

**POLÍTICAS SANITARIAS, PROFILAXIS MÉDICA Y CAMPAÑAS DE
VACUNACIÓN PARA CONTENER LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA EN EL
ESTADO SOBERANO DE SANTANDER 1857-1886**

DAYANA LUCIA LIZCANO HERRERA

**Universidad Industrial de Santander
Facultad de Ciencias Humanas
Escuela de Historia
Bucaramanga
2010**

**POLÍTICAS SANITARIAS, PROFILAXIS MÉDICA Y CAMPAÑAS DE
VACUNACIÓN PARA CONTENER LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA EN EL
ESTADO SOBERANO DE SANTANDER 1857-1886**

DAYANA LUCIA LIZCANO HERRERA

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Historia

**Director
LUIS RUBÉN PÉREZ PINZÓN
Magister en Historia**

**Universidad Industrial de Santander
Facultad de Ciencias Humanas
Escuela de Historia
Bucaramanga
2010**

CRÉDITOS UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER Y COLCIENCIAS

La presente investigación se enmarca dentro de las actividades académicas desarrolladas por la línea de Historia Política de la Maestría de Historia de la Escuela de Historia de la Universidad Industrial de Santander, la cual se encuentra, en cada una de las últimas cohortes, jalonada por el “Grupo de Investigaciones Históricas sobre el Estado-Nacional Colombiano”, dirigido por el Doctor Armando Martínez Garnica, registrado en COLCIENCIAS en categoría B.

Gracias a la continuidad de la colaboración de COLCIENCIAS y de la Universidad Industrial de Santander se han podido localizar, identificar y reproducir la mayor parte de fuentes históricas utilizadas en las investigaciones del grupo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1. PRECISIONES CONCEPTUALES: LA DOBLE CONCEPCIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX	15
2. CONCEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA VIRUELA	22
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS: LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA EN LA NUEVA GRANADA	29
3.1 LAS EPIDEMIAS DE 1782 Y 1802	30
3.1.1 José Celestino Mutis: Sus aportes en la contención de la viruela	35
3.2 PLAN PROFILÁCTICO Y CURATIVO DE LA VIRUELA	38
4. LA BATALLA CONTRA LA VIRUELA EN EL ESTADO SOBERANO DE SANTANDER	45
4.1 JUNTAS DE SANIDAD	50
4.2 LA HIGIENIZACIÓN DE LOS POBLADOS	55
4.2.1 Cementerios	58
4.3 DEL DEGRADO A LOS HOSPITALES DE VIRULENTOS	62
4.4 DE LA INOCULACIÓN A LA VACUNA DE JENNER	68
4.4.1 Inoculación o variolación	68
4.4.2 La vacuna y la inoculación de la vacuna	70
4.4.3 Vacuna: solución o riesgo (sífilis vacunal)	87
4.4.4 Jorge Lleras Parra: un veterinario en búsqueda de la vacuna	89
4.5 RECETAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA VIRUELA	90
5. EL GOBIERNO Y SU INTENTO POR MASIFICAR LA VACUNA PARA CONTENER LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA DE 1857, 1871, 1878 Y 1881	93
5.1 LA EPIDEMIA DE 1857	94
5.2 LA EPIDEMIA DE 1871	101
5.3 LA EPIDEMIA DE 1878	104
5.4 LA EPIDEMIA DE 1881	107
CONCLUSIONES	114
BIBLIOGRAFÍA	119
FUENTES PRIMARIAS	121

RESUMEN

TÍTULO: POLÍTICAS SANITARIAS, PROFILAXIS MÉDICA Y CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN PARA CONTENER LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA EN EL ESTADO SOBERANO DE SANTANDER 1857-1886*.

AUTOR: DAYANA LUCIA LIZCANO HERRERA**.

PALABRAS CLAVE: Viruela, Inoculación, Vacuna, Estado Soberano de Santander.

DESCRIPCIÓN:

Desde su aparición en el periodo colonial, en el territorio que hoy conforma Colombia, la viruela fue una enfermedad que generó un fuerte impacto social y político, por la capacidad de diezmar drásticamente la población y provocó secuelas irreversibles en quienes lograban sobrevivir. No obstante, son exiguos los estudios históricos que se han realizado sobre esta enfermedad y la respuesta de los actores encargados de contener su propagación y disminuir sus alcances. El presente trabajo de investigación histórica es un intento por identificar la política de salubridad pública orientada a prevenir y controlar la viruela en el Estado Soberano de Santander entre 1857 y 1886 a través del análisis de la reglamentación dictada por el Gobierno Central y el Estado Soberano. Es recurrente aclarar que el presente trabajo no es un estudio histórico de la enfermedad en sí, ni del impacto de sus consecuencias en las representaciones sociales o en el desarrollo material de las poblaciones. Sin embargo, la investigación contribuye a consolidar los estudios sobre salud pública porque reconoce las respuestas que los diferentes organismos y la población en general dieron a las epidemias de viruela, identifica la apropiación de los métodos enfocados a la contención y eliminación de la enfermedad y reconoce la resistencia a los mismos por parte de los diferentes sectores sociales.

* Tesis de grado: modalidad investigación.

** Facultad de de Ciencias Humanas, Escuela de Historia; Maestría en Historia. Director Luis Rubén Pérez Pinzón.

SUMMARY

TITLE: HEALTH POLICIES, MEDICAL PROPHYLAXIS AND IMMUNIZATION CAMPAIGN TO CONTAIN THE EPIDEMIC OF SMALLPOX IN THE SOVEREIGN STATE OF SANTANDER 1857-1886*.

AUTHOR: DAYANA LUCIA LIZCANO HERRERA**.

KEY WORDS: Smallpox, Inoculation, Vaccine, The Sovereign State of Santander.

DESCRIPTION:

Since its appearance in the colonial period in the territory that today makes Colombia, smallpox was a disease that generated a strong social and political impact, due to the capability to decrease the population drastically and because it caused irreversible sequels in those who survived. However, there are meager historical studies about this disease and the response of the actors in charge of containing its spread and reducing its scope. This historical research is an attempt to identify public health policy aimed at preventing and controlling smallpox in the Sovereign State of Santander between 1857 and 1886 through analysis of the regulations issued by the Central Government and the Sovereign State. It is appellant to clear that the present work is not a historical study of the disease itself or the consequences of their impact on social representations in the material development of the populations. However, the research contributes to strengthening public health studies because it recognizes the responses of different agencies and the general population gave the epidemics of smallpox, identifies the appropriation of methods aimed at the containment and elimination of the disease and recognize resistance to them by various social sectors.

* Graduation thesis: research.

** Faculty of Human Sciences, School of History, Master in History. Director Luis Rubén Pérez Pinzón.

INTRODUCCIÓN

La investigación histórica sobre las epidemias de viruela a partir del análisis de los indicadores demográficos, tasas de mortalidad y políticas públicas para contenerla, ha demostrado su impacto social en términos del amplio cúmulo de víctimas fatales que cobró alrededor del mundo o en función de una historia de las mentalidades dado el carácter siniestro de esta peste. Sin embargo, superada la modernidad, fue en los Estados con menor grado de desarrollo y con condiciones de insalubridad notorias, como los países de América Latina, que la viruela mató y deformó a miles de personas, dejando en quienes lograron sobrevivir penosas secuelas arraigadas en el miedo.

La fiebre, los dolores, la postración y la inmovilidad eran los primeros síntomas presentados por las persona contagiadas; a estos malestares le seguía la aparición en todo el cuerpo de manchas rojas sobre las que se formaban bolsas de materia infectada, la constante picazón que éstas producían hacían que el doliente se rascara y con ello dispersara la infección. Al reventarse las bolsas de materia, por proceso natural o acelerado por el enfermo, el liquido con aspecto y olor nauseabundo salía, provocando costras que con el tiempo cicatrizaban y dejaban huellas perdurables en quienes la padecieron. Entre las complicaciones más frecuentes de la viruela estaba la ceguera, resultado de la lesión en las corneas y el estallido de los globos oculares, al igual que las afecciones respiratorias y daños del sistema nervioso y renal, la mayoría de las veces irreversibles. En las víctimas mortales, la viruela condujo lentamente a una muerte que muchos llamaron pegajosa o apelmazada.

Si bien, la experiencia mostró que la viruela era contagiosa desde que el enfermo presentaba los primeros indicios de la sintomatología y al parecer los objetos que entraban en contacto con él eran igualmente agentes transmisores; el

desconocimiento parcial del origen de la enfermedad -de su etiología- y la dificultad para contrarrestarla desde las prácticas médicas, llevaron a las autoridades, antes y después del periodo colonial, a generar una serie de políticas sanitarias y asistencialistas cada vez que la amenaza de la enfermedad se hacía latente en los territorios que en la actualidad forman parte del Estado colombiano.

Por fortuna, el descubrimiento de la vacuna en 1798 por el médico inglés Edward Jenner fue una solución trascendental para menguar los alcances y posterior erradicación de la viruela en todo el mundo. No obstante, en la Colombia del siglo XIX difícilmente se obtuvo y masificó la sustancia vacuna, fueron varias décadas las que se debieron esperar para el perfeccionamiento de la misma y por ende para su desaparición definitiva. Sólo a partir de los años setenta del siglo XX esta enfermedad dejó de constituirse en un problema para la sociedad colombiana.

Desde el colapso del llamado periodo prehispánico, las sociedades latinoamericanas que terminaron configurándose como Estados a través de diferentes procesos históricos, estuvieron marcadas y asechadas por la viruela, enfermedad que no pudieron evadir las generaciones pasadas de la sociedad colombiana. Ésta y otras epidemias diezmaron drásticamente la población, fue así como varios cronistas e historiadores dieron cuenta de sus consecuencias desde su aparición hasta su eliminación en estos territorios, ante todo cuando superaba los umbrales epidemiológicos. No obstante, son pocos los trabajos que desde la historia se han realizado para comprender de manera más compleja y en diferentes periodos, la concepción y el impacto de la enfermedad, así como las medidas médicas, sanitarias y asistencialistas implementadas para contener sus alcances.

Entre estos trabajos cabe mencionar *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Nuevo Reino de Granada* de Renán Silva, y *Enfermedad y Sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen* de Marcelo Frías Núñez. Investigaciones que

buscaron conocer los alcances de la enfermedad y las medidas tomadas para su contención a través del estudio de dos fuertes brotes epidémicos que se presentaron en el periodo colonial en 1782 y 1802.

Sin embargo, no existen trabajos historiográficos que den cuenta de la viruela en otros periodos. Luis Rubén Pérez Pinzón en su proyecto de investigación *Regenerar la muerte: La política sanitaria en el Estado Soberano de Santander 1857-1886*, dedicó parte del tercer capítulo a mencionar aspectos relacionados con la viruela, la revolución microbiana y los hospitales para virulentos. Pero continúa siendo exigua la información que se tiene sobre esta enfermedad durante el Estado Soberano de Santander, espacio y periodo estudiado ampliamente por historiadores desde la política y la economía, pero en menor medida desde la salud pública, en especial, desde enfermedades que como la viruela, causaron estupor en la población por sus mortales y monstruosas consecuencias.

Por esta razón, el presente trabajo de investigación histórica intenta comprender la política de salubridad pública orientada a prevenir y controlar la viruela en el Estado Soberano de Santander entre 1857 y 1886, mediante el análisis de la reglamentación dictada por el Gobierno Central y el Estado Soberano. Es recurrente aclarar que el presente trabajo no es un estudio histórico de la enfermedad en sí, ni del impacto de sus consecuencias en las representaciones sociales o en el desarrollo material de las poblaciones.

Por consiguiente, el trabajo no consistió en realizar un estudio detallado respecto al número de víctimas, ni la caracterización de ellas o de los lugares en donde la población fue más susceptible al contagio. Básicamente se identificaron las medidas adoptadas por el Gobierno para mitigar los efectos de una enfermedad propia de países con bajo grado de desarrollo enmarcado en la idea occidental de progreso. Es claro que la ciencia, la tecnología y las mejores condiciones

ambientales con las que contaban los países con mayor desarrollo, fueron factores que facilitaron la rápida detención de la enfermedad.

Si bien, las políticas de Estado son el reflejo del ideal o del deber ser, distantes algunas veces del ser que concentra la materialización de las mismas; el estudio de las medidas del Gobierno para prevenir el contagio de la viruela y controlar sus nefastas consecuencias, permitió reconocer la actitud de los diferentes actores políticos, médicos y religiosos ante una enfermedad capaz de devastar pueblos enteros y de la cual según Renán Silva, desde el gran brote epidémico de 1802 ya el Estado se responsabilizó de su control, adoptando “medidas ilustradas” que marcaban el comienzo de una concepción moderna de salud pública. Las autoridades gubernamentales se mantuvieron alerta frente a la presencia de viruela, coordinando la aplicación de las prevenciones hasta el momento conocidas, estas medidas intentaron disminuir los agudos problemas sociales y económicos que se ocasionaban cuando estuvo en riesgo la fuerza productiva o dinámicas sociales.

Es significativo para la historiografía colombiana reconocer las repuestas que los diferentes organismos y la población en general dieron a una enfermedad que por la magnitud de sus consecuencias, generó gran estupor y pánico. Es importante observar la apropiación de métodos enfocados a la contención y eliminación de la viruela, al igual que la resistencia a los mismos, por parte de los diferentes sectores sociales.

El trabajo titulado *Políticas sanitarias, profilaxis médica y campañas de vacunación para contener las epidemias de viruela en el Estado Soberano de Santander 1857-1886*, muestra los antecedentes históricos de la enfermedad en el país y la región; centra su atención en las políticas adoptadas para contener los alcances de la enfermedad, las cuales han sido establecidas a través del estudio de las epidemias de 1782 y 1802 y ampliadas por fuentes primarias que registran los procedimientos implementados para mitigar los efectos de la viruela en el periodo

republicano. El estudio de las políticas de salubridad pública y de los acontecimientos con relación a la viruela que precedieron a la época y espacio de estudio, indicó la importancia de la consolidación de la vacuna a partir de la segunda mitad del siglo XIX, como un método bastante efectivo, capaz de menguar las consecuencias de la peste. Asimismo, permitió plantear que durante décadas las medidas decretadas para contener la viruela, permanecieron casi inmodificables y los inconvenientes para su plena materialización fueron siempre los mismos.

Como objetivo central del trabajo de investigación se identificó la reacción del Gobierno de la Unión y del Gobierno del Estado de Santander frente al peligro que representaban los brotes epidémicos de viruela, durante el periodo federal de los estados Soberanos, época en donde el radicalismo liberal manifestó su intención de contribuir a garantizar a la población mejores condiciones de salud, que facilitara el desarrollo económico del país, al disponerse de una mano de obra en adecuado estado físico.

