forma desigual por instituciones benéficas y caritativas. Gracias a los congresos nacionales e internacionales, principales orientadores y difusores de las nuevas propuestas médico-sociales en estas materias, la lucha contra la mortalidad infantil y contra la tuberculosis fueron encontrando nexos de unión. Así ocurre con la atención que van a prestar a la educación como instrumento de aprendizaje de conductas más higiénicas y morales, y con la defensa de la caridad como método de lucha y de consecución del equilibrio social burgués. Dejaron constancia, asimismo, de los deficientes recursos técnicos, humanos y materiales disponibles para corregir los factores socio-económicos que afectaban a las probabilidades de supervivencia de los menores y que incidían sobre la letalidad de la tuberculosis. Y, como no cabía de otra forma, terminarán por responsabilizar al individuo o a sus progenitores de la enfermedad y la muerte. La incultura, la desidia, las malas costumbres, la suciedad, la miseria y la inmoralidad individual y/o familiar serán los primeros factores contra los que se luchará desde la escuela, las asociaciones femeninas, la iglesia o las organizaciones obreras, siempre bajo la tutela de los preceptos de la medicina social.

Estas mismas campañas apostarán por acciones más directas, incluso represivas, sobre la población de riesgo. El espacio médico deja de ser el tradicional hospital, el asilo o la maternidad-inclusa. El nuevo espacio médico busca la proximidad a la población para actuar con más rapidez y eficien-

cia en caso de brotes de enfermedades infecciosas y para desplegar sus acciones preventivas<sup>3</sup>. Su objetivo médico-social será la conjunción de la previsión social y la prevención. Para alcanzar su propósito se crearán los Consultorios de lactantes, la Gota de Leche, los Dispensarios y Sanatorios antituberculosos y las Casas de Socorro. Desde estas instancias, la medicina social curará, educará sobre el concepto de "salud" individual y colectivo, inducirá a adoptar conductas y formas de vida "burguesa", y actuará en favor de la racionalización y disciplinamiento social de las clases populares<sup>4</sup>.

En esta labor el cuerpo facultativo contará con el respaldo de las autoridades políticas del país, interesadas en la normalización social a partir de unos parámetros, en apariencia, científicos. La ascendente intervención del Estado, sobre todo durante la II República, en la organización y subvención de estas campañas socio-sanitarias facilitó su difusión en todas las provincias. En la misma línea se fueron configurando otras campañas que, a la postre, se complementarán. Este es el caso de las campañas antialcohólicas y prolactancia materna, de la difusión del discurso de la domesticidad femenina, los mensajes médico-sociales ligados a la Maternología y el movimiento pro-higiene mental<sup>5</sup>. El alcance nacional de todas estas campañas y movimientos propició que en Pamplona se pusieran en marcha al mismo tiempo y siguiendo las directrices emanadas por las instituciones político-sanitarias del Estado.

### **La lucha antituberculosa en Pamplona en el primer tercio del siglo XX**

Al iniciarse el siglo XX Pamplona era, dentro de Navarra, el núcleo de mayor importancia industrial, comercial y de servicios y era, además, el centro organizador e integrador del espacio regional. No obstante, en ella convivirán modernidad y tradición, triunfalismo y sensación de atraso e inmovilismo. A pesar de ser una ciudad poco industrializada, registra unos niveles de mortalidad que se moverán entre el 36 por mil de 1900 y el 21 por mil de 1935, cifras superiores a una media nacional que no superó nunca el 25 por mil en ese mismo periodo<sup>6</sup>. La consiguiente alarma social y médica que estas cifras generaron, conduci-

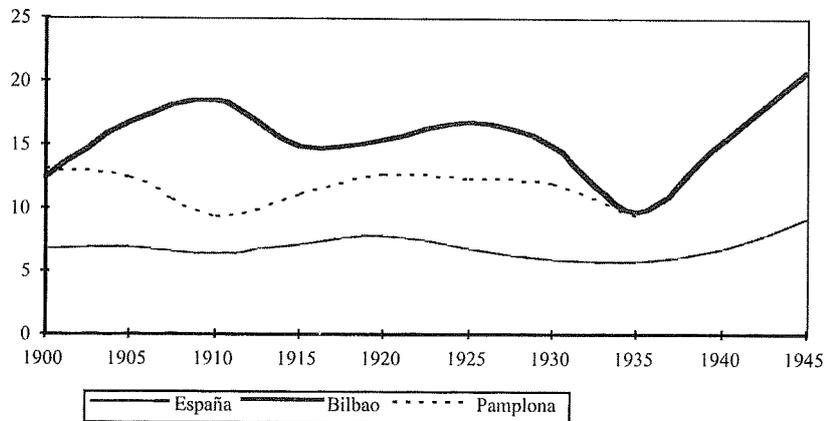
rá a que los médicos e higienistas navarros reclamen cambios progresivos en todos los aspectos de la vida privada y pública de la capital<sup>12</sup>. En sus trabajos, más que en el factor climático, al que no se desestimó, se insiste en otra serie de factores como la falta de conocimientos y de métodos preventivos eficaces contra las enfermedades infecto-contagiosas, o en las pésimas condiciones de vida y trabajo de la mayoría de la población (hacinamiento y subalimentación). También se criticará el déficit crónico de viviendas para los obreros, la carestía de los alquileres, las deficientes infraestructuras sanitarias, el modelo de viviendas con una ventilación y aireación inadecuadas, así como la suciedad y las malas costumbres privadas. Por último, se cuestionarán los médicos navarros la escasez de centros asistenciales y de sanación específicos para niños y tuberculosos.