Las políticas decretadas durante la segunda mitad del siglo XIX por las autoridades de Santander para mitigar los efectos de la viruela se direccionaron en cinco ejes y de esa manera se abordaron en la presente investigación. Primero, frente a la capacidad de la viruela de extenderse vertiginosamente una vez se presentaba, así fuera en casos aislados, la conformación de Juntas de Sanidad fue la medida adoptada inicialmente, puesto que eran ellas las encargadas de coordinar y ejecutar las políticas estatales. Segundo, el desconocimiento de las causas que generaban la viruela, priorizó la higienización de los poblados, decretándose medidas y sanciones que impulsaban su cumplimiento. Tercero, la necesidad de prevenir la expansión de la epidemia y el temor que provocaba ver el desarrollo de la enfermedad en quien la padecía, conllevó a la adecuación de lugares aislados de las poblaciones, para erigir hospitales provisionales y concentrar allí a la población enferma o sospechosa de serlo. Cuarto, la intención

de inmunizar al mayor número de personas posible y la efectividad de los métodos de inoculación, vacunación ó inoculación de la vacuna, hizo que la prevención de la viruela -o al menos el propósito- se buscara en alguna de estas prácticas, a las que se les otorgó relevancia y prioridad. Y quinto, si bien los métodos curativos fueron escasos y poco acreditados, desde la oficialidad se recomendaron remedios para evitar la complicación de la enfermedad, que podía terminar lisiando ó llevando al fenecimiento de quien la padecía.

1. PRECISIONES CONCEPTUALES: LA DOBLE CONCEPCIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

El proyecto del liberalismo radical se concretó con la formación de Estados Soberanos vinculados a través de un modelo federal. Entre los aspectos importantes de la agenda política de aquella generación de liberales y dirigentes estatales estuvo el tema relacionado con las políticas sanitarias o de salubridad pública. Sin embargo, las concepciones del Estado sobre estos aspectos se supeditaron a los planes económicos fundados en los principios del liberalismo clásico, la promoción del capitalismo y la inserción en una economía mundial. En este contexto la noción de política sanitaria tuvo una doble significación originada en la lógica del liberalismo económico. El Estado estuvo obligado a promover la salud de los individuos para garantizar la productividad y generación de riquezas, requisito cumplido de manera formal; pero por la escasez de sus recursos y priorización de otros intereses, con frecuencia debió limitar el gasto público y su accionar sanitario y preventivo. De esta manera, la política sanitaria del Estado fue inconsistente, no se cumplió en el plano material, se redujo al asistencialismo y control de las enfermedades que como las epidemias afectaron las dinámicas socioeconómicas.

Desde la formación en Hispanoamérica de los Estados nacionales e independientes, los referentes que inspiraron la organización de estas nuevas sociedades se tomaron de la experiencia europea que dio transito a la modernidad, de los cuales el liberalismo, la ilustración y la Revolución Francesa dejaron amplia huella en el mundo atlántico. La súbita transición de la política antigua a la moderna durante la segunda década del siglo XIX obstaculizó la construcción -moderna- de la nación. La tradición política heredada del régimen indiano resultó ajena a los referentes europeos y en muchos aspectos su

implementación no fue más que formal o no fue más allá del deber ser. Por esta razón algunos críticos del Estado nación hablaron de una modernidad incompleta o pendiente en la experiencia decimonónica hispanoamericana, que optó por el camino de la nación en contra de las tradiciones seculares y la política corporativa¹.

El tema de la salud pública no fue ajeno al surgimiento de los Estados modernos en Europa, en aquel contexto histórico la influencia del mercantilismo y la ilustración impactó las ideas sobre la población y su salud. El debate sobre la salud pública y medicina formó parte de las estrategias para consolidar el poder de los emergentes Estados nacionales; las medidas promovidas incidieron en el control social, el desarrollo de las profesiones y la organización del espacio urbano con base en la creación la policía médica, la reforma de la educación médica, la secularización de los hospitales, la construcción de cementerios extramuros y diferentes disposiciones sobre saneamiento urbano. Las políticas sobre salud pública en la Europa del siglo XVIII redujeron sensiblemente la mortalidad de la población humana y mejoraron las condiciones que demandó el modo de producción capitalista.

Durante el último medio siglo de la dominación española en los reinos hispanoamericanos, estas tierras no fueron ajenas a las medidas que sobre medicina y salud pública se implementaron en Europa. La influencia de la ilustración en la medicina de la región y las reformas borbónicas, entre fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, demuestran que también en estos aspectos los referentes vinieron de Europa. Estas reformas estuvieron dirigidas a reafirmar el poder de la Corona española sobre sus dominios y promovieron la formación de una élite intelectual -criollos ilustrados- que incorporó a sus preocupaciones los

¹ GUERRA, François-Xavier. De la política antigua a la política moderna: La revolución de la soberanía. En: GUERRA, François-Xavier y LEMPÉRIÈRE, Annick. Los espacios públicos en Iberoamérica: Ambigüedades y problemas. Siglos XVIII-XIX. México: Fondo de Cultura Económica, 1998. p. 109-139.

problemas sanitarios, sobre todo los relacionados con enfermedades epidémicas que generaron gran alarma social.

Con la Independencia y formación de los Estados en América Latina a inicios del siglo XIX, el desarrollo de la medicina y las políticas sanitarias continuaron haciendo parte de las agendas de gobierno. El evidente atraso de la infraestructura sanitaria urbana y la sucesión de epidemias que afectaron el desarrollo de las economías de exportación, la modernización y estabilización de los Estados luego de las guerras civiles y la llegada de inmigrantes europeos, contribuyeron a la formación de juntas de sanidad de emergencia, a la adscripción de responsabilidades sanitarias a las municipalidades y a otras agencias de gobierno local, a la implementación de medidas de saneamiento urbano e imitación de los modelos de medicina y salud europeos. No obstante, la estrechez económica de los nacientes Estados, la prioridad de otras inversiones de carácter público y la inestabilidad de los gobiernos durante el siglo relegaron los temas relacionados con la salud de la población; el problema de la salud se leyó en términos de asistencialismo donde el responsable no fue el Estado sino la comunidades religiosas y otras organizaciones filantrópicas.

En Europa algunas de las medidas que buscaron disminuir la mortalidad en la población de las ciudades recibieron el nombre de políticas de salud pública. Como ya se expresó, su influencia en las experiencias estatales latinoamericanas fue directa e indiscutible, pero como un comentario que aclara el concepto, es necesario indicar que en el caso del Estado Soberano de Santander y de los demás proyectos federales de Colombia durante la segunda mitad del siglo XIX, estas medidas se conocieron como políticas sanitarias o también de salubridad pública.

En las investigaciones históricas sobre salud pública y temas bien afines como políticas sanitarias o de salubridad, la obra de Michel Foucault resulta de central

importancia para comprender las dinámicas y cambios en las nociones del ejercicio del poder en las sociedades occidentales modernas, donde el Estado se configuró como el principal actor de la política y monopolización del poder. Sin el ánimo de generar compromisos conceptuales con la obra de Foucault, sus investigaciones sobre el poder aclaran el devenir de su ejercicio en contextos de cambio como fue la transición europea del absolutismo a la modernidad política, materializada en los Estados nacionales. Los estudios de Foucault permiten ver el pasaje histórico de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control. En este sentido, durante la emergencia de los Estados nacionales el referente fue la sociedad de control, donde los mecanismos de gobierno son más democráticos, immanentes al campo social y se distribuyen a través de los cuerpos y las mentes de los hombres².

En el siglo XIX Europeo el poder y la política se hicieron cargo de la vida, esta vez en términos de una soberanía sobre la especie humana y el conjunto de la población. Los nuevos regímenes fundamentan su derecho en “hacer vivir o dejar morir”, por medio de una nueva tecnología de poder que se aplicó sobre el hombre como miembro de un grupo social; aparecieron entonces la demografía, el control de nacimientos, la preocupación por el índice de mortalidad, la higiene pública, la seguridad social, todo lo que abarcó a los seres humanos como especie fue objeto de un nuevo saber, de una regulación, de un control científico destinado a hacer vivir. La toma de poder sobre el hombre como ser vivo y sobre la vida, hizo que la vida se convirtiera en objeto del poder y que se estatalizara lo biológico. En Europa el Estado empezó a hacerse cargo de los problemas específicos de la vida y de la población, como sexualidad, reproducción, trabajo, salud, higiene y vivienda. La demografía y la salud pública hicieron parte de los dispositivos del Estado para garantizar la supervivencia de la especie humana, por primera vez la vida surgió como problema de gobierno. La producción y reproducción de la vida

² FOUCAULT, Michel. La política de la salud en el siglo XVIII. EN: Estrategias de poder. Obras esenciales. Barcelona: Paidós, 1999.

fue la apuesta de las luchas políticas y económicas desde la imposición del capitalismo a finales del siglo XVIII³.

Inspirados en estos modelos pero con las variaciones que impuso el contexto, los recientes Estados latinoamericanos intentaron ejercer algún control sobre la vida y los aspectos que concernieron a la salud de la población. Distantes de los resultados que aquellas reformas trajeron a la sociedad europea, las políticas del Estado sobre esta materia no superaron las acciones formales; si bien la salud de la población se consideró un tema de interés público, en muchos casos la concepción liberal normativa no actuó en concreto ni fue más allá de la retórica que legisló o reglamentó al respecto. La filosofía utilitarista del capitalismo hizo que también en Latinoamérica los individuos se pensarán como fuentes de riqueza y las enfermedades como desfavorables a la producción. Para garantizar el progreso económico se imitó el modelo europeo donde la promoción del bienestar físico, la salud y longevidad, fueron acciones centrales; las juntas de salud y la policía médica fueron las encargadas de cumplir estos propósitos, como instituciones de vigilancia, control y castigo debieron garantizar el orden, la producción y la salud de la población.

La noción de libertad que trajo el capitalismo, fundada en la propiedad y el interés privado, hizo que pronto esta preocupación sistemática por la salud de la población como asunto público entrara en contradicción con la concepción liberal que impuso el mercado. Para actuar sobre las necesidades colectivas en materia de salud y enfermedad sin amenazar los principios liberales del modelo económico, el Estado comenzó a concebir la salud pública como asistencia pública y controlar las enfermedades que específicamente afectaron la producción. El descuido y desinterés que impuso con el tiempo el liberalismo económico hizo que el Estado ensayara otras concepciones y medidas para regular los temas

³ FOUCAULT, Michel. La gubernamentalidad. EN: Espacios de poder. Madrid: La Piqueta, 1981. p. 25-26.

relacionados con la salud y la enfermedad de la población, pero ya no desde la perspectiva de la salud pública y que en contextos como el colombiano no superaron el control normativo⁴.

Entre las nuevas concepciones sobre la salud y la enfermedad que en el mundo occidental forjó el modo de producción capitalista, se destacaron dos respuestas que los Estados dieron a esta problemática: primero, la imposición de una concepción multicausal sobre el origen de las enfermedades, la atención se desvió hacia las causas predominantemente médicas y relegó a un segundo plano las causas determinadas por la calidad de vida de la población, condiciones que antes demandaron toda la atención de las políticas sobre salud pública. La aceptación acrítica de la multicausalidad dio lugar a la intervención estatal aislada, impuso las teorías de la epidemiología positiva, desconoció la relación de la enfermedad con la inequidad social y el valor de las investigaciones sociales para la determinación de sus causas no biológicas. Para legitimar esta mirada multicausal de la enfermedad, salubristas y epidemiólogos aislaron los enfoques explicativos de la enfermedad de su contexto original, dieron cierta apariencia de neutralidad científica y la despojaron de todo su contenido político. De esta manera, el Estado fue liberado de sus responsabilidades sobre la calidad de vida y salud de la población.

Segundo, la reducción de la salud de la población a un mercado de servicios médicos. Desde el siglo XX el modelo liberal concibió la salud desde las perspectivas del mercado y la pensó en términos de mercancía, confundió el concepto de salud con el de servicio de salud y los administró con base en las leyes generales de la oferta y la demanda. La salud pública se redujo a las externalidades que por no ser objeto de control por el mercado, debieron ser

⁴ GÓMEZ, Rubén Darío. La noción de salud pública. Grupo de epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín: 2003 (documentos del grupo).

resueltas por el Estado; fue así como la concepción liberal ensayó reformas que privatizaron el sistema de servicios de salud.

Para cerrar esta reflexión conceptual sobre la salud y la enfermedad pensadas colectivamente, es decir como aspectos que interesan a toda la población, se recuerdan tres términos que con frecuencia y en diferentes contextos se refirieron a estos tópicos: *la sanidad*, que desde mediados del siglo XIX se definió como la actividad de los poderes públicos para mantener un adecuado nivel de salud de la población, en la experiencia norteamericana e inglesa esta tendencia se centró en las obras sanitarias, el saneamiento ambiental y el control de las enfermedades transmisibles; *el movimiento higienista*, puesto en práctica en Europa y Norteamérica a finales del siglo XIX, adujo que la clave de la salud pública estuvo en la educación sobre hábitos higiénicos y la reducción del mal comportamiento de los individuos; y *la medicina preventiva*, desarrolla desde la segunda mitad del siglo XX en Estados Unidos para el control de los factores de riesgo de las enfermedades prioritarias e intervenirlos de la ciencia y la tecnología⁵.

⁵ Ibid., p. 2-7.

2. CONCEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA VIRUELA

La viruela es una enfermedad aguda, sistémica, infectocontagiosa, epidémica, de etiología viral, producida por el virus Variola, cuyo reservorio es sólo el hombre. La viruela es contagiosa, pero se propaga con menor facilidad que otras enfermedades, como la gripe o el sarampión. Si bien, es necesario un contacto prolongado para que la enfermedad se propague de una persona a otra, también puede propagarse a través del contacto directo con fluidos corporales, enseres y vestimentas, o en menor medida por el aire contaminado en espacios cerrados.

La sintomatología de la viruela se manifiesta a los 7 o 17 días después de haber estado expuesto al virus; inicia con un aumento repentino de la temperatura corporal, dorsalgia intensa, postración y dolor abdominal, en algunos casos se presentan vómitos consecutivos. Después de dos o cuatro días aparecen erupciones en la cara, posteriormente en cuerpo y extremidades, las cuales se ulceran y forman costras que se desprenden a la tres semanas, dejando marcas en la piel; momento en el que los convalecientes dejan de ser agentes contagiosos⁶.

A finales del siglo XX la lucha contra la viruela llegó a su fin. Los esfuerzos de gobernantes, médicos, científicos, religiosos, filántropos y de la población en general permitieron erradicar la enfermedad del panorama mundial. Las rogativas, la higienización de los individuos y los espacios, la segregación, la inoculación y la vacuna, fueron los mecanismos implementados por siglos para combatir y dar fin a la peste. Todos temieron ante su presencia, la posibilidad al contagio despertó pánico por su capacidad de arrasarse con pueblos enteros y dejar perennes marcas en quienes lograron sobrevivir.

⁶ CÁNEPA, Elena. Fisiopatología de las infecciones virales [en línea] <<http://www.higiene.edu.uy/cefa/libro2002/cap%202.pdf>> [citado en 10 de marzo de 2010].

Sobre la existencia de viruela en América, la historiografía ha demostrado que arribó junto con los nuevos habitantes a inicios del siglo XVI. Por el recelo y desprecio hacía los afrodescendientes se atribuyó su penetración a los esclavos provenientes de Etiopía. Sin embargo, para 1840 en Nueva Granada, persistía la creencia colonial que la viruela fue importada en los cobertores de lana que sirvieron de abrigo a los virulentos en el continente europeo⁷.

Sin importar si fueron los africanos o los europeos quienes trajeron la viruela a América, es claro que el no desarrollo de alguna inmunidad hizo más vulnerable a los nativos; el incumplimiento de las medidas sanitarias y la falta de medicamentos para su prevención y tratamiento fueron aspectos que facilitaron su rápida propagación y nefastas consecuencias, ya que causaba la muerte al 30% de las personas que la padecían, llegando a ser considerada una de las principales causas de despoblación⁸.

Al territorio que en la actualidad comprende Colombia, la viruela al igual que todas las enfermedades contagiosas se propagaba, en especial, por las rutas comerciales, culminando en Santafé. Unas epidemias iniciaban en la costa norte, Cartagena, Santa Marta o Riohacha, pasando por Mompox y Honda; unas provenían del sur, de Popayán se dirigían a Cali, Buga e Ibagué; y otras iniciaban en Cúcuta dirigiéndose a Santafé a través de Ocaña y Tunja. Sin embargo, la viruela llegó a otros lugares mediante enfermos convertidos en agentes patógenos

La viruela, al igual que la lepra, por ser una enfermedad cuyas causas en un comienzo fueron desconocidas en términos de una patología médica, su contagio fue explicado por un conjunto de creencias religiosas. Los brotes epidémicos fueron atribuidos a los pecados de la población, siendo su posesión concebida

⁷ Plan Profiláctico y curativo de la Viruela. 1840. Biblioteca Nacional. VFDU1-1590. p. 1.

⁸ COOPER, Donald. Las epidemias en la Ciudad de México 1761- 1813. México: Instituto Mexicano del Seguro social, 1980. p. 113.

como un castigo divino. Asimismo, el haber delegado desde el inicio del periodo colonial a las comunidades religiosas la asistencia médica y social de los enfermos, vagabundos y desprotegidos, orientó la contención de la enfermedad a la intercepción de Dios. De ahí, que los clérigos encabezaron plegarias incesantes en busca de la condonación de los pecados de la población para el cese de la epidemia.

En los países con un mayor grado de desarrollo, para la segunda mitad del siglo XVIII, los adelantos tecnológicos y científicos aunados a la aplicación de políticas sanitarias y asistencialistas por parte del personal especializado en medicina, minimizaron los índices y los efectos de las enfermedades contagiosas, entre ellas la viruela. Avances y prácticas que pronto buscaron aplicarse en Nueva Granada, pero diversos aspectos lo impidieron. Aún así, desde la epidemia de 1782 la causa de la viruela dejó de relacionarse con creencias cristianas, pasando a atribuirse a la insalubridad del individuo y su contexto, resultado de la pobreza e incivilidad.

La concepción miasmática se empleó para explicar la aparición y vertiginosa divulgación de la viruela. “Los miasmas eran vapores deletéreos o efluidos generados en aguas estancadas, excrementos, materias en descomposición o emanaciones del subsuelo que, supuestamente, entraban en acción por la humedad, la suciedad, los vientos y los cambios atmosféricos”⁹. Los pobres por su modo de vida y sus costumbres fueron considerados el principio de la cadena etiológica.

En 1850 médicos españoles compilaron los más representativos aportes que sus colegas en Europa dieron para definir y tratar la viruela desde las ciencias médicas. El compendio, al que denominaron *Tratado Completo de Patología y*

⁹RESTREPO, Estela. El cólera en Nueva Grana. En: Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia. Medellín: La Carreta, 2004. p. 52.

Terapéutica, fue concebido como texto de consulta indispensable cuando la enfermedad amenazó con asentarse. Su importancia lo trajo a América para ser estudiado por personas expertas cuando fue necesario precisar la enfermedad y tipificarla.

El Tratado definió la viruela como una “afección exantemática, febril, contagiosa, de corta duración, siempre primaria, y que determina en la superficie de la piel una erupción de pustulitas rojas, muchas veces furunculosas (flizacias), parecidas a granos, y que ocupan primero la cara, el cuello, la piel del cráneo, después el pecho, los hombros, las manos y las demás partes del cuerpo. Adquieren muy pronto el volumen de un guisante pequeño; supuran al cabo de un tiempo bastante corto; forman costra, y dejan en su lugar una mancha roja que desaparece lentamente, y muchas veces una depresión ó una cicatriz indeleble”¹⁰.

Para los médicos europeos, existían tantas especies de viruela y a su vez divisiones de ellas, que era bastante difícil una clasificación metódica y general; era probable describir como enfermedades distintas, simples variaciones de síntomas o modificaciones patológicas por agravamiento de la enfermedad. Las viruelas se presentaron como un tipo patológico que se componía de múltiples individualidades con características diferentes que no debían separarse demasiado para no incurrir en distinciones sutiles y perjudiciales en la práctica; por consiguiente se expusieron unas clasificaciones más certeras y mejor fundamentadas.

Según el texto, la clasificación más importante las agrupaba, por una parte **en viruelas regulares, normales, legítimas, puras ó verdaderas**, y por otra, en **irregulares, falsas, bastardas ó adulterinas**. La primera denominación hacía alusión al desarrollo normal y regular de la erupción, que recorría sus periodos en

¹⁰ Tratado Completo de Patología y Terapéutica General y Especial. Madrid: 1850. Tomo XV. p. 6-8.

un tiempo menor o igual en todos los casos, distinguiéndose por caracteres claros y bien marcados. La segunda referenciaba a las erupciones que sufrían alteraciones y daban a la enfermedad una fisonomía completamente diferente y mayor gravedad. Las viruelas anómalas, que eran formas algo variadas del tipo normal, se distinguían de acuerdo al carácter de la afección cutánea en: varicela pustulosa umbilicada, pustulosa conoidea, pustulosa globular, vesiculosa y papulosa.

Considerando la cantidad de pústulas que componían el exantema y que indicaban la gravedad de la afección, se citaba al médico Sidenham para denominar **viruelas discretas** a aquellas cuyas pústulas siendo numerosas estuvieran separadas entre sí; **viruelas confluentes** a las que presentaban pústulas muy cercanas y formaban chapas purulentas y extensas; y **viruelas coherentes** a aquellas en que las pústulas se tocaban sin confundirse, formando grupos continuos.

Asimismo, se hizo mención de la clasificación presentada por el médico Mead, quien de manera más sencilla dividió **las viruelas en simples o benignas** y en **graves ó malignas**. Las viruelas discretas eran a menudo benignas. Las graves, siendo discretas ó confluentes, presentaban desarrollo incompleto e irregular de las pústulas, ansiedad, postración, delirio, debilidad del pulso y hemorragias. Los factores que las convertían en malignas eran complicaciones viscerales, pulmonía o hemorragias.

Teniendo en cuenta la documentación revisada, el Tratado Completo de Patología y Terapéutica fue consultado en repetidas ocasiones durante el tiempo y en el espacio de estudio, pero la distinción de las viruelas que se hizo tan sólo distinguió de la viruela normal o brava a la viruela boba, cuyas manifestaciones no eran intensas ni sus consecuencias realmente graves.

Durante la epidemia de 1871 que asoló varias poblaciones, en especial a Bogotá, el Gobierno Central definió la viruela como una enfermedad parasitaria, propensa a reproducirse en mayor medida en los lugares donde abundaban enfermedades eruptivas y otras producto del desaseo en que habitaban algunas personas. En consecuencia, las autoridades proponían como solución necesaria para menguar los alcances de la viruela, mantener limpios los poblados y no inocular o vacunar a quienes padecían estas enfermedades, dado que al inmunizar contra la viruela se abría paso a la posibilidad de contagiarse de otros terribles males¹¹.

Más allá de la muerte generalizada que causaba la viruela cuando alcanzaba índices epidémicos, la enfermedad era temida y aborrecida por los vestigios cutáneos que quedaban en quienes la padecían y lograban recuperarse. De ahí, que la población del Estado de Santander manifestó que ésta era una “enfermedad asqueroso y enemiga de la belleza por las indelebles cicatrices que dejaba”¹².

Si bien, la viruela afectó a individuos de diversa condición socio-económica, racial y cultural, evidentemente tuvo una inclinación hacía las personas de capas sociales inferiores, por vivir la mayoría en condiciones de hacinamiento y con notables carencias materiales, hecho que incrementó el estigma hacia la enfermedad y sus convalecientes, pero a su vez direccionó la atención de las autoridades a la búsqueda de soluciones para dichos problemas.

Es así, como junto a las arraigadas creencias religiosas y populares sobre el origen y el tratamiento para contener la viruela, las autoridades virreinales buscaron incorporar en la población hábitos sanitarios que higienizaran los espacios y utensilios contaminados, puesto que ellos facilitaban la propagación de la enfermedad; medidas sanitarias que pronto generaron consecuencias

¹¹ Diario Oficial. Bogotá, 27 de febrero de 1871. N° 2874.

¹² Gaceta de Santander. Socorro, 22 de diciembre de 1864. Año VI. p. 247.

significativas¹³. No obstante, la insuficiencia de tratamientos y asistencia médica especializada, medidas realmente eficaces, suscitó brotes epidémicos de viruela durante el siglo XIX, y en menor grado en el siglo XX.

¹³ SILVA, Renán. Las Epidemias de Viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada. Cali: Centro Editorial de la Universidad del Valle, 1992. p. 84-85.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS: LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA EN LA NUEVA GRANADA

“Los habitantes del Nuevo Mundo no eran portadores de algunas infecciones peligrosas susceptibles de ser transferidas a las poblaciones europeas o africanas que aparecieron en su continente (a menos que se crea que la sífilis es de origen americano) mientras que la abrupta confrontación con una larga lista de infecciones que trajeron europeos y africanos que por milenios habían hecho pasto con las poblaciones de esos continentes provocaron, en los Amerindios, un desastre demográfico masivo”.*

Desde la penetración de la viruela a Nueva Granada hasta la finalización del régimen colonial, el país padeció infinidad de brotes epidémicos que diezmaron sus habitantes, afectando la dinámica socioeconómica del país. La historiografía ha reportado la presencia consecutiva de viruela y sus funestas consecuencias en diversos y prolongados periodos. Sin embargo, en detalle tan sólo han sido estudiadas las epidemias de 1782 y de 1802. Trabajos que merecen mencionarse dado que evidencian la concepción e impacto de la enfermedad, al igual que las disposiciones médicas, sanitarias y asistencialistas implementadas para contener sus alcances; información referente para determinar los cambios o permanencias de las nociones, políticas y prácticas orientadas a erradicar la viruela en el Estado Soberano de Santander.

En este apartado también se presenta la incesante preocupación de José Celestino Mutis por detener la viruela y menguar sus efectos. Sus recomendaciones médicas y sanitarias, así como la promoción de la práctica de inoculación y posterior vacunación, fueron significativas durante el siglo XIX en la batalla contra la viruela. Asimismo, se expone el plan profiláctico y curativo de la viruela realizado en 1840 como resultado del primer intento de la comunidad médica colombiana por caracterizar la enfermedad y reglamentar su control. Las

* MCNELL, W. Plagues and peoples. New York: Anchor Press. Doubleday, 1978.

propuestas de los médicos no se distanciaron de las aplicadas a finales del periodo colonial, pero es importante su compromiso por facilitar el diagnóstico temprano y el tratamiento de la enfermedad.

3.1 LAS EPIDEMIAS DE 1782 Y 1802

Teniendo en cuenta la fácil propagación de la viruela y la dificultad para curarla y prevenirla fueron diversos los métodos que el Gobierno Monárquico Español y luego el de la naciente República Neogranadina establecieron para mitigar el impacto de una enfermedad que por momentos, afortunadamente distantes, alcanzaba altos índices epidémicos.

En Nueva Granada antes del periodo independentista entre 1782 y 1802 se dieron dos fuertes brotes de viruela. Según el historiador Renán Silva, las medidas gubernamentales tomadas para contener dichas epidemias reflejaban “la lucha por restarle terreno a la muerte y defender la vida” “con políticas articuladas a un naciente concepto de salud pública”¹⁴. Sin embargo, como se demostrará más adelante, la intención gubernamental y de la sociedad desde los diferentes estamentos por contener la propagación de la viruela fueron importantes, pero aún era muy temprano para hablar de un amplio y moderno concepto de salud pública, sólo eran soluciones sanitarias para contener un problema que por sus dimensiones estaba afectando a un número considerable de la población.

En la epidemia de viruela de 1782, el Virrey Caballero y Góngora destacaba la publicación de un método curativo, el cual se limitaba a dar instrucciones de la manera en que debía realizarse la inoculación y la combinación de normas sencillas de higiene personal, como el baño y el corte del cabello; y de higiene ambiental, como el saneamiento del lugar de residencia del enfermo. Informes de

¹⁴ SILVA, Op. cit., p. 1.

prevención basados en borradores preparados por José Celestino Mutis años atrás y que continuaron considerándose hasta finales del siglo XIX¹⁵.

Frente a la carencia de efectivas soluciones curativas y de prevención, el aislamiento o la reclusión de los enfermos en lugares apartados se presentó como la mejor alternativa para evitar la propagación de la viruela. Sin embargo, la inexistencia de hospitales o de lugares especiales para llevar a cabo la proscripción de los virulentos, llevó a las autoridades virreinales a establecer la obligatoriedad de refugiar a los enfermos dentro de su hogar, delegando a los familiares su cuidado y la responsabilidad de evitar la expansión de la enfermedad.

La epidemia de viruela de 1782, la cual afectó principalmente a Santafé, demostró que la ausencia de un verdadero aislamiento, la carencia de médicos, medicinas y de adecuados hábitos alimenticios y sanitarios precipitaban el contagio de la viruela. En consecuencia, durante la epidemia de 1802 el Gobierno decidió implantar una política sanitaria general y rigurosa para evitar las nefastas consecuencias acaecidas en la primera epidemia mencionada¹⁶.

De esta manera, las autoridades virreinales buscaron redefinir la salud al campo de lo público y por ende convertir en obligatoriedad del Estado intervenir en la contención de la propagación de la viruela, estableciendo normas sanitarias y sancionatorias que repelaran el impacto de la enfermedad. La población debía acatar las disposiciones gubernamentales, ya que los efectos de la enfermedad eran generales, obstaculizaban la sana convivencia y la productividad económica del virreinato.

¹⁵ Ibid., p. 31-32.

¹⁶ Ibid., p. 28 – 35.