Un médico especialmente sensibilizado con el problema de la vivienda de Pamplona fue A. Lazcano, quien insiste en que la higiene de las viviendas y de sus moradores requiere un compromiso de los agentes económicos y políticos y de los propios implicados con las propuestas de los médicos. El desinterés, la ignorancia y la búsqueda del beneficio económico en torno a la vivienda y su conservación agravaban la miseria, la enfermedad, el desorden y la inmoralidad de quienes residían en habitaciones insalubres. No solo la salud se ve afectada por estas

deficiencias, también la propia familia desde el momento en que "muchos ciudadanos sea por costumbre ó por no habitar en viviendas higiénicas, se van a a la taberna, café, casino, permaneciendo más tiempo en estos lugares que en su habitación"<sup>11</sup>.

La campaña antituberculosa hay que integrarla dentro de esta corriente médico-social navarra que también estuvo presente en la divulgación y concienciación de la lactancia materna como método preventivo de la mortalidad infantil<sup>13</sup>, de la educación como instrumento de higiene física y moral de la sociedad, y del valor de la salud para conseguir una nación numerosa y fuerte. En este sentido hay que entender los estudios, desde puntos de vista muy distintos, sobre la tuberculosis y el recurso a emplear cuantos cauces fueran posibles para la divulgación y popularización de sus contenidos<sup>14</sup>. Semejante confluencia de intereses y mensajes fue posible por el reconocimiento de que la clave de la salud y del orden social se hallaba en las condiciones de vida de la población. Obviamente, el reto que se abría implicaba una transformación a medio y largo plazo de toda la sociedad pamplonesa, no bastaba con el buen hacer de médicos y autoridades<sup>3</sup>.

Tal y como se apuntó, la tuberculosis fue la enfermedad de mayor prevalencia en España hasta mediados del siglo XX. Como se aprecia en la figura 1, su contribución a



**Figura 1.** Proporción de defunciones por tuberculosis respecto del total de defunciones en España, Bilbao y Pamplona (1900-45)\*.

\* Fuente: los datos de España y Pamplona proceden de los Movimientos Naturales de Población (M.N.P.) Bilbao<sup>23</sup>.

la mortalidad general se mantuvo constante, marcando un repunte en los primeros años de la postguerra española. Al igual que en el resto de España, la causa de muerte más importante en Pamplona fue la tuberculosis<sup>15</sup>. A esta misma conclusión llegó P. Hauser en su observación de las condiciones sanitarias de Navarra a comienzos de este siglo: "No obstante, las tifoideas suelen presentarse en la parte alta de la provincia; el paludismo, sólo en la ribera del Ebro, y la tuberculosis en la capital"<sup>16</sup>.

Según los cálculos de P. Hauser, Pamplona tenía un 14,34% de tasa de mortalidad específica por tuberculosis a comienzos del siglo XX, situándose entre las ocho capitales de provincia más afectadas por esta enfermedad infecciosa. Esta cifra específica de la tuberculosis a primera vista es muy elevada, por lo que conviene cotejarla con las obtenidas en otras fuentes. Realizado el vaciado uninominal de las partidas de defunción de los años 1906 y 1931 del Registro Civil y extraídas las cifras pertinentes de los Movimientos Naturales de Población (Fig. 1), se comprueba que la frecuencia con que hace su aparición la tuberculosis en Pamplona gira

en torno al 12% del total de sus defunciones, si bien en el Hospital Provincial de Navarra se alcanzaban niveles por encima del 15%. Este valor, como resulta evidente, supera al 5-7% sobre el que se mueve la mayoría del país y no es tan distante del que puede encontrarse en otras ciudades especialmente sacudidas por esta dolencia. De entre las tuberculosis, la tuberculosis pulmonar será la afección específica más letal de Pamplona al mantenerse dentro de una banda de fluctuación entre el 7% y 9% del total de defunciones (Tabla 1). El resto de tuberculosis se moverán entre el 2% y el 4% del total de los decesos de la capital. En este grupo mal definido de "otras tuberculosis", las más habituales son las meningitis tuberculosas y las tuberculosis generalizadas, lo cual se explica por el predominio en Pamplona de las enfermedades ligadas al aparato respiratorio.