La denuncia de todos los enfermos o sospechosos de serlo, la presencia de funcionarios médicos acreditados, la aplicación de los tratamientos comprobados por la comunidad, la creación de Juntas de Sanidad y de hospitales, la individualización del contagio y la adecuación de las disposiciones para efectuar el aislamiento o degradingo, conformaron la nueva política estatal, concebida como una “política sanitaria ilustrada”.

La segregación no debía limitarse a detener la libre movilización de las personas y los objetos, encerrando las poblaciones para impedir el paso de los posibles contagiados; se requería apartar sólo a quienes se certificaba que estaban enfermos. Se propuso realizar el degradingo en hospitales contruidos en zonas despobladas atravesadas por vientos continuos, transformando el lugar en una inicial estructura sanitaria, en donde los virulentos estarían bajo la vigilancia de uno o dos sujetos que se encargarían de impedir cualquier contacto con el resto de la población, de garantizar su alimentación y si era posible brindarles algunos cuidados y curaciones, por lo que se esperaba contar con la presencia de un médico.

Durante la epidemia de 1802 el Virrey Mendiñeta pretendió efectuar las anteriores políticas con fondos mixtos, uno proveniente de los diezmos y otro proveniente de los fondos públicos destinados al sostenimiento de hospitales. Aún así, al poco tiempo de haberse iniciado la aplicación de las nuevas políticas sanitarias y asistenciales para repeler la viruela, fue evidente la insuficiencia de fondos y la no obtención de los resultados esperados con la instauración de hospitales para el confinamiento temporal de los enfermos o sospechosos de serlo.

Por otra parte, a la par de la norma aparecieron las excepciones al degradingo fuera de las ciudades. Las autoridades creyeron conveniente tener altas consideraciones con los notables enfermos, permitiéndoles permanecer en sus

residencias, lugar en donde podían contar con lo necesario para ser asistidos. Los enfermos pobres sólo obtuvieron esa consideración cuando por algo razón se hizo imposible su traslado, debiendo permanecer completamente aislados, de lo contrario fueron castigados y multados.

Con la finalidad de disminuir gastos en la prevención de la viruela, los grupos sin perfil social, que aumentaban el número de enfermos potenciales, como los indios huidos del campo, los mestizos desempleados o los transeúntes sin domicilio, recibieron un plazo de tres días para abandonar la ciudad, bajo la amenaza de ser declarados vagos, pasando a cumplir trabajos forzados. Asimismo, los indios del sector no podían trasladarse a comercializar sus productos, si lo hacían debían cancelar una multa de 200 patacones o una pena de 100 azotes. Aunque la viruela afectó a toda la población sin discriminación social, racial o por edad, los indígenas y mestizos fueron las víctimas preferidas del contagio, entre ellos los infantes fueron los más afectados.

Si bien, Renán Silva muestra las medidas tomadas por el Virreinato de Nueva Granada para contener los fuertes brotes epidémicos de viruela como la manifestación de una inicial “política sanitaria ilustrada”, la falta de personal especializado; de recursos económicos que permitieran la construcción de hospitales exclusivos para atender a los virulentos; la poca accesibilidad y eficacia de los medicamentos conocidos para tratar esta enfermedad; y la renuencia de los enfermos y sus familiares a proscribirse o someterse al degrado, fue subsanado con coerción, represión y medidas básicas de higiene. Las modernas políticas sanitarias, una vez más parecieron quedarse en teoría y buenas intenciones, su materialización difícilmente logró concretarse.

Era difícil contener los efectos de la viruela cuando existían tantas carencias y cuando se delegó a los corregidores y a los sacerdotes la principal responsabilidad de asistencia física y espiritual. El corregidor ofició como policía sanitario,

organizaba comisiones para localizar a los virulentos, determinar el grado de evolución de la enfermedad y realizar la quema de la ropa y de los enseres de todos los que morían víctimas del contagio. Las quemas con estiércol, paja, laurel u otras hierbas se realizan en diferentes lugares con el fin de purificar la atmósfera del ambiente, pero su utilidad realmente pudo ser cuestionable.

Renán Silva a la par que manifiesta la aplicación de políticas de salud pública en la contención de las epidemias de viruela de 1782 y 1802, contradictoriamente expresa que, en especial, era el cura del lugar a quien se le encargaba la salud y la salvación de los convalecientes¹⁷, ya que no se hacía mención de un médico o de un practico en medicina. Era evidente que la labor del doctrinero se limitaba a elevar suplicas por la sanación y salvación de los virulentos, a visitarlos y consolarlos, y a tramitar fondos para suplir sus necesidades básicas; acciones con poca efectividad para la curación de los enfermos y la detención real de la enfermedad.

La viruela en varias ocasiones alcanzó índices epidémicos por el incumplimiento de las disposiciones médicas y sanitarias por parte de las autoridades estatales. La carencia de recursos económicos para la construcción de hospitales; la realización de la práctica de inoculación por curanderas o barberos y la aplicación de tratamientos, producto en su mayoría de prácticas empíricas realizadas por la población que padecía el contagio, agudizaron los brotes de viruela que se presentaron en Nueva Granda durante y después del periodo colonial.

En gran parte del siglo XIX los medios para conservar la salud de la población fueron bastante precarios, la no disponibilidad de recursos económicos; la carencia de profesionales en medicina y la dificultad para diagnosticar la viruela fueron factores que obstaculizaron la atención temprana y apropiada de los enfermos. Además la proliferaron de diversos brotes y erupciones cutáneas

¹⁷ Ibid., p. 8 – 11, 79 – 80.

similares a la viruela, el sarampión y la varicela, dificultaron el reconocimiento con exactitud de las enfermedades y por ende su tratamiento.

A lo anterior debió sumarse la resistencia de los convalecientes a asistir a los centros hospitalarios. El temor a fenecer lejos del entorno familiar y el conocimiento de la poca asistencia médica que podían recibir en los hospitales, por ser instituciones atendidas, en especial, por religiosos entregados a la salvación del alma, ya que sus conocimientos médicos eran limitados, generaron la renuencia de los enfermos a acudir libre y constantemente a estas instituciones. De ahí, que las políticas gubernamentales debieron enfocarse en la transformación de los hospitales para convertirlos en centros médicos con fines curativos, dejando de ser asilos en los cuales se esperaba la muerte en condiciones precarias. Disposición que durante el siglo XIX no llegó plenamente a materializarse, reiterando que por una lado iba la norma y por otro bastante distante su cumplimiento.

3.1.1 José Celestino Mutis: Sus aportes en la contención de la viruela

José Celestino Mutis nació en Cádiz el 6 de abril de 1762, llegó al nuevo Reino de Granada en 1760 como médico personal del virrey Pedro Messía de la Cerda, murió en Santa Fé de Bogotá el 11 de septiembre de 1808. Estudió medicina en la Universidad de Sevilla y en el Colegio Real de Cirugía de Cádiz. Durante los 47 años que permaneció en estas tierras se desempeñó como médico y también laboró en distintas áreas del conocimiento como astronomía, zoología, botánica, mineralogía y matemáticas. Asesoró a varios virreyes en pro de la salubridad pública de los pueblos, siendo un actor determinante en la reapertura de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Dado los constantes brotes epidémicos de viruela que se presentaron en Nueva Granada durante 1782 a 1802 y los atenuantes estragos producidos entre la

población, Mutis dedicó parte de su trabajo a la búsqueda de medidas médicas y sanitarias que permitieran mitigar los múltiples daños ocasionados por esta enfermedad.

José Celestino Mutis fue un enérgico defensor de la inoculación y posteriormente de la vacuna como medidas preventivas. Recomendaba purificar el ambiente mediante la limpieza de las calles, la quema de las basuras y el aislamiento de los individuos infectados, y en algunos momentos de los inoculados o vacunados. Para este médico, los padres exponían a sus hijos al contagio de la enfermedad cuando se abstendían de inocularlo, puesto que la enfermedad lograba propagarse tan rápido, que tarde o temprano los menores llegaban a padecerla, aumentando las graves consecuencias dejadas por ésta¹⁸.

A los comentarios realizados por los críticos de la inoculación, Mutis respondía que su no efectividad en algunos individuos se debía a la inadecuada realización de la práctica. Para él, lo más seguro era efectuar dos incisiones de tres a cuatro líneas, una en el brazo y otra en la pierna opuesta, pasando un pedazo de hilo de igual longitud por la materia; para sujetar el hilo sobre la incisión se debía cubrir la herida con cualquier emplasto pegante. Pasadas las veinticuatro horas se desprendían los hilos y se trataba de detener la humedad de las incisiones con cualquier remedio supurante¹⁹. Una vez iniciado el tratamiento, se planteaba la obligatoriedad de separar y evitar que los inoculados tuvieran comunicación con las personas a quienes no se les realizó dicha práctica.

Aunque el galeno reprochaba la actitud de algunas personas que aislaban o abandonaban a sus familiares enfermos de viruela, dejándolos morir al no prestarle ninguna ayuda por temor al contagio, siempre arguyó la necesidad de separar al enfermo de la población exenta, pero al cuidado de una enfermera o de alguien que pudiera, sin correr peligro de contagiarse, suministrarles

¹⁸ ESPAÑA, Gonzalo. José Celestino Mutis, el sabio de la vacuna. Bogotá: Colciencias-Panamericana, 1998. p. 16-84.

¹⁹ FONNEGRA, Gabriel. Mutis y la expedición botánica. Bogotá: Nomos S.A., 2008. p. 171-178.

medicamentos y alimentación. Por consiguiente, en varias ocasiones propuso la creación de hospitales o sitios para el habita exclusiva de los virulentos, tema que será tratado páginas más adelante.

La escasez de médicos y el desconocimiento de los curanderos acerca de los mecanismos efectivos para remediar la viruela, contribuyeron al aumento progresivo de la misma y del número de personas que fenecían por su inadecuado tratamiento. Situación que generó la oposición de Mutis al consumo o aplicación masiva de remedios caseros y al confinamiento de los dolientes en espacios no airados.

El vino, la triaca²⁰, las bebidas calientes, el excesivo abrigo en la cama, la sudoración fuerte y el encierro en lugares totalmente cubiertos, fueron considerados por José Celestino como los causantes de la muerte de millares de personas que padecían de viruela y otras enfermedades. En su lugar, este médico recomendó una alimentación adecuada a base de caldos suaves y la limpieza corporal con abundante agua tibia, al igual que el aseo de los sitios habitados por el convaleciente, los cuales debían contar con suficiente ventilación para que las impurezas se ausentaran.²¹

Otras de las propuestas de Mutis para curar la viruela fue la de sanar los granos con sueros, cocimientos de cebada y hierbas frescas o con purgantes que, según la creencia de la época, limpian hasta la sangre. Como medida preventiva sugirió que la fundación de las ciudades se hiciera lejos de lagunas con aguas estancadas, y la construcción de cementerios lejos de las ciudades.

²⁰ La vigésima edición del Diccionario de la Real Academia Española define la triaca como la confección farmacéutica usada de antiguo y compuesta de muchos ingredientes, principalmente de opio. Empleado para las mordeduras de animales venenosos. Concepción similar a la dada en la primera edición, en donde se define como un antídoto contra picaduras venenosas.

²¹ FRIAS NÚÑEZ, Marcelo. *Enfermedad y Sociedad en la Crisis Colonial del Antiguo Régimen*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1992. p. 45- 46.

Los camposantos debían levantarse en espacios amplios y airados, procurando tener desagües adecuados. Las fosas debían tener una profundidad de seis pies y agregar cal en las sepulturas. Para el médico español era importante sembrar gran cantidad de árboles dentro de los cementerios y realizar hogueras que permitieran purificar el ambiente²².

Las recomendaciones dadas por José Celestino Mutis fueron significativas en la lucha contra la viruela en Nueva Granada. Desde su emisión hasta finales del siglo XIX eran acatadas por gran parte de la población, quienes al no existir verdaderos tratamientos médicos para curar la viruela, acudían a la higiene y a una apropiada alimentación para verse afectados lo menos posible por esta enfermedad.

Durante la existencia del Estado Soberano de Santander, las autoridades políticas, medicas y religiosas aludían las anteriores medidas mencionadas para complementar los escasos métodos preventivos y curativos contra la viruela, y así evitar que se extendiera y causara daños mayores. Siendo sin duda aplicadas por gran parte de los habitantes de dicho Estado.

3.2 PLAN PROFILÁCTICO Y CURATIVO DE LA VIRUELA

Con el fin contrarrestar la creencia de la población en las recetas populares existentes para el control de la viruela y medicalizar su detención y tratamiento, obteniendo un mayor efecto de las medidas profilácticas que impidieran la expansión de la enfermedad, en 1840 una Comisión de médicos conformada para dicho objetivo presentó a la Facultad de Medicina de Bogotá un “Plan Profiláctico i Curativo de la Viruela”²³, en el cual se establecían disposiciones medicas y sanitarias, así como la descripción por etapas de la enfermedad, ya que en

²² PALACIOS SÁNCHEZ, Leonardo. Algunos aspectos relacionados con José Celestino Mutis y la Medicina. En: *Revista Ciencias de la Salud*. Bogotá. Vol. 6, n°.2. (may. -agos. 2008); p.23.

²³ Plan Profiláctico y curativo de la Viruela, Op. cit., p. 1-9.

ocasiones durante las primeras etapas de desarrollo se confundía con otros padecimientos.

El aislamiento de los enfermos, los cordones sanitarios y las cuarentenas a las que eran sometidos los posibles contagiados de enfermedades difíciles de dilucidar su causa, continuaban siendo en el siglo XIX las medidas más recomendadas y utilizadas por los facultativos y los gobernantes. Es así, como la Comisión de médicos las consideró medidas imperiosas, sugiriendo su pronta aplicación. Para lo cual, se planteó la creación de una Junta Suprema de Sanidad y de Juntas Sanitarias subalternas, organismos encargados de centralizar el control y el tratamiento de enfermedades que como la viruela, por su rápido contagio lograba afectar a un número considerable de personas, o como la lepra que lograba deformar e incapacitar a quienes la padecían, causando estupor y miedo generalizado.

Era claro que el comercio y las guerras facilitaban la propagación de diversas enfermedades, de ahí, que las Juntas Sanitarias debían dirigir sus mayores esfuerzos a los lugares más transitados o donde se hubiera confirmado la aparición de alguna enfermedad, en este caso la viruela. Se debían detener a los transeúntes y los cargamentos procedentes de los poblados en los que estaba presente la enfermedad. Los individuos que no poseían la dolencia y manifestaban no haber estado en contacto con algún convaleciente de viruela o con enseres de éste, bastaba con sufrir tres días de detención, doce días los que tuvieron contacto inmediato con dichos objetos y treinta días quienes la padecieron y ya no tenían la sintomatología que indicaba la tenencia de materia contagiosa. Las mercancías y equipajes si eran manufacturas de lana sufrían diez y seis días de cuarentena y las que no sólo ocho días, sufriendo unas y otras las serenadas correspondientes.