En la tabla 1 se recoge la proporción de las defunciones por tuberculosis pulmonares y no pulmonares a lo largo del primer tercio del siglo XX. De sus datos se desprende como principal conclusión la estabilidad de la letalidad de la tubercu-

**Tabla 1.** Mortalidad proporcional por tuberculosis pulmonares y otras tuberculosis entre 1900 y 1933 en Pamplona\*.

Año	TBC pulmonar	Otras TBC	Año	TBC pulmonar	Otras TBC
1900	8,08	5,05	1914	8,31	2,21
1901	8,54	3,42	1915	8,33	2,66
1902	6,9	4,29	1916	8,01	3,02
1903	10,89	3,78	1917	8,8	3,87
1904	9,44	5,87	1924	9,34	2,42
1905	8,92	3,43	1925	8,94	3,29
1906	7,81	5,41	1926	7,57	3,05
1907	9,09	4,2	1927	9,08	1,93
1908	7,77	2,67	1928	9,38	1,94
1909	7,11	3,56	1929	7,93	2,22
1910	7,03	2,27	1930	8,97	2,99
1911	8,34	2,52	1931	8,17	2,07
1912	7,35	3,68	1932	7,84	2,58
1913	10,15	4,31	1933	6,95	2,28

\* Fuente Movimientos de Población. Estos no registran las causas de muerte por capitales de provincia en 1918-1923 y 1934-1954.

losis pulmonar y el progresivo retroceso del resto de tuberculosis. Entre las razones de este desigual proceder pueden hallarse las dificultades para dar un diag-

nóstico adecuado y la preferencia por otros diagnósticos, como el de bronquitis o bronconeumonías, por presiones sociales o familiares.

Asimismo, hemos observado en el Registro de enfermedades infecciosas del Ayuntamiento de Pamplona (1914-44), que desde 1926, aunque la morbilidad por tuberculosis no pulmonar es estable, su mortalidad desciende hasta el 30% de los registrados como enfermos, hecho que no sucede en las tuberculosis pulmonares, por cuanto se llevaba en torno al 75% de los afectados. La alarma médico-social se centrará, por todo ello, sobre la tuberculosis pulmonar, verdadera lacra social y médica en Pamplona.

Con el inicio del siglo XX y bajo la supervisión del Gobernador Civil, se puso en marcha la campaña antituberculosa navarra dirigida, sobre todo, a evitar los altos niveles de contagio<sup>17</sup>. En ella se hacía hincapié en la importancia de la colaboración de todas las partes y, en especial, de las familias<sup>18</sup>. Era en el seno familiar donde se registraban la mayoría de los contagios y defunciones, pero lograr la cooperación de las familias era una tarea ardua y a medio y largo plazo. Para actuar de forma directa en ellas, se recurrió a personal especializado como las enfermeras visitadoras y los médicos de la beneficencia municipal, al desarrollo de la Gota de Leche (final s. XIX), las colonias escolares (1913), las colonias para obreras (El Pueblo Navarro, 1926), el Consultorio para niños (1928), las colonias escolares de la Caja de Ahorros de Navarra (1934), el Dispensario de Higiene Infantil (1934) y el Dispensario Antituberculoso (1935), y se adoptaron medidas municipales para controlar la calidad de los alimentos y, en particular, de la leche de vaca<sup>19</sup>. En todos los casos, además del tradicional aislamiento, el reposo y una alimentación más equilibrada, la acción se centró en la vigilancia, prevención y educación sobre la tuberculosis de los grupos de edad (de 15 a 39 años), sexo (mujeres) y mayor sensibilidad a la enfermedad<sup>20,21</sup>. Entre los consejos profilácticos más reiterados destacaremos el uso de la escupidera o de trozos de papel para depositar los esputos y la tos emitida por el tuberculoso y el control o reducción del consumo de alcohol.

La vinculación entre el alcohol y la tuberculosis era un hecho reconocido y extendido entre la clase médica española.

Su relación se producía a través de la pérdida de defensas del cuerpo que incrementaba de esta forma la receptividad del bacilo tuberculoso. La tuberculosis era una enfermedad social íntimamente unida a la pobreza y a un estilo de vida que compartían las clases populares –incultura, inmoralidad, más vida en la calle que en el hogar y alcoholismo–. En este terreno la mujer, como madre y esposa, va a cumplir una función central. En sus manos estaba higienizar y moralizar a la familia. Sobre esta perspectiva se articularon las campañas antituberculosas y antialcohólicas. Estas campañas se convertirán en un instrumento de acción social capaz de modificar a largo plazo ciertos hábitos y prácticas antihigiénicas y antisociales.

Contrasta este interés médico-higienista con la actitud de las Juntas de Sanidad Local de Pamplona, que dedicaron mayores esfuerzos al control del sarampión, la viruela, las tifoideas o las gastroenteritis, y con muchas prácticas diarias como las que se indican en el Registro de Enfermedades Infecciosas del Ayuntamiento de Pamplona (1914-44). En él, los médicos de la beneficencia municipal denunciaban la morbilidad y mortalidad que se producía en las residencias familiares por enfermedades de obligada declaración, a la vez que adoptan como medidas conjuntas para todas esas dolencias infecciosas “la desinfección de ropas y habitación, y el blanqueo”. Así pues, no se puede pasar por alto que la lucha contra la tuberculosis se enfocó, en la práctica, no como “una obligación social del Estado, sino como una obra de beneficencia particular en la que el Estado ejercía un papel tutelar”<sup>22</sup>; que las intenciones de las campañas no siempre coincidían con los medios empleados y con la preparación facultativa pertinente; que, a pesar de tener alfabetizada Pamplona cerca del 60% de su población, en ella no había terminado de calar el mensaje de la campaña antituberculosa ni se sentía informada ni concienciada de la importancia de la salud; y que las dificultades para diagnosticar acertadamente y de forma precoz la tuberculosis, y la naturaleza estigmatizante que había adquirido en la sociedad pamplonesa, facilitaron la ocultación de numerosos casos. En este sentido, muchas

familias se resistían a que alguno de sus miembros pudiera ser declarado como tuberculoso y presionaban sobre el médico para que al producirse la defunción quedara registrado como deceso por catarro pulmonar, congestión pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, gripe, etc. Este subregistro ya se ha comprobado y estimado en una quinta parte, por ejemplo, para Bilbao o para Valladolid<sup>23,24</sup>.

A pesar de todo lo expuesto hasta aquí, en Pamplona fueron innegables los pasos que se dieron en la lucha contra las enfermedades infecciosas a lo largo del primer tercio del siglo XX, aunque no fueran suficientes ni plenamente satisfactorias. Si en el origen exógeno de la enfermedad los médicos navarros estaban bastante de acuerdo, no lo estaban tanto cuando se hablaba de soluciones preventivas y curativas. En esta lucha antituberculosa habrá quienes aboguen por la detección y el aislamiento de los afectados en sanatorios especializados, ayudando con ello a la inauguración en 1932 del Sanatorio Antituberculoso Ntra. Señora del Carmen, y quienes hagan mayor hincapié en la prevención del desarrollo del bacilo tuberculoso a través del control y mejora de las condiciones de vida y trabajo<sup>25</sup>. Todo ello carecería de eficacia si antes no se conseguía hacer entender que la solución a este problema no era responsabilidad ni de los médicos ni de las autoridades, sino de las familias y, dentro de ellas, de la mujer.

Con el análisis del lugar en el que se registró la defunción del tuberculoso se comprenderá mejor la aludida falta de consenso en materia preventiva y la evolución de una política antituberculosa que no terminaba de encontrar su camino. En principio, las partidas de defunción de 1906 y 1931 registran muy pocos decesos tuberculosos fuera de la residencia familiar, en tanto el Registro de enfermedades y defunciones ocurridas en los establecimientos de beneficencia (1914-31) y el Registro de Enfermedades Infecciosas (1914-44) del Ayuntamiento de Pamplona apenas marcan diferencias reseñables entre el número de finados en centros asistenciales (Hospital, incluida y Sanatorio de Pedrosa) y en residencias particulares. La deficiente anotación del

origen o lugar de residencia del deceso tuberculoso en los centros benéfico-asistenciales cuestiona los datos de los registros anteriormente citados como válidos para analizar la frecuencia e incidencia de la tuberculosis en Pamplona. Sin embargo, y tras el cotejo de todas estas fuentes, no es muy probable que los decesos por tuberculosis de residentes en Pamplona superen el 30% del total de defunciones tuberculosas de los centros benéfico-asistenciales. Asimismo, parece indudable que el ingreso en los sanatorios y el Hospital Provincial no era la tónica general, era sólo una opción. Se apostó antes por prevenir y curar en las residencias habituales que por la reclusión en centros especializados.

Dejando a un lado las razones económicas y las limitaciones de la red asistencial, la preferencia por fallecer en los hogares quedará también afectada por la propia decisión del enfermo y/o su familia, que le acoge y protege en secreto, por la tradición cristiana, y porque en los primeros congresos nacionales antituberculosos no se insta a que cuando el proceso morboso está a punto de desencadenar la muerte, ésta se produzca en los sanatorios o en los hospitales creados al efecto. En tales congresos únicamente se "aconseja la perseverante creación de cuantas instituciones sirvan para prevenir o remediar el mal, tales como dispensarios, jardines de convalecientes, sanatorios, hospitales especiales o salas de aislamiento; toda vez que aquellas sirven unas para evitar el mal lográndose en las otras que sea este lo más inofensivo para el enfermo, para la familia y para la sociedad"<sup>26</sup>.

La situación a lo largo del periodo estimado mantuvo constantes los rasgos esenciales del "modelo" de fallecimiento por tuberculosis en la capital navarra: ausencia de tratamiento específico y de medidas preventivas eficaces; descoordinación entre los responsables políticos y médicos; alto nivel de contagio, sobre todo en el seno familiar; desarrollo bastante homogéneo de la enfermedad durante todo el año, basculando suavemente hacia los meses invernales en los casos de tuberculosis pulmonar y mayor vulnerabilidad de las edades adultas por

su constante exposición a los factores causales. Este modelo no es del todo aplicable a la provincia, ya que su tasa de mortalidad por tuberculosis era del 7,4% a comienzos de siglo y del 5,5% en 1935, por lo tanto la mitad que la de Pamplona. En consecuencia, a pesar de una pronta reacción de los responsables del estado de salud de Pamplona, las medidas adoptadas fueron genéricas y poco novedosas respecto de la tradición preventiva anterior, por lo que terminaron siendo ineficaces e insuficientes. No se atajaron los problemas de base: miseria, insalubridad y hacinamiento, por lo que la tuberculosis siguió siendo la primera causa de muerte.