Teniendo en cuenta la escasez de fondos, la Comisión de médicos se abstuvo de plantear los mecanismos para llevar a cabo la desinfección de los utensilios, mobiliarios o mercancías que eran puestos en cuarentena, al igual que sólo se limitó a decir que el aislamiento de los virulentos o sospechosos de serlo debía llevarse a cabo en los lazaretos existentes, lugares destinados al exilio de los leprosos. Aunque, la Comisión manifestó la necesidad de construir lazaretos para los enfermos de viruela, esta medida la dejó a consideración de cada Provincia. Posteriormente se propuso la construcción de hospitales o la adecuación de los que existían, disposición que pocas veces llegó a cumplirse.

La masificación de la vacuna era el medio más efectivo para contener la propagación de la viruela, pero era la medida médica de más difícil ejecución. La reproducción del pus vacuno, su transporte y la renuencia de la población a vacunarse dificultaban constantemente dicha disposición. Razón por la que la Comisión recomendó a las Juntas impulsar la vacunación entre la población para contener el contagio y lograr extraer de ellos el pus vacuno.

Es así, como se creyó indispensable publicar artículos en los diferentes periódicos sobre los beneficios de la vacuna y el compromiso que tenían los padres en llevar a sus hijos a vacunarse, puesto que el abstenerse de hacerlo, según la Comisión, era una indolencia que les causaría a los menores la putrefacción de su cuerpo y en los peores casos hasta la muerte. Con la publicación de los artículos se pretendió desmentir las afirmaciones que hacían los detractores de la vacuna y dar a conocer los nuevos documentos que llegaban de las Sociedades Científicas europeas, los cuales aseveraban que la verdadera vacuna aplicada siguiendo las pautas establecidas desde 1802, preservaría a la sociedad para siempre de la viruela.

La Comisión de médicos para facilitar la descripción de la viruela y evitar su vertiginosa propagación dividió la enfermedad en cuatro periodos: invasión,

erupción, supuración y desecación. Se determinó que con mayor frecuencia los síntomas de la **invasión** se observaban luego de veinte días de haberse contraído la enfermedad. Durante la primera etapa las personas padecían dolor agudo y generalizado del cuerpo, constantes cambios de temperatura, sudoración, náuseas, vomito, diarrea, hemorragias nasales, los ojos se tornaban rojos y lacrimosos, y excretaban olores desagradables.

Al cuarto día de haberse manifestado la enfermedad iniciaba el periodo de **erupción**. Las dolencias del periodo anterior se hacían cada vez más intensas y aparecían en el rostro manchas rojas similares a la picadura de un mosquito, los cuales rápidamente se convertían en granos que se iban extendiendo y enrojeciéndose, cubriendo todo el cuerpo; lo anterior junto con la inflamación del rostro inmovilizaban y deformaban al enfermo. La Comisión de Médicos consideraba esta etapa decisiva para establecer la gravedad de la enfermedad y el destino del doliente.

El periodo de **supuración** empezaba el séptimo día. Algunos granos aislados que salieron primero desaparecían sin dejar huella y comenzaban nuevos síntomas que el médico debía prever porque solían perecer muchos enfermos de sofocación y apoplejía²⁴. Al culminar esta etapa los granos que aún permanecían, perdían su fosea y la mancha circular palidecía, observándose un pus amarillento y espeso. Este cambio se reflejaba primero en la cara, luego en los brazos y finalmente en los pies. Muchos de los síntomas presentes en los periodos anteriores, entre ellos la hinchazón de la piel, se disipaban. Sin embargo, por el olor repugnante que emitía el enfermo y la inflamación de órganos internos se consideraba que el virulento corría peligro al igual que las personas que estaban a su alrededor, por la posible contaminación de la atmosfera.

²⁴ La vigésima edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la Apoplejía como la suspensión más o menos completa, y por lo general súbita, de algunas funciones cerebrales, debida a hemorragia, obstrucción o compresión de una arteria del cerebro.

Dependiendo el enfermo, el periodo de **desección** podía iniciarse del noveno al undécimo día. En la punta de cada grano se presentaba un punto oscuro, se abría la epidermis, se secaba el pus convirtiéndose en costras amarillentas, formando en la cara una mascarilla. Al poco tiempo una nueva materia se acumulaba debajo de las costras y las levantaba, pero al caerse, de la misma materia se formaban otras, que nuevamente se caían y dejaban sobre la piel machas de color rojo oscuro, algo prominentes sobre las cuales se formaban escamas furfuráceas. El enfermo recuperaba su tono de piel y el apetito, evidenciándose una notable mejoría sin dejar de ser considerado un agente contaminante.

Por ser la primera vez que se realizaban en el país intentos por establecer un referente que permitiera a la población identificar la tenencia temprana de la enfermedad y su evolución, era importante el cuadro descriptivo de la viruela que presentaba la Comisión de Médicos a la Facultad de Medicina de Bogotá. Aún así, la Comisión reconocía la limitación de su estudio, ya que el desarrollo y la culminación de la enfermedad podía variar dependiendo si el convaleciente era adulto o infante y de su estado físico antes de estar contagiado.

Estos factores, sumados a la poca asistencia que se le brindaba al enfermo, podían generar la aparición de nuevas enfermedades, como tisis pulmonar, parálisis, oftalmias crónicas, sordera, disentería, hemorragias severas y ulceraciones generalizadas entre otras, las cuales hacían más difícil sobrellevar la enfermedad o en ocasiones conllevaban al fenecimiento del virulento. Si esto sucedía, los médicos consideraban que la viruela dejaba de ser benigna para convertirse en maligna.

Si bien, uno de los objetivos del informe de la Comisión era presentar la vacuna como la medida más efectiva para contener la propagación de la viruela y a la vez debilitar las prácticas homeopáticas que realizaba la población para tratar dicha enfermedad. La carencia de medicamentos científicos generaron que la misma

Comisión terminaría por recomendar la infusión de diversos frutos o hierbas aromáticas; tratamientos con vino, vinagre, aceite de oliva o almendras, alcanfor o quina; complementados con una dieta a base de granos y bebidas cítricas. El saneamiento del lugar en donde internaba al enfermo y la no cercanía de éste con las personas exentas de viruela podrían agilizar y garantizar su recuperación.

Entre los tratamientos que sugirió el cuerpo de facultativos para contener la diarrea y evitar el debilitamiento del paciente, se encontró el cocinar un cuerno de ciervo con una rebanada de pan, luego de media hora de cocción debía endulzarse con jarabe de goma y ser ingerido por el enfermo. Asimismo, la sangría, a pesar de ser una práctica riesgosa utilizada para tratar diversas enfermedades, con resultados no siempre positivos, fue otro tratamiento que la Comisión creyó conveniente para la curación de la viruela. Por la pérdida de sangre que sufría el paciente, a esta práctica tan sólo debían someterse personas jóvenes y repetirse cada veinticuatro horas.

Por último, para evitar las cicatrices que en todo el cuerpo dejaba la viruela a quienes lograban sobrevivir, los médicos propusieron que durante el periodo de supuración, tan pronto los granos se tornaran amarillos deberían abrirse con la punta de una aguja, con lanceta o cortándolas con tijeras finas, extrayendo el pus cuidadosamente y repitiendo la operación. Era aconsejable empezar por la cara por ser el lugar en el que primero maduraban los granos, para evitar los múltiples síntomas que ocasionaba el pus detenido e impedir las feas secuelas que desfiguraban la apariencia.

Si se compara las anteriores prevenciones y tratamientos presentados en 1840 por la comunidad médica colombiana con los empleados a finales del periodo colonial o los propuestos por la comunidad médica europea se puede concluir que no existen realmente grandes diferencias. La higienización de las personas y de los contextos que habitaban, el distanciamiento de los virulentos, la alimentación

balanceada, la promoción de la vacuna como la solución más efectiva, y paradójicamente el consumo de remedios y prácticas homeopáticas, continuaban siendo las medidas con las que el Gobierno y la naciente comunidad médica buscaron ganarle la batalla a la viruela.

Aún así, el cuadro descriptivo de la viruela que presentó la Comisión de Médicos a la Facultad de Medicina de Bogotá fue relevante por ser la primera vez que profesionales expertos en la salud construyeron un referente de la clasificación y sintomatología de la viruela y de las prácticas que debían efectuarse para su prevención y control. El conocimiento complejo de la aparición y desarrollo de la viruela empezó a buscarse desde adentro del país y con personal colombiano, ya no debía esperarse la importación de saberes productos de estudios o de experiencias ocurridas en Europa. No obstante, durante el espacio y el tiempo que se estudia en la presente investigación, los intentos de la comunidad médica por apropiarse del control de la viruela con prácticas y conocimientos propios, pareció desvanecerse porque todo lo que desde la oficialidad se dispuso estuvo basado en estudios de médicos europeos, como se expone más adelante.

4. LA BATALLA CONTRA LA VIRUELA EN EL ESTADO SOBERANO DE SANTANDER

Durante las primeras décadas del siglo XIX, los procesos de conformación de la Nueva Granada en una República libre y autosuficiente, trajo consigo una profunda crisis política, económica y social, la cual buscó solucionarse en 1857 con la división político administrativa del país en Estados Confederados, dirigidos por liberales Federalistas, quienes con espíritu reformista acogían con mayor vigor la idea de progreso y apertura hacía las fuerzas modernizadoras, concibiendo este sistema de poder como la mejor forma de alejar al país del subdesarrollo e incivilidad en que se encontraba, a la par que percibían el bienestar social y cultural de la población como un requisito para materializar las ideas de progreso y como resultado del mismo.

El Estado de Santander se instituyó bajo la ley de 13 de mayo de 1857, a través del Senado y la Cámara de Representantes, quienes decretaron que las provincias de Pamplona, Socorro y Ocaña formaran un Estado federal; tiempo después a este territorio se anexaron otras provincias. El 11 de noviembre del mismo año, se expidió su primera Constitución, en donde la Asamblea decretó en su artículo 2º, que:

El Estado de Santander es parte integrante de la República de la Nueva Granada i solo depende del Gobierno Nacional en lo relativo a los negocios siguientes:

1. Uso del Pabellón i escudo de armas de la República.
2. Relaciones exteriores.
3. Naturalización de extranjeros.
4. Organización i servicio del Ejército permanente i de la Marina de Guerra.
5. Crédito Nacional.
6. Rentas i Gastos nacionales.
7. Tierra baldías propiedad de la Nación.
8. Pesos, pesas i medidas oficiales²⁵.

²⁵ Gaceta de Santander. Pamplona, 13 noviembre de 1857. Año I. p. 21 “Constitución del Estado de Santander, 1857”

De esta forma, se expresó la intención de desligar los poderes seccionales del Gobierno central. El Estado de Santander fue defensor, como lo confirma su primera Constitución de la vida, la libre expresión del pensamiento, la profesión libre de cualquier religión o culto, la asociación, la libertad de industria, la seguridad personal, la propiedad, la inviolabilidad del domicilio y escritos privados, entre otros aspectos propios de la ideología liberal.²⁶

La Constitución expedida en 1857, comenzó a regir en forma a partir del 1º de enero de 1858, y desde entonces generó complicaciones y diferencias políticas entre los miembros de los distintos partidos, materializando estas contradicciones en escenas violentas acompañadas de levantamientos armados en las provincias.

En 1859 se expidió una nueva constitución en el Estado, donde se ratificó que el Estado de Santander al ser parte de la Confederación Granadina debía depender de ella en:

1. La organización y reforma del Gobierno de la Confederación,
2. Las relaciones de la Confederación con la demás naciones;
3. La defensa exterior de la Confederación, con el derecho de declarar y dirigir la guerra y hacer la paz;
4. El orden y tranquilidad interior de la Confederación, cuando hayan sido alterados entre dos o más Estados, o cuando en uno se perturben por desobediencia a la constitución a las leyes o autoridades nacionales;
5. La organización, dirección sostenimiento de la fuerza pública al servicio de la Confederación;
6. El crédito público de la Confederación;
7. El establecimiento de la paz entre los Estados²⁷.

No obstante, la inestabilidad política en el Estado continuó siendo evidente, los asuntos de poder y los conflictos entre los diferentes gobiernos, reflejaban el aparatoso sistema federal que se adoptó. La experiencia federal mostraba un país

²⁶ Ibid., Artículo N°3.

²⁷ Gaceta de Santander. Bucaramanga, 26 diciembre de 1859. Año III. p. 31 "Constitución del Estado de Santander, 1859"

fragmentado, descentralizado en la administración de sus rentas, mejoras materiales, utilización de recursos, leyes penales, judiciales, administrativas y financieras, puesto que estos asuntos hicieron parte de los negocios administrados por cada Estado. Por consiguiente, el 22 de septiembre de 1862 se expidió una tercera constitución; sin llegar a generar modificaciones profundas, su vigencia fue de casi veinte años.

El Estado de Santander, como los demás Estados, afrontó durante el período federal una reestructuración de su función administrativa, pública y sus políticas sociales, apartándose por momentos de los tradicionales requerimientos al Poder Central y enfocando sus esfuerzos en procurar un progreso económico que le permitiera poner en marcha todos los postulados propios de la ideología liberal, que por entonces fueron proclamados con vehemencia por los dirigentes políticos del Estado.

Las reformas liberales de mediados del siglo XIX, llegaron al Estado de Santander y abarcaron numerosos campos de la vida política y social. Se pensó en abolir la esclavitud, se discutió y puso en marcha el sufragio universal, se defendió la libertad de prensa y se apoyó la educación para tener ciudadanos mejor preparados. Los radicales apoyaron la libertad de cultos y la separación entre la iglesia y el Estado. Además, las reformas económicas eran centrales puesto que al mismo tiempo que se quería abandonar el exceso de controles coloniales se quería tener unas finanzas fuertes y descentralizadas.

Los liberales consideraban que mientras el país continuara constituido por individuos pobres, enfermos e insalubres las condiciones de atraso difícilmente podrían ser superadas; por lo cual se debía sanar, instruir y ocupar productivamente a toda la población en los ramos de la economía que permitieran la consolidación de los proyectos políticos y culturales del Estado y la Nación. Sin embargo, cuando se revisa la documentación oficial, es evidente que la salubridad

pública fue un aspecto relacionado con la beneficencia y la asistencia a los pobres, enfermos, desamparados y moribundos. La mayor intervención de las autoridades gubernamentales en procura de un adecuado estado de la salud de la población, tan sólo se dio cuando las enfermedades endémicas o epidémicas tendieron a desestabilizar la dinámica socioeconómica del Estado, era en esos momentos cuando las autoridades empezaban, con mayor compromiso, a decretar medidas orientadas a garantizar un mejor estado de salud de los habitantes y a disponer de fondos para la materialización de las mismas.

La salubridad pública dentro de la nueva conformación político administrativa del país, asumió una doble vía de realización: “una de carácter central e institucional dependiente de las disposiciones nacionales y estatales, como de las ejecuciones político-administrativas del gobierno local o provincial a través de sus instituciones, y otra descentralizada y asociativa que siendo independiente del gobierno provincial o nacional y sus instituciones, era liderada y financiada a través de las organizaciones de los particulares en asocio a las autoridades locales, aunque sin estar condicionados en su legalidad a las disposiciones estatales o nacionales”²⁸.