Nos hallamos ante una Pamplona en la que el dinamismo industrial y el aumento de los flujos inmigratorios se van dejando notar a partir del inicio de las obras del segundo ensanche (1920); en una ciudad en la que va creciendo entre las autoridades políticas y económicas la sensibilidad por las cuestiones higiénico-sanitarias, y en la que se va percibiendo un cierto control sobre las defunciones de los menores de diez años y sobre algunas enfermedades infecciosas. Sin embargo, en esa misma Pamplona la lucha antituberculosa no ha hecho más que esbozarse. Los primeros pasos en firme en esta lucha casi sin cuartel contra la tuberculosis no llegan hasta finales de 1931. Desde entonces se inicia una campaña de divulgación en la Hoja Sanitaria Provincial, dependiente del Instituto de Higiene de Navarra, de la primera vacuna antituberculosa con cierta eficacia (BCG) si se aplicaba en los quince primeros días de vida de un niño. A finales de 1934 se reorganiza la asistencia a los enfermos tuberculosos y sus familias con la creación de los nuevos Dispensarios Antituberculosos, que dependerán de las directrices emanadas de la Dirección General de Sanidad. Con la inauguración del Dispensario Antituberculoso Central de Navarra (Pamplona) en diciembre de 1935 se difundirá la vacunación con BCG y se contará con una institución competente y encargada "del enfermo al que guiará constantemente por el camino recto y seguro hacia su curación".

## HACIA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Superada la Guerra Civil entramos en España en una primera etapa cargada de penuria, frustración y sufrimiento, que dio paso a una posterior caracterizada por una progresiva industrialización, urbanización y mejora de la sanidad. Navarra y Pamplona experimentarán esas mismas fases. La continuación de las obras del segundo ensanche pamplonés, el impulso de ciertas industrias modernas o las progresivas transformaciones de la agricultura ayudaron a impulsar el crecimiento de Pamplona, los flujos inmigratorios y su papel rector en la provincia. Desde el punto de vista epidemiológico también se irán produciendo avances notables sobre el control de enfermedades infecciosas como las fiebres tifoideas, meningitis, viruela, sarampión, difteria, septicemias y, claro está, tuberculosis.

El punto de partida será la legislación republicana, a partir de la cual se promulgará en 1939 la Ley de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso y en 1944 la Ley de Bases de la Sanidad Nacional. En esta legislación no se incluyen novedades reseñables. Los dispensarios, sanatorios, hospitales y consultorios públicos y privados siguen siendo los pilares de la red médico-asistencial y los puntos de referencia obligada para iniciar cualquier campaña sanitaria. El empeoramiento de las condiciones de vida y de trabajo durante la postguerra y el incremento de la morbilidad y mortalidad, sobre todo de las enfermedades infecciosas, condujo a intensificar las campañas antivenéreas, antituberculosas y proinfancia. La eficacia de esta reglamentación hubiera quedado en entredicho de no ser por el desarrollo de la red médico-asistencial nacional y provincial, el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942) y por los importantes avances en el campo de la medicina. Los primeros quimioantibióticos antituberculosos empleados serán PAS (1949), estreptomycinina e INH (1952). Con el empleo de estos fármacos cambió radicalmente el panorama de la tuberculosis como puede observarse en el tabla 2. Se iniciaba así en los años cincuenta una nueva andadura en el control efectivo de la tuberculosis a nivel nacional.

**Tabla 2.** Mortalidad proporcional por tuberculosis pulmonar en varias ciudades españolas y en España (1900-94)\*.

Años	Bilbao	Madrid	Barcelona	Sevilla	Granada	Valladolid	Vitoria	Pamplona	España
1900	10,1	5,72	6,67	12,3	3,73	4,88	7,7	8,08	4,3
1910	14,6	11,3	9,14	12,16	4,6	7,78	9,98	7,03	5,1
1925	12,8	9,9	8,4	14,02	8,62	8,23	7,57	8,94	5,5
1930	12,2	9,2	8,57	13,12	6,5	7,43	5,84	8,97	4,7
1935									4,5
1940									5,5
1945									7,4
1950									7,7
1955	4,3	3,57	2,04	5,24	3,4	3,36	3,48	3,85	3,1
1960	3,82	2,44	2,14	5,83	3,4	2,42	0,9	2,71	2,6
1965	2,96	1,76	1,42	4,67	3,66	2,08	0,75	2,2	1,9
1970	1,55	0,92	0,71	1,36	1,54	0,77	0,27	1,33	1,1
1975	0,84	0,62	0,82	1,58	0,61	0,84	0,86	1,43	0,8
1980	0,57	0,45	0,23	0,73	0,25	0,31	0,16	0,52	0,5
1987	0,48	0,22	0,29	0,45	0,3	0,1	0,18	0,23	0,2
1990	0,23	0,16	0,3	0,48	0,14	0,27	0,15	0	0,2
1994	0	0,13	0,17	0,25	0,04	0,21	0,14	0	0,1

\* Fuente: Movimientos Naturales de la Población.

En Pamplona se aplicaron las mismas medidas curativas y preventivas apuntadas. El resultado fue francamente positivo, ya que su mortalidad por tuberculosis pulmonar quedó en unos niveles similares en 1955 a los de otras ciudades cuyo punto de partida, a comienzos de siglo, había sido más favorable o de aquellas otras (Madrid, Barcelona o Bilbao) en las que los medios y recursos para la lucha antituberculosa se incorporaron con cierta anticipación (Tabla 2). Este mismo progreso se dio también en la mortalidad por tuberculosis no pulmonar. Junto a la introducción de los nuevos fármacos antituberculosos y la penicilina (1941), se adecuó y completará la red médico-asistencial de Pamplona y Navarra con el Ambulatorio General Solchaga, el Edificio de Caracol del Hospital Provincial (1947) y las clínicas privadas de S. Juan de Dios y San Fermín.