La insuficiencia de fondos para la materialización de los postulados liberales que ansiaban un país próspero y civilizado, estableció como política de Estado evitar el gasto de las rentas para suplir las necesidades provinciales y locales. En consecuencia, se confió a particulares o a las organizaciones cívicas o de beneficencia reglamentadas por los cabildos, la responsabilidad de garantizar al desvalido un adecuado estado de salud, sin la colaboración de los funcionarios, instituciones o fondos públicos, tan sólo se podía contar con ellos cuando la gravedad de la dolencia tendía a expandirse afectando a un mayor número de

²⁸ PÉREZ PINZÓN, Luis Rubén. Regenerar la muerte: La política sanitaria en el Estado Soberano de Santander. Instituciones de beneficencia, organizaciones de caridad y establecimientos de salubridad (lazaretos, hospitales y cementerios) 1857 – 1886. Bucaramanga 2004. Trabajo de grado (Magister en Historia). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias humanas. Escuela de Historia. p. 6-7.

personas. De lo contrario eran los individuos pudientes quienes debían, como acto humanitario para con el necesitado, ayudarles a gozar de una mejor salud. El destinar parte de sus riquezas en auxiliar a infectados o agonizantes reflejaba el cumplimiento de sus compromisos cristianos y ciudadanos, garantizaba reconocimiento y agradecimiento, a la par que reducía la posibilidad de enfermarse al disminuir los agentes contaminantes.

Al efectuar la revisión de las políticas adoptadas por las autoridades del Estado Soberano de Santander para prevenir y tratar la viruela, por ser una enfermedad contagiosa y altamente mortal, capaz de desolar poblaciones, dejar huellas perennes en los sobrevivientes y obstaculizar el normal funcionamiento del sistema, se percibe que estas políticas se orientaron en cinco ejes, desde los cuales el Estado, quien se rehusaba a tener una intervención directa en la salubridad pública, debió como mínimo legislar en procura de la materialización de sus disposiciones para contener una enfermedad altamente peligrosa.

La conformación de Juntas de Sanidad integradas por vecinos pudientes, clérigos, médicos y funcionarios públicos fue una medida prioritaria, ya que eran éstas las comisionadas de efectuar las políticas estatales para evitar la viruela; la higienización de los poblados y de las personas; la exclusión de los virulentos como forma de evitar el contagio y de observar la podredumbre humana que tendía a generalizarse y por ende aterrorizaba a la población exenta del contagio; la promoción paradójica de tratamientos homeopáticos y la propagación de la vacuna como el método con mayor efectividad en la prevención de la enfermedad, fueron los armas del Estado de Santander para ganarle la batalla a la viruela. Victoria que no logró producirse, pero las víctimas de la lucha tendieron a disminuir.

4.1 JUNTAS DE SANIDAD

Desde las primeras décadas del siglo XIX, el Gobierno de la naciente República planteó la necesidad de conformar Juntas de Sanidad para coordinar y ejecutar las disposiciones médicas y sanitarias que permitieran contener los focos endémicos o brotes epidémicos, al igual que suministrar los auxilios a las personas contagiadas. Para una mayor cobertura y un mejor servicio, se planteó la integración de una Junta principal en la capital de Estado y una en cada uno de los Departamentos, según fuera dispuesto por el poder ejecutivo; debía procurarse que hicieran parte de ellas los individuos más idóneos para desempeñar las funciones que se le encomendaban, éstos podían ser empleados públicos o individuos particulares. Con la finalidad de prevenir todo aquello que pusiera en riesgo la salubridad pública se les concedió a las Juntas de Sanidad la facultad para dictar e institucionalizar medidas de policía, siempre que no contrariaran las leyes²⁹.

Frente a la amenaza que representaba la aparición y propagación de la viruela en algunos Estados vecinos, como el de Cundinamarca, a comienzos del 1871 el Presidente Solón Wilches ordenaba el establecimiento de Juntas de Sanidad en la capital del Estado de Santander y en los Departamentos, la primera sería integrada por cinco miembros nombrados por el Presidente y las segundas por tres personas designadas por los Jefes Departamentales. Asimismo, se estipulaba la obligatoriedad de contratar a una o dos personas para la conservación del pus vacuno³⁰.

Seis días después de haber sido decretada la anterior medida sanitaria, el Presidente del Estado nombró a los señores Daniel Rodríguez, Sebastian León,

²⁹ Código Político y Municipal, de Policía, Penal y Militar del Estado Soberano de Santander. Socorro: Imprenta Arenas y Cancino, 1866. p. 77.

³⁰ Gaceta de Santander. Socorro, 26 de enero de 1871. Año XIII. p. 681.

José Nava, Germán Vargas y al Presbítero Juan Nepomuceno Gómez para integrar la Junta de Sanidad de la Capital³¹.

Si bien, los documentos oficiales no registran para esos momentos la conformación de las Juntas Departamentales, sí evidencian que la Junta de Sanidad de la Capital estableció normas que reiteraban y ampliaban lo concentrado en el Código de Policía. La Junta ordenó multar con 25 pesos a quienes se negaran a cerrar las carnicerías, tintorerías y tenerías ubicadas dentro de los poblados.

Con la misma suma o con un día de cárcel por peso se multaba a quienes no airaran interna y externamente las casas o las tiendas, así como a los padres o acudientes de los enfermos de viruela que no se presentaban a la alcaldía a registrar al enfermo y a recibir instrucciones para su cuidado. El valor de las sanciones podía modificarse según lo creyera pertinente el Alcalde, quien en adelante estableció el monto de las multas.

A partir de la fecha en que fueron decretadas las anteriores medidas, la Junta de Sanidad daba un mes para que el jefe de familia llevara a vacunar a las personas que estuvieran bajo su dependencia. Disposición que difícilmente llegó a materializarse en un alto porcentaje por la carencia del pus vacuno y por los prejuicios que algunas personas tenían a la infiltración de dicha sustancia.

En 1875, el Presidente del Estado, el señor Germán Vargas quien fue miembro de la Junta de Sanidad de la Capital en 1871, ordenó la conformación de las diferentes Juntas al sentirse la población amenazada por la existencia de casos particulares de viruela en poblados limítrofes con el Estado de Santander.

³¹ Gaceta de Santander. Socorro, 09 de febrero de 1871. Año XIII. p. 683.

Como miembros de la Junta de la Capital fueron nombrados los señores Guillermo León, Gregorio Villafrade, Luis Fernando Otero, Pablo González y Felipe French, a quienes se les encomendó recibir el pus vacuno proveniente de Ocaña y distribuirlo a los Departamentos tan pronto como se obtuviera su reproducción en brazos, promoviendo la vacunación y de esta manera evitar que la viruela invadiera el Estado³².

Los anteriores hechos se repitieron en 1878, al presentarse un caso de viruela en el barrio Santa Bárbara de Bogotá. En esta ocasión el Gobierno del Estado de Santander pidió a las personas que adelantaban la campaña de vacunación contra la enfermedad en el Estado de Cundinamarca, prestar sus servicios en este Estado, pero de manera gratuita como un servicio patriótico y humanitario porque no existió presupuesto dentro de la partida del año en curso que pudiera destinarse a dicho objetivo³³.

Para conformar la Junta de Sanidad de la Capital se nombraron a los señores Rodrigo Chacón, Carlos Enciso, Ricardo Obregón, Luis Fernando Otero y Gregorio Villafrade. Los dos últimos hicieron parte de la Junta de Sanidad establecida en 1875³⁴.

Aunado a la manifestación de viruela en Bogotá, la aparición de una especie de langosta en Zapatoca aumentó la alarma entre las autoridades del Estado, por lo que contrario a las amenazas de viruela suscitadas los años anteriores, esta vez se conformaron Juntas de Sanidad Departamentales en Vélez, Guanentá, Charalá y Ocaña.

La Junta de Sanidad del Departamento de Vélez fue integrada por los señores Ramón Navarro, Marcos Lora, Aurelio Pinzón, Samuel Fajardo y Manuel López

³² Gaceta de Santander. Socorro, 08 de abril de 1875. Año XVII. p. 959.

³³ Gaceta de Santander. Socorro, 26 de mayo de 1878. Año XX. p. 1175.

³⁴ Gaceta de Santander. Socorro, 11 de junio de 1878. Año XX. p. 1179.

La de Guanentá la conformaron los señores Crisanto Duarte, Manuel María Rueda y José María Ramírez³⁵. Y la de Junta de Sanidad de Charalá la constituyeron los señores Dionisio Otero, Juan Chacón, Nicolás Vargas, Ramón Arguello y Ezequiel del Busto³⁶.

Sobre la Junta de Sanidad de Ocaña no se pudo establecer con exactitud quiénes la integraron, lo que se logró conocer de ella un año más tarde de su constitución, es el nombramiento provisional de personalidades distinguidas del Departamento, ya que quienes fueron nombrados en un comienzo no pudieron cumplir las funciones asumidas y al existir personas enfermas en las zonas costeras del Atlántico y del Pacífico, se hizo necesario su conformación por el temor a la aparición de la viruela en este Departamento.³⁷

Asimismo, la aparición de tres casos de viruela en Chinácota generó la conformación de la Junta de Sanidad Departamental de Cúcuta para “hacerle frente a tan terrible epidemia en todos los distritos del Departamento”. El Jefe Departamental expresaba al Secretario General del Estado la dificultad para obtener el pus vacuno, a pesar de la orden que existía de generalizar la vacunación mediante la reproducción de las placas que llegaron a la capital y su distribución a todos los Departamentos, principalmente, a aquellos donde la enfermedad se manifestaba. Siendo la promoción de hábitos sanitarios y el aislamiento de los virulentos en hospitales preparados para atender la epidemia, si ésta llegaba a presentarse, los únicos recursos para menguar los alcances de la viruela³⁸.

Durante las nuevas manifestaciones de viruela en 1881, el anterior panorama poco cambió. Buscando dar cumplimiento a las medidas establecidas para

³⁵ Gaceta de Santander. Socorro, 20 de junio de 1878. Año XX. p. 1182

³⁶ Gaceta de Santander. Socorro, 02 de julio de 1878. Año XX. p. 1185.

³⁷ Gaceta de Santander. Socorro, 15 de noviembre de 1879. Año XXI. p. 1345.

³⁸ Gaceta de Santander. Socorro, 09 de noviembre de 1878. Año XX. p. 1227.

contener los alcances de la enfermedad, las Jefaturas Departamentales pronto ordenaron la conformación de Juntas de Sanidad, cuya principal función fue acatar el Código de Policía y conseguir el virus vacuno para hacerlo extensivo a la población sin ninguna discriminación.

En Charalá se nombró como miembros de la Junta de Sanidad de esa capital, al Doctor Francisco Santos, a los Señores Patricio Naranjo, Dionisio Otero y Sabas Santander³⁹. En el Departamento de Soto las autoridades gubernamentales y algunas personalidades notables, se reunieron en el Club del Comercio para escoger entre ellos a los miembros de la Junta de Sanidad. En esta ocasión fueron nombrados el Doctor Aureliano Mutis, los señores Alejandro Peña y Guillermo Forero, el presbítero Jesús Atehortúa, y el comerciante Adolfo Harker⁴⁰.

A pesar de no haberse presentado personas enfermas de viruela en Vélez ni en los pueblos vecinos del Estado de Boyacá, el Jefe Departamental reportó al Secretario de Gobierno la organización de la Junta de Sanidad, la limpieza generalizada de las poblaciones del Departamento, el cumplimiento por parte de los Jefes de policía de las ordenes y decretos dictados para prevenir la viruela, y la contratación de los profesores de medicina Ramón Navarro, Marcos Lore, Ricardo Sarmiento y Manuel de Jesús para que adelantaran la campaña de vacunación con la sustancia vacuna comprada en Bogotá. Acto, que según este mismo reporte, se efectuó con excelentes resultados⁴¹.

Dado los alcances que pareció lograr la viruela en varias poblaciones del Estado, el Secretario de Gobierno facultó a las Juntas de Sanidad y a las autoridades policiales adoptar medidas rigurosas con respecto al aseo de los individuos y de los espacios públicos y privados, también sobre aquellas costumbres irregulares que contribuían con la extensión del contagio. Del mismo modo, el Secretario

³⁹ Gaceta de Santander. Socorro, 21 de junio de 1881. Año XXIII. p. 1498.

⁴⁰ Gaceta de Santander. Socorro, 31 de mayo de 1881. Año XXIII. p. 1495.

⁴¹ Gaceta de Santander. Socorro, 15 de agosto de 1881. Año XXIII. p. 1507.

incentivaba el “interés moral y patriótico, a fin de remover y alejar las causas de propagación de enfermedades que aparejan toda clase de ruina en el orden físico y moral”.

La prevención de enfermedades contagiosos o que desestabilizaban el orden social, empezaron a convertirse en preocupación del Estado, pero las limitantes que existieron para llevar a cabo todas las políticas propuestas hicieron que las autoridades gubernamentales recordaran a los individuos su participación activa para contribuir a prevenir o disminuir los alcances de estas enfermedades. Para lo cual, se recurrió a discursos que promovían los sentimientos patrióticos y altruistas, la salubridad de la población era concebida como una preocupación de todos⁴².

Si bien, la escasez de fuentes documentales no permiten plenamente constatar el cumplimiento y la efectividad del trabajo realizado por la diferentes Juntas de Sanidad en el Estado de Santander para contener la propagación de la viruela, se puede plantear que la conformación de las Juntas de Sanidad y la promoción de la vacuna fueron, en especial, medidas de contingencia cuando existió el rumor o la aparición de casos concretos de viruela dentro del Estado o en los Estados vecinos, ya que al parecer una vez pasaba la amenaza de la enfermedad, en el Estado se disolvían las Juntas y desaparecía de la documentación oficial las políticas que prevenían la propagación de la epidemia.

4.2 LA HIGIENIZACIÓN DE LOS POBLADOS

La dificultad para dilucidar las causas de varias de las patologías que afectaron a la población, centró los esfuerzos de las autoridades políticas y demás agentes promotores de la salubridad pública, en el saneamiento y purificación de las espacios; dado que los ambientes contaminados hacían a las personas más

⁴² Gaceta de Santander. Socorro, 12 de mayo de 1881. Año XXIII. p. 1493.

proclives al contagio. Por consiguiente la adecuación física y sanitaria de los poblados se convirtió en un objetivo principal para evitar la aparición y proliferación de enfermedades difíciles de contener.

Se destinaron partidas del presupuesto público y se legisló específicamente para empedrar las calles, construir canales o alcantarillas, sustituir los suelos enladrillados de las casas por suelos con maderamen, construir letrinas y arborizar las vías; al igual que se promovió el uso de baños y lavaderos públicos para la salud corporal, y la limpieza de las calles y las vías públicas⁴³.

La maleza y las aguas estancadas dentro o alrededor de los poblados fueron considerados focos de enfermedades. Se comisionó a la Juntas de Sanidad obligar a todas las personas que residieran cerca de los lugares en donde se presentaran estas condiciones, realizar mínimo una vez al año jornadas de deshierbe y desagüe; todos los habitantes debían comprometerse con el saneamiento de los espacios públicos para reducir las posibilidades de presentarse brotes epidémicos. Los Jefes de policía podían multar a las personas que no mantuvieran aseados el frente de las casas o los solares colindantes con la calle⁴⁴; era importante mantener limpio el interior de las viviendas, pero era primordial la higienización de los espacios públicos.

Era prohibido formar muladares, cuando el Estado no dispusiera de fondos para contratar carreteros que sacaran las basuras e inmundicias de los poblados fue obligación de los habitantes hacerlo. En aquellos lugares en donde faltaron vertederos y se hizo necesario arrojar suciedades a los ríos o quebradas que atravesaban los pueblos, tan sólo se permitió hacerlo durante las cuatro primeras horas del día, tiempo en el que las personas no transitaban, disminuyendo la posibilidad de enfermarse por los olores o gérmenes que salían de los desechos.

⁴³ PEREZ, Op. cit., p. 554-555.

⁴⁴ Código Político y Municipal, de Policía, Penal y Militar del Estado Soberano de Santander.. Artículos 313, 323, 324. p. 77 – 78.

No obstante, en los acueductos, acequias o arroyos de los que las personas se proveían, no se permitió depositar o arrojar sustancia que los contaminaran y arriesgaran la salud de la población⁴⁵.

Dentro de las poblaciones se prohibió instaurar carnicerías, tenerías o fábricas que generaran desechos. Se decretó el retiro de las tintorerías, pjaras de cerdos, pulperías y todo lo contribuyera al depósito de materias en descomposición que emanaran olores nauseabundos y alteraran la pureza del aire; quienes contrariaban estas disposiciones eran sancionados con multas hasta de veinticinco pesos⁴⁶. Asimismo, se impidió la permanencia de animales dentro de los poblados, la venta de bebidas fermentadas durante la noche y el amanecer, y se ordenó el aislamiento de las personas que sufrieran otras enfermedades contagiosas, como la lepra o la tífis, por ser susceptibles al contagio de la viruela⁴⁷.

Cuando la población estaba afectada por una enfermedad grave, contagiosa o epidémica, se prohibieron los espectáculos públicos ó reuniones numerosas, las aglomeraciones servían para la transferencia de todo tipo de impurezas y pestes. Era deber de las Juntas de Sanidad evitar que este tipo de encuentros se dieran, apoyándose en sanciones a quienes los propiciaran o acudieran.

La mayoría de las medidas de higienización fueron concentradas en el Código de Policía, pero los alcances de algunos brotes epidémicos conllevaron a adoptarse de imprevisto nuevas medidas ó reforzar las existentes. Durante el fuerte brote epidémico que se presentó en 1881, se decretó el derribe de los árboles y las plataneras, el deshierbe y limpieza de las calles tres veces por semana, impedir el depósito de aguas por más de dos días y el blanqueamiento de las casas ó

⁴⁵ Ibid., Artículos 320 – 322. p. 78.

⁴⁶ Gaceta de Santander. Socorro, 23 de agosto de 1881. Año XXIII. p. 1508.

⁴⁷ Gaceta de Santander. Socorro, 07 de junio de 1871. Año XVIII p. 1504.

habitaciones; la advertencia de multar a quien no cumplía la norma estuvo siempre presente⁴⁸.

Existieron ocasiones en que algunos individuos prestantes anunciaron a las autoridades estatales su intención de mudarse a otras regiones, sino se hacía que las contribuciones dadas al Estado alcanzaran para asear las poblaciones que parecían muladares. Estas personalidades argüían no poder continuar tolerando la vida de insalubridad que llevaban como consecuencia de estar constantemente respirando los nauseabundos miasmas que salían “de cada casa y de cada calle”. Además recomendaban asesinar a los perros que vagaban por las calles porque exhalaban excrementos que aumentaban la infección.

Sumado a los anteriores requerimientos, loables para quienes los hacían, se aconsejó mantener un brasero con boñiga encendida en cada casa, en las plazas y en las calles en donde fuera posible, puesto que el “humo que producía esta sustancia es un veneno para los animálculos que producen esta enfermedad i no es perjudicial para el hombre”. Aunque los médicos no reconocían lo beneficios de esta medida, quienes lo recomendaban mostraban sus efectivos resultados y lo económico que resultaba.

4.2.1 Cementerios

Al inicio del siglo XIX, como medida sanitaria para evitar problemas de salubridad pública, se reiteró la obligatoriedad de enterrar a los muertos en cementerios o en zonas rurales alejadas de los poblados y no dentro de las iglesias, en especial a quienes fenecieron a causa de enfermedades infecto contagiosas como la viruela. La profundidad de las tumbas debía ser mínimo de dos varas y se requería regar porciones de cal sobre el cuerpo del extinto⁴⁹.

⁴⁸ Ibid., p. 1505.

⁴⁹ Diario Oficial. Bogotá, 10 junio de 1866. N°. 662, p. 552.

Sustentada en razones benéficas, la exclusión de los enfermos y de los cadáveres, en especial de los contagiados de enfermedades que atemorizaban como la viruela, también fue adoptada por las autoridades del Estado de Santander, quienes se opusieron a que los individuos exentos de dolencias y contagios compartieran los espacios públicos con los enfermos, vagabundos y difuntos, puesto que la posibilidad de enfermarse era evidente.

Además, las experiencias en otros continentes demostraron el peligro de convivir los vivos con la putrefacción de los muertos, con los enseres que dejaban ó en los espacios que habitaron los convalecientes antes de fenecer. De esta manera, se impulsaron políticas orientadas a purificar el ambiente con sahumerios, a incinerar las pertenencias de los enfermos infecciosos y a enterrar a los difuntos en cementerios. Cuando las personas morían de enfermedades contagiosas, el cadáver debía ser trasladado de inmediato al cementerio ó a un espacio no concurrido, designado por el Jefe de Policía. Se consideró que mientras no se oxigenaran los espacios, desapareciendo los miasmas transmisores de enfermedades, los familiares no podían visitar las tumbas⁵⁰.

Pese a la negativa de la población de hacer uso de los cementerios, los Regidores de los Cabildos debieron procurar el cumplimiento de las disposiciones enfocadas a la preservación de la salubridad pública, como lo era el tratamiento adecuado de los cadáveres y su inhumación en los camposantos. Obligaciones que más adelante fueron contempladas por los Código de Policía y de Beneficencia, en donde se estipulaba a su vez las sanciones a quien las infringiera y el personal que debía velar por su ejecución.

Aunque los anteriores requerimientos terminaron imponiéndose, durante gran parte del siglo XIX, la falta de recursos económicos para la creación de

⁵⁰Código Político y Municipal, de Policía, Penal y Militar del Estado Soberano de Santander. Artículo 343. p. 81.

cementerios, la accesibilidad de las autoridades para con las personas adineradas o influyentes de permitirles realizar el entierro de sus familiares dentro o al rededor de las iglesias y la renuencia de los eclesiásticos y de la población a enterrar a sus seres queridos en sitios distantes, retardaron la transformación de los hábitos funerarios.

Las creencias judeo cristianas en el perdón de los pecados para la concesión de la salvación del alma y la vida eterna, eran unas de las razones por las que se prefirió el sepulcro de los difuntos en los santuarios católicos, allí el cuerpo estaba más cerca de las divinidades y sería constantemente bendecido. De ahí, que Los feligreses, en especial, las personalidades pudientes se oponían a perder el privilegio de enterrar a sus familiares o llegar a ser enterrados en las iglesias.

Las anteriores convicciones fueron validadas por las órdenes religiosas, quienes vendían los servicios fúnebres dentro de los templos según la jerarquía social y los legados a favor del alma mediante cofradías, capellanías u obras pías. En consecuencia, por un gran lapso de tiempo, la utilización de los cementerios pareció práctica exclusiva de los individuos de escasos recursos, de los desconocidos y de aquellos a quienes se les debía negar sepultura según los códigos canónicos⁵¹.

Si bien, a inicios del siglo XIX se dispusieron terrenos comunes de fondos presupuestales y los planos arquitectónicos necesarios para el levantamiento de cementerios rurales, sólo el temor a contraer la lepra, enfermedad que discapacitaba y descomponía el cuerpo de los dolientes, ó la viruela enfermedad que rápidamente podía acabar con la vida de quien la padecía, fueron aspectos que facilitaron la adopción de las practicas fúnebres en lugares distantes a los templos religiosos bajo las recomendaciones dados por las autoridades medico sanitarias e impulsadas y controladas por las autoridades gubernamentales.

⁵¹ PEREZ, Op. cit., p. 556.

A pesar del inminente peligro de la aparición y rápida expansión de enfermedades producto de la convivencia con la putrefacción de los cadáveres, los camposantos dentro de las ciudades terminaron aceptándose, ya que existía el riesgo de ser profanadas las tumbas por las bestias, los ladrones sacrílegos, los enemigos durante las guerras, etc.⁵² acontecimiento que optimizó la adherencia de las prácticas fúnebres por la población.

Por su parte las autoridades civiles y religiosas constantemente se disputaron la administración de los cementerios católicos, ya que quienes no profesaban esta religión o no cumplían con los requerimientos canónicos debieron ser enterrados en camposantos seculares o particulares. Pugna que durante la división político administrativa del país en Estados Soberanos tendió a agudizarse con la imposición del modelo civil y sanitario de inhumación que se decretó desde 1827, y con la expropiación de los bienes pertenecientes a la Comunidades religiosas.

Durante su gobierno los liberales radicales se empeñaron en constituir los cementerios en espacios sanitarios de uso público, sin ningún tipo de restricción o discriminación más que las sanitarias o las judiciales, alejando los camposantos de un culto, iglesia o religión particular.⁵³ Disposiciones que de manera inmediata despertaron la inconformidad del clero y de los oponentes del régimen, quienes pedían al Gobierno Central y local se le concediera nuevamente a la Iglesia la administración de los cementerios, así como todo lo concerniente a la inhumación de los cuerpos.

Fue hasta 1886, durante la Regeneración, que se le volvió a conceder la supervisión del funcionamiento de los cementerios a la Iglesia Católica por ser la religión que respaldaba la Constitución colombiana. Sin embargo, la vigilancia

⁵² Ibid., p. 561.

⁵³ Ibid., p. 571.

sanitaria de estos lugares y la reglamentación de las prácticas funerales se encomendaron al Gobierno Municipal.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, más allá de las disputas entre el clero y el régimen liberal por el control de los camposantos, es importante resaltar el interés de los funcionarios gubernamentales por reglamentar y materializar las políticas de salubridad pública que por varios siglos fueron delegadas al ámbito privado, las cuales culminaron en el acatamiento por parte de la población de la normatividad sanitaria para la ejecución de rituales fúnebres.

La reglamentación sobre cementerios, inhumación y exhumación tan sólo se permitió obviarse en épocas de epidemias, guerras y desastres naturales, puesto que la magnitud de los muertos o la imposibilidad de trasladarlos impidieron los entierros en los camposantos oficiales. Estado autorizó la expropiación de terrenos privados ubicados a las afueras de los poblados para la adecuación sanitaria de cementerios provisionales⁵⁴.

4.3 DEL DEGRADO A LOS HOSPITALES DE VIRULENTOS

El temor a lo desconocido, a lo desagradable, a lo incontrolable y al contagio de esto, conllevó a las autoridades gubernamentales a buscar el aislamiento del agente patógeno o de los individuos que causaban estupor en la población por padecer alguna enfermedad o desviación en su comportamiento. Por esta razón, en Nueva Granada desde el periodo colonial se erigieron sitios especiales en donde se recluyeron a quienes eran considerados un peligro para la salubridad pública por padecer enfermedades contagiosas.

⁵⁴ Código Político y Municipal, de Policía, Penal y Militar del Estado Soberano de Santander. Artículo 360. p. 82.

La necesidad de evitar que poblaciones enteras se vieran afectados por enfermedades de propagación rápida y de difícil curación generó la implementación de la política de “degrado”, la cual consistía en impedir el ingreso a las ciudades o poblados a las personas que parecieran padecer de alguna enfermedad extraña y contagiosa, o que provinieran de lugares en donde estas enfermedades estaban presentes, es decir, se excluía de la ciudad del que se teme por contagiado.

Una vez eran detectados los enfermos o con posibilidad de serlo, eran reclusos, con todo su equipaje, en una casa alejada de los poblados, allí debían permanecer en ocasiones por cuarenta días bajo la vigilancia militar y a veces médica; concluido este tiempo o descartada la amenaza de enfermedad, las personas podían llegar a su destino final.

El degrado fue amplia y constantemente criticado por la sociedad, oponiéndose a su ejecución. Más allá de lo benéfico que podía ser porque mantenía a la población alejada de las enfermedades epidémicas, fue catalogado como un método discriminatorio y un obstáculo para el comercio. De ahí, que su estructura y finalidad pretendieron modificarse al asignarle la categoría de hospitales a los lugares de degrado. La historiografía ha planteado que fueron estos lugares los que antecedieron a los lazaretos y a los hospitales de virulentos.

Con respecto a la viruela, en los brotes epidémicos de 1782 y 1802, el degrado fue una de las medidas preventivas más utilizadas. Sin embargo, estas pusieron nuevamente de manifiesto, las dificultades y problemas para el normal funcionamiento de la sociedad, que parecía paralizarse más por culpa del temor al contagio que de la enfermedad en sí.

Cuando la viruela amenazó la población durante el periodo republicano se estableció como principal medida de defensa la adecuación y organización de

hospitales temporales, los cuales en realidad eran casas ubicadas en lugares distantes y acondicionadas para asilar y algunas veces para asistir a los enfermos que eran reclusos allí de manera forzosa o voluntaria. Estas medidas resultaron ser más el resultado de la experiencia heredada del régimen indiano que de los planes administrativos para contenerla.

Si bien, se deseó cambiar la finalidad de los hospitales para virulentos del sólo hecho de distanciar al enfermo de los individuos sanos, para pasar a brindarles asistencia médica, en procura de curación rápida y sin mayores consecuencias; la escasez de fondos y de personal especializado, la renuencia del enfermo a ser señalado y alejado de su entorno familiar, así como la insistencia de los funcionarios políticos, médicos y hasta religiosos, por evitar el contacto de los contagiados con la población exenta, obstaculizaron la efectividad y eficacia de estos centros hospitalarios.