En esta misma década de los cincuenta se detectaron otra serie de cambios cualitativos que afectaron tanto a la valoración de la ciencia médica como a la de las enfermedades infecciosas. La espectacular capacidad curativa de la medicina aplicada a la tuberculosis ayudó a que el propio

enfermo y/o su familia modificaran una actitud que se había caracterizado por la total ocultación de cualquier síntoma tuberculoso, en favor de una predisposición básica para acudir a un médico o, directamente, al Dispensario Antituberculoso. La confirmación de lo que parecía una sospecha representaba un verdadero drama para la familia, no sólo por sus efectos sobre el nivel de vida, sino también por el estigma social que se le imponía. Como muy bien recuerda uno de los responsables del Sanatorio Antituberculoso de Navarra, el doctor J. Martínez Muñoz, una de las principales preocupaciones de los enfermos cuando se les ingresaba eran las reacciones de la familia, del círculo de amistades, del vecindario y del lugar de trabajo. Las elevadas probabilidades de curación que se alcanzaban en el Sanatorio, aplicando los nuevos métodos terapéuticos, animaron al ingreso de los enfermos en el Centro, pero no solventaron el grave problema de su reinserción social y laboral. Los párrocos en unos casos, los médicos y enfermeras visitadoras en otros, cumplieron un papel fundamental a la hora de explicar que el enfermo dado de

alta ya no era un peligro, no era un excluido o un marginado. Desde que recuperaba su condición de sano, también volvía a ser un buen vecino, trabajador y miembro de la familia.

El éxito de los nuevos tratamientos y fármacos redujo la letalidad de la tuberculosis en el Sanatorio hasta lograr que no se produjeran defunciones en algunos años, a la vez que se prolongaban las estancias y la enfermedad se iba haciendo crónica. Un descenso tan pronunciado como el descrito no volverá a repetirse, por lo que se empezó a tener la sensación de que "el bacilo parece como si hubiera aprendido a defenderse", neutralizando todos los esfuerzos médico-sociales. No parece ser ésta la opinión de J. Martínez Muñoz, para quien también intervinieron una serie de condicionantes externos. Recuerda las tensiones y discrepancias entre los responsables del Ministerio de la Gobernación (responsable de la lucha antituberculosa) y del Ministerio de Trabajo (responsable de la asistencia médica y tratamiento de los enfermos acogidos en la Seguridad Social) en asuntos como las partidas destinadas a la lucha antituberculosa, la emisión de recetas o la disponibilidad de medicamentos. Estas tensiones quedarán resueltas en 1978 (R. D. 2121/1978, de 22 de agosto) y 1979 (Circular 6/79, de 30 de enero del INSALUD), cuando asume todas las responsabilidades el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977). Apunta, asimismo, la limitada valoración de los médicos del Patronato Antituberculoso, en la práctica los verdaderos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, por cuanto se hará recaer sobre los médicos generalistas este tipo de funciones y responsabilidades. Por último señala la limitada información y concienciación de los enfermos y médicos sobre la importancia de terminar los tratamientos tal y como fueron establecidos por las autoridades competentes en la materia, aunque se hubiera observado una mejoría notable en el paciente.

Las medidas gubernamentales dirigidas a encauzar la lucha antituberculosa recibieron un nuevo impulso con la puesta en marcha del Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis (1965) y la difusión

de una medicina que primaba la promoción de la salud sobre la curación, es decir, "el objetivo de la medicina es la salud, no sólo la enfermedad"<sup>26</sup>.

Por su parte y dentro de este Plan, el Instituto de Sanidad de Navarra optará en 1965 por la "lucha profiláctica pura". De esta forma, se hará un empleo masivo del test de la tuberculina, de la vacuna BCG, del radiodiagnóstico y la quimioprofilaxis. La razón aducida para la práctica de esta modalidad de campaña se hallaba en la baja letalidad de la tuberculosis en comparación con otras provincias y capitales, aunque "desde 1956 no se modificara la tasa de morbilidad". Es así como los tradicionales factores socio-económicos causantes de la enfermedad seguirán interviniendo sobre la frecuencia de la morbilidad, en tanto que la letalidad de la tuberculosis quedará mediatizada por la eficacia de las acciones preventivas, por las mejoras en los diagnósticos, la expansión de los sanatorios (en 1960 se contabilizaron en España 70 sanatorios, pasando en 1970 a 41 sanatorios) y, sobre todo, por los nuevos medicamentos<sup>27</sup>. El objetivo de la intensificación de la campaña antituberculosa será, en consecuencia, "el hombre sano que se ignora enfermo" y al cual se puede tratar en "régimen de ambulatorio, sin que le hagan sentirse enfermo, ni que le separen de su medio habitual con consecuencias sociales serias"<sup>28</sup>.

Para detectar a esos enfermos ocultos, considerados tan peligrosos para la comunidad como los tuberculosos declarados, se trabajará con los medios de detección disponibles, primero en los niños y, más tarde, en el conjunto de la población. Era imprescindible para tener éxito no solo la colaboración de los médicos e instituciones, sino de todas las partes implicadas directa o indirectamente. No se reclamaba una actuación centrada en la denuncia de los enfermos, como ya se había hecho, sino un mayor protagonismo en la divulgación y educación de la prevención de riesgos de enfermar/morir. Pero para prevenir, se debía conocer el número real de enfermos de tuberculosis. Todavía en 1975 se llamaba la atención sobre "el elevado porcentaje de causas de muerte registradas como causas de muerte mal definidas (un

tercio)", y en 1976 sobre la duplicidad del registro de los enfermos al ser atendidos en varios centros "dada la longitud en el tratamiento"<sup>29</sup>. A estas limitaciones hay que sumarle el deficiente control del lugar de residencia, de tal manera que las ciudades que concentran, como Pamplona, los servicios antituberculosos ven sobredimensionada su estadística de enfermos y fallecidos. En suma, al término de la década de los setenta todavía no se habían superado ciertas creencias sobre la naturaleza vergonzante de la tuberculosis, cuando ya se contaba con medios para su curación.

Si examinamos la mortalidad proporcional por tuberculosis pulmonar de la tabla 2, veremos que entre 1965 y 1970 el éxito sobre la mortalidad vuelve a demostrar la eficacia de las políticas antituberculosas que marcan con claridad unos objetivos y que emplean recursos concretos de forma sistemática y generalizada. El retroceso experimentado, no obstante, varía su intensidad dependiendo de la evolución seguida entre 1955 y 1965. Es decir, ciudades como Sevilla, Barcelona, Valladolid, Bilbao o Granada, en las que se ralentizó el control de la mortalidad en esa década, ven que en sólo cinco años cae hasta en un 50% el número de decesos. Por su parte, Vitoria es un caso particular por cuanto en 1960 ya cuenta con unos niveles muy bajos de mortalidad por tuberculosis, dificultando con ello mayores recortes. En Pamplona, que es nuestra ciudad de referencia, no se perciben con la misma nitidez los efectos de la campaña antituberculosa iniciada en 1965. La excesiva concentración de los recursos y centros médicos, la intensificación de la inmigración<sup>30</sup>, las deficiencias en las declaraciones<sup>31</sup>, etc., siguen siendo factores que explican parcialmente la lentitud de la caída de su mortalidad por tuberculosis pulmonar<sup>32</sup>.

A pesar de que en 1990 la proporción de defunciones por tuberculosis pulmonar es nula en Pamplona, la Comisión de Tuberculosis de Navarra sigue definiendo a esta enfermedad como "un problema de salud pública", porque su incidencia sobre la población no ha desaparecido. En 1993 entraron en vigor las Normas para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en

Navarra. En ellas se ha potenciado una mayor comunicación entre los médicos y epidemiólogos con el fin de establecer criterios comunes en el tratamiento y conocimiento de los cauces de contagio y la quimioprofilaxis. En ese mismo año se observó que la incidencia de la tuberculosis en Navarra era menor que en otras Comunidades Autónomas y que en la media nacional, si bien comparte con ellas los principales factores de riesgo: ser emigrante, permanecer en una institución cerrada, como la cárcel<sup>33</sup>, y estar afectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH+).

Una de las últimas medidas oficiales adoptadas en materia de prevención en Navarra hace referencia a la política de vacunación llevada a cabo hasta ahora. La vacunación sistemática de los recién nacidos con BCG se ha defendido como método de prevención hasta la entrada en vigor en Navarra del Protocolo de Tuberculina del Programa de Salud del Niño Sano (1994). En él se establece la realización de controles tuberculínicos a los niños nacidos a partir de 1993 a las edades de dos y seis años. Con este nuevo proceder se detectará, igualmente, a los infectados y la prevalencia de la infección<sup>34</sup>. En suma, la lucha contra la tuberculosis sigue hoy por hoy abierta.

## CONCLUSIÓN

Hemos podido advertir que la tuberculosis ha experimentado a lo largo del siglo XX un retroceso cuantitativo más acelerado que cualitativo. Al ser la causa de muerte infecciosa más importante hasta fechas recientes, en el imaginario colectivo ha perdurado la repulsa, el miedo, la incompreensión hacia todo lo que ha rodeado a esta enfermedad. La permanente relación que se ha hecho entre la tuberculosis y la pobreza, la suciedad, la industrialización-urbanización y la subalimentación, no han logrado que pierda sus connotaciones estigmatizantes. Desde el punto de vista médico e institucional ha dejado de ser un problema de salud pública de primer orden, y su puesto lo han ocupado otras enfermedades para las que la medicina no ha encontrado fármacos tan resolutivos en

su momento como el PAS, Estreptomina, INH, etc. Nos referimos, en particular, al SIDA.

La lucha contra la tuberculosis es un buen ejemplo de la puesta en funcionamiento de numerosos y variados recursos humanos y técnicos en torno a un problema de pérdida de salud potencialmente colectivo. Las acciones adoptadas llegarán a movilizar a políticos, médicos, fuerzas económicas, maestros, sindicatos, cooperativas y prensa. La participación activa de todos estos grupos fue un hecho en Pamplona, como también lo fue en la mayoría de las capitales españolas. Resulta de gran interés comprobar como, a partir de la entrada en escena de los fármacos específicos antituberculosos, las diferencias entre las distintas ciudades se aminoran y los procesos de industrialización-urbanización, considerados factores de riesgo de contraer la enfermedad en otras décadas, pierden gran parte de su relevancia en favor de la capacidad organizativa de la red médico-asistencial. En consecuencia, la tuberculosis ha quedado como un problema médico, de solución menos social que médica.

#### *Agradecimientos*

Quiero agradecer aquí a D. José Javier Viñes y, especialmente, a D. Javier Martínez Muñoz todos los comentarios e información que me han aportado para poder cubrir algunas de las lagunas que han dejado las fuentes escritas desaparecidas. Sirva este trabajo de reconocimiento para todos aquellos que con su memoria histórica nos ayudan a conocer mejor nuestro pasado y presente.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Actas del I Congreso Nacional de Sanidad, 1934.
2. RODRÍGUEZ OCAÑA E, MOLERO MESA J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel L. (coord.), La salud en el Estado del Bienestar. Análisis histórico. Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina; Madrid; 1993; 2: 136.
3. Hoja Sanitaria de la provincia de Navarra, 21-1-1929.
4. MOLERO MESA J. Historia social de la tuberculosis en España, 1889-1936 (Tesis Doctoral microfichas). Universidad de Granada; 1989: 162.
5. HUERTAS R, CAMPOS R, ALVAREZ R. Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX. Historia Contemporánea, Universidad del País Vasco; 1997; 16: 54.
6. ANAUT BRAVO S. Mortalidad y política sanitaria y urbana en Pamplona. La mortalidad infantil y juvenil y sus causas (1880-1935). En: Universidad Pública de Navarra. Tesis (CD-Rom); Pamplona; 1998: 171-190 y 436.
7. GIL C. La maternidad. Pamplona, 1930.
8. HÚDER S. Desarrollo de Pamplona en los últimos cien años. Pamplona, 1935.
9. HÚDER S. Comunicación acerca del II Congreso Español Internacional contra la tuberculosis. Pamplona, 1913.
10. LAZCANO A. Higiene y salubridad públicas. Pamplona, 1903.
11. LAZCANO A. Plan general de higienización de las viviendas de Pamplona y medios de realizarlo en la práctica, 1909.
12. MONZON C. La mortalidad infantil en Pamplona. Pamplona, 1903.
13. ANAUT BRAVO S. Familia y maternidad: La lactancia en Pamplona (1900-35). En Actas del IV Congreso de Historia de Navarra, SEHN, Pamplona; 1998: 275-288.
14. Diario de Navarra, El Pueblo Navarro, El Pensamiento Navarro. Conferencias en las Escuelas Normales, en sindicatos como el Sindicato de Agremiaciones Católicas de Obreras de Pamplona y folletos como el del doctor JUARISTI, Por la salud, Ayuntamiento de Pamplona, 1922.
15. ANAUT BRAVO S. Mortalidad y política sanitaria y urbana en Pamplona. La mortalidad infantil y juvenil y sus causas (1880-1935). En: Universidad Pública de Navarra. Tesis (CD-Rom); Pamplona; 1998: 288.
16. HAUSER P. La geografía médica de la Península Ibérica. Madrid, 1913: 197.
17. Real Orden de 17-7-1904.
18. Diario de Navarra, 23-7-1904.
19. ANAUT S. Mortalidad y política sanitaria y urbana en Pamplona. La mortalidad infantil y juvenil y sus causas (1880-1935). En:

- Universidad Pública de Navarra. Tesis (CD-Rom); Pamplona; 1998: 154-164.
20. Registro de Enfermedades Infecciosas del Ayuntamiento de Pamplona (1914-44).
21. MOLERO MESA J. Historia social de la tuberculosis en España, 1889-1936 (Tesis Doctoral microfichas). Universidad de Granada; 1989: 1.
22. URKIA ETXABE JM. La tuberculosis. Cuadernos de Sección Ciencias Médicas, Euskalkuntza, 1992; 2: 146.
23. VILLANUEVA A. Historia social de la tuberculosis en Vizcaya, 1882-1958. Diputación Foral de Vizcaya. Bilbao, 1987.
24. RIERA J. Epidemiología y medicina social vallisoletana. Universidad de Valladolid, 1990: 50-53.
25. BAGUENA CERVELLERA MJ. La tuberculosis y su historia. Fundación Uriach. Colección Historia de Ciencias de la Salud, 1992; 3: 71-77.
26. Hoja Sanitaria del Instituto de Sanidad de la Provincia de Navarra, mayo de 1965.
27. SCHOFIELD R, REHER D. The decline of mortality in Europe. Clarendon Press, 1991: 105-116.
28. Hoja Sanitaria del Instituto de Sanidad de la Provincia de Navarra, junio de 1965.
29. Hoja Sanitaria del Instituto de Sanidad de la Provincia de Navarra, julio-agosto de 1975 y enero de 1976.
30. Hoja Sanitaria del Instituto de Sanidad de la Provincia de Navarra, abril de 1966.
31. Hoja Sanitaria del Instituto de Sanidad de la Provincia de Navarra, enero de 1966.
32. Hoja Sanitaria del Instituto de Sanidad de la Provincia de Navarra, a partir de 1976-77.
33. Diario de Navarra, 28-6-1998.
34. Boletín de Salud Pública de Navarra, diciembre de 1994.