Lo anterior es constatado por Renán Silva y Marcelo Frías, quienes han estudiado las epidemias de viruela durante las últimas décadas del periodo colonial y han expresado que a partir de esa época se empezó a considerar la prevención como una opción y a pensar los hospitales como lugares para el tratamiento y no como simples centros de aislamiento para evitar el contagio del resto de la comunidad. Asimismo, ellos registran la impotencia del Estado para materializar la instauración y funcionamiento de hospitales para enfermos de viruela por la falta de dinero, más aún cuando en varias oportunidades se planteó también la necesidad de hospitalizar a las personas que se inoculaban o vacunaban.

Que las empobrecidas o comprometidas arcas del país en el periodo colonial no pudieran garantizar la salubridad pública de sus habitantes, fue algo que no cambió durante los años posteriores a la Independencia, ni cuando el país, bajo principios liberales, se organizó en Estados Soberanos y como prueba del

desarrollo que se buscaba alcanzar, sus dirigentes anhelaban el bienestar físico de la población.

Cada vez que la viruela pareció convertirse en la enfermedad catastrófica del momento, la instauración de hospitales provisionales fue una medida asistencial y sanitaria contemplada por las autoridades a cargo; llegó a ser tanto su promoción, que la adecuación de estos lugares se incorporó al código de policía para que desde allí fuera legitimada.

No obstante, el seguimiento de las políticas adoptadas por el Gobierno del Estado Soberano de Santander deja ver la contradicción entre la promoción que se le dio a los hospitales para virulentos y su real materialización, condicionada siempre por los limitantes económicos. Aunque las fuentes documentales encontradas para la realización del presente trabajo son los registros oficiales, los cuales la mayoría de las veces tan sólo reflejan el ideal o el deber ser, estos mismos han permitido conocer las dificultades que existieron para aplicar las políticas médicas y sanitarias tendientes a contener la viruela.

En octubre de 1857, se presentaron brotes de viruela en el Socorro, temiendo su propagación y agudeza de los problemas que traía consigo, el Gobierno distrital para poder dar cumplimiento a la normatividad que estipulaba la creación de hospitales como una medida de urgente necesidad, debió recurrir a la Junta administradora de fondos del hospital de caridad de aquel lugar para que facilitara mediante préstamos la suma de 800 pesos, dinero con el que se financiaría la adecuación del hospital y los gastos que éste demandara, por lo menos durante un año.

En 1871, cuando el Socorro nuevamente se vio afectado por la viruela, entre las medidas fijadas estuvo el establecimiento del hospital provisional, ubicado en esta ocasión en el sitio denominado “El Teran”. El cabildo del distrito fue comisionado

para acordar con los propietarios del predio, el valor del alquiler y las condiciones en que éste se efectuaría, ya que el factor sobresaliente era la escasez de fondos para el efectivo cumplimiento de dicha disposición⁵⁵.

Fue quizás por lo anterior, que al presentarse casos de viruela en 1875 y 1878, el Gobierno del Estado no ordenó el establecimiento de hospitales para virulentos, únicamente se dispuso la creación de Juntas de Sanidad, la obligatoriedad de vacunarse y de acatar las normas sanitarias concentradas en el Código de Policía.

No obstante, un aspecto que no debe omitirse, es que en los años anteriormente mencionados, la información encontrada no hace mención plenamente de brotes epidémicos de viruela, tan sólo habla de casos esporádicos que se presentaron en el Estado de Santander o en Estados vecinos y se temía que llegaran allí, pudiendo ser esto otra explicación al por qué no se establecieron hospitales para enfermos de viruela en esta ocasión.

Por el contrario, en 1881 cuando la viruela hizo presencia notoria en algunos poblados del Estado, una de las primeras medidas tomadas por el Gobierno fue la instauración de hospitales para atender a los individuos contagiados; asimismo se dictaron todas las políticas requeridas para lograr su verdadera materialización y las necesarias para contrarrestar las consecuencias de la enfermedad. En esta oportunidad, el peligro de la epidemia demandó de inmediato la aplicación del Código de policía, en especial en lo referente al establecimiento de hospitales provisionales⁵⁶

En el Socorro, se encargó al alcalde y al comandante del batallón Santander la labor de adecuar la casa de “las Quebradas” para que en ella funcionara el hospital, donde debían ser reclusos, sin excepción, los enfermos de viruela,

⁵⁵ Gaceta de Santander. Socorro, 16 de febrero de 1871. Año XVII. p. 684.

⁵⁶ Gaceta de Santander. Socorro, 07 de junio de 1871. Año XVIII p. 1504.

responsabilidad también asignada a estas personalidades. Un mes más tarde, sin que la enfermedad se hubiese intensificado, el Gobierno propuso el establecimiento en el Socorro de más centros hospitalarios para recluir los enfermos de viruela que pudieran presentarse.

Sin embargo, al considerar los cuantiosos gastos que acarreaba la proscripción de los virulentos, dado que se hacía necesario suministrarles alojamiento, alimentación y ropaje, y además pagarle al personal que se encargaba de su atención, el Gobierno buscó métodos para materializar el propósito de instituir al menos un hospital y no declinar en su intento por falta de recursos. Fue en esos momentos cuando se ordenó constituir la Comisión de auxilios para obtener del altruismo de la población, todo lo que el hospital requiriera.

La Comisión fue integrada por Ricardo Obregón, Eliseo Ramírez y señoras prestantes de la región, como Cayetana Gómez de Vergara, Antonina Morales, Natividad Gómez de Gómez, Jacoba Mejía, Nieves Carreño de León y Adelina Azuero. Estas personas debían despertar entre sociedad socorrana el “espíritu benéfico y caritativo”, incentivándolas a donar toda clase de auxilios que permitieran la pronta y efectiva curación de los enfermos⁵⁷.

Si bien, no se puede conocer la real aplicación de la intencionalidad gubernamental de constituir hospitales en el Socorro, como mecanismo para impedir o detener la viruela en esta región y su extensión por todo el Estado. La conformación de la Comisión de Auxilios permite corroborar que el factor económico fue un fuerte obstáculo para evitar que la orden de fundar hospitales provisionales, pese a que ellos no fueran en realidad eso, dejara de ser una buena intención y lograra concretarse, debiéndose dejar, como siempre, la salubridad pública a agentes filantrópicos.

⁵⁷ Gaceta de Santander. Socorro, 26 de julio de 1871. Año XVIII p. 1504.

4.4 DE LA INOCULACIÓN A LA VACUNA DE JENNER

4.4.1 Inoculación o variolación

La inoculación fue una práctica originaria de Asia y llegó a Europa a comienzos del siglo XVIII, época en la que las epidemias de viruela generaban un alto índice de mortalidad, por lo que desde entonces se realizaron como uno de los pocos y más efectivos métodos de prevención contra esta enfermedad, pese a los riesgos que podía provocar en algunas personas, cuando contrario a lo esperado, el mal se desataba con violencia.

La técnica de inoculación consistía en trasplantar pus de las pústulas de un enfermo de viruela a una incisión o punción en la piel de una persona sana. De ella resultaba una infección generalmente benigna, cuyas posibilidades de supervivencia eran mucho mayores que en el caso de infección por contagio natural⁵⁸. Otra forma de inocular fue mediante el “método griego”, que consistía en realizar cuatro punturas cruciformes con linfa variólica en la frente, el mentón y los pómulos.

A Nueva Granada esta técnica llegó a finales del siglo XVII promovida por José Celestino Mutis, quien estudiaba y difundía mecanismos para prevenir y menguar los efectos de los brotes epidémicos de viruela que se daban en varias regiones del Virreinato, y quien publicó un folleto con instrucciones para efectuar dicho procedimiento⁵⁹.

Para Mutis las ventajas del método inoculador dependían, en gran parte, si se aplicaba a individuos con edades que oscilaban entre los tres y seis meses, y de los cuatro hasta los doce años. Después de estos interregnos de edades, el

⁵⁸ COOPER, Op.cit., p. 85.

⁵⁹ FRIAS, Op. cit., p. 69-89.

cuerpo estaba “menos dispuesto”, corriendo mayores riesgos. Asimismo, Mutis advirtió del peligro que corrían al inocularse las mujeres embarazadas, las personas que constantemente enfermaban y los mayores de cincuenta años.

Si bien, la variolación debía ser realizada por médicos, la carencia de ellos obligó a religiosos, curanderos, parteras, boticarios y barberos a efectuar estas incisiones. Frente a ello, Mutis recomendó la orientación de los facultativos siempre que esto fuera posible, de lo contrario sugirió a las autoridades gubernamentales hacer constantes seguimientos a esta práctica cuando era realizada por personas sin ninguna preparación.

A pesar de la efectividad de la inoculación en los países en que se implementaba, en este país existió gran recelo y desconfianza a su realización. Al comienzo tan sólo fue acogida por las principales familias, quienes también llevaron a sus criados a inocularse; las personas de escasos recursos, incluidos los indios se resistieron a ella. Fue el tiempo, la obligatoriedad y la comparación de sus efectos positivos ante los negativos, los que permitieron la aceptación y la extensión de esta práctica.

El contraer voluntariamente, por medios artificiales, una enfermedad mortal estando el cuerpo sano, para evitar contraerla naturalmente con consecuencias que podían ser peores y la no seguridad de su inmunización, fue algo que difícilmente asimilaban los Neogranadinos, en especial, cuando se propuso recluirlos en sitios distantes a los poblados por ser agentes transmisores del virus.

Lo anterior y la oposición de algunos médicos y funcionarios públicos para quienes la variolación no lograba convencerlos por los peligros que podía generar, obstaculizó la masificación de dicha práctica. Aún así, fueron miles las personas inoculadas, logrando evitar que la enfermedad se propagara con la misma intensidad que lo hizo en los tiempos en que no se realizaba; se disminuyó en un

alto porcentaje las consecuencias fatales de la viruela hasta la aparición de la vacuna.

Renán Silva, citando al Virrey Caballero y Góngora, manifiesta que la epidemia de 1782 cesó rápidamente gracias a la inoculación que empezó a extenderse en todo el territorio. En San Juan de Girón y en Tunja, en donde las personas se resistían a inocularse en menor medida que en Santafé, se comprobó sus buenos resultados al pasar las poblaciones casi ajenas al contagio; en consecuencia la práctica de inoculación se realizó en otros lugares.

Aunque fue difícil convencer a la gente de los favorables resultados de introducir artificialmente una enfermedad para salvar al paciente, el Virrey señalaba que el 98% de efectividad, presentaban la inoculación como el golpe más feliz para la conservación de las gentes del Reino. En su opinión, las viruelas podían ser una enfermedad frecuente, pero comenzaban a perder su carácter de peste general⁶⁰.

4.4.2 La vacuna y la inoculación de la vacuna

La verdadera prevención contra la viruela pareció encontrarse en 1798 en Inglaterra. Dos años atrás, en la provincia de Gloucestershire, los rumores existentes entre la población a cerca del no contagio de viruela en los encargados de ordeñar las vacas que fueron contagiados de una erupción que aparecía en las ubres de los animales conocida como cow pox o viruela de las vacas, llevó al médico Edward Jenner a infiltrar en el cuerpo humano la linfa de una pústula para comprobar que era un método inocuo que evitaba el contagio de la viruela humana⁶¹. Al demostrarse su efectividad se extendió su aplicación, llegando a las colonias españolas en América a comienzos del siglo XIX.

⁶⁰ SILVA, Op. cit., p. 38- 45.

⁶¹ FRIAS, Op. cit., p. 158.

Sin embargo, en estos lugares de inmediato se dieron los mismos inconvenientes que se presentaron en Europa. La dificultad para encontrar la sustancia en las vacas y de importarlo por las alteraciones o daños que podía sufrir el fluido al ser transportado de tan vastas distancias y atravesando diversos climas, aumentó la preferencia de la práctica de la inoculación.

José Celestino Mutis, quien a comienzos del siglo XIX continuaba preocupado por prevenir la propagación de la viruela en la Nueva Granada, elaboró un texto con indicaciones para la adecuada recolección de la materia vacuna, adoptado por las comisiones contratadas por el Gobierno para su búsqueda en las haciendas ganaderas del Virreinato⁶².

Quizás la lectura de experiencias en otros lugares, que de experiencias propias, llevó a Mutis a plantear que eran las vacas paridas, especialmente las primerizas, las que desarrollaban cerca a su ubre los granos que contenían la sustancia vacuna, y que era entre el noveno y undécimo día el tiempo adecuado para su recolección, ya que el “humor” contenido en las pústulas se encontraba en “estado de madurez perfecta”. No obstante, la búsqueda de esta sustancia pareció ser en un comienzo infructuosa.

Por repetirse la anterior situación en las otras colonias americanas de la corona española, el Rey Carlos IV apoyó al médico Francisco Javier de Balmis en su intención de traer la materia vacuna a estas tierras y a las islas Filipinas. El proyecto conocido como la *Expedición Filantrópica de la Vacuna*, logró concretarse el 30 de diciembre de 1803, cuando Balmis y Joseph Salvany partieron del puerto de la Coruña a la isla de Puerto Rico, en donde cada uno tomaría una ruta distinta con la finalidad de agilizar la masificación de la vacuna.

⁶² Ibid., p. 171.

Salvany era esperado en Nueva Granada a finales del mes de junio, arribaría a Cartagena y seguiría la ruta del río Magdalena, adentrándose a lugares inhóspitos y distantes hasta llegar a Popayán, de ahí se dirigía a controlar el brote epidémico presentado en Quito⁶³. Incidencias climáticas hicieron que Salvany y sus acompañantes llegaran primero a Barranquilla y antes de lo esperado, lugar en el que inició su trabajo como vacunador y difusor de esta práctica.

Al cuarto mes de estar en tierras Neogranadinas Salvany tomó la decisión de dividir el grupo. Las inclemencias del clima afectaron la salud de los expedicionarios y retardaron su trabajo; la necesidad de extender la práctica de la vacuna y de llegar a Quito hizo que un grupo continuara la ruta propuesta desde el comienzo y el otro pasará por Ocaña, Cúcuta, Pamplona, Girón, San Gil, Socorro, Vélez y Tunja. Después de varios meses el grupo se reencontró en Bogotá mostrando un reporte favorable de su labor, puesto que manifestaban haber vacunado a un alto porcentaje de habitantes, de haber introducido el fluido en un importante número de vacas y de haber enseñado el método de propagación de éstas a las personas⁶⁴.

La vacuna se presentó a la población como un regalo del Rey, quien “buscaba la salud de los actuales habitantes y la seguridad y hermosura de sus futuros hijos”, razón por la que la aplicación de la vacuna no tendría ningún valor. No obstante, los individuos de mejor condición socioeconómica estaban en la obligación de gratificar a los vacunadores con cuotas voluntarias⁶⁵.

Los vacunadores que integraban la expedición, al igual que Mutis, frente a la escasez de médicos, insistían en la preparación que debían tener las personas a quienes se les encomendaba esta labor. Los vacunadores debían distinguir la

⁶³ SILVA, Op. cit., p.136.

⁶⁴ FRIAS, Op. cit., p 196-198.

⁶⁵ SILVA, Op. cit., p.142-144.

verdadera vacuna, tener conocimiento del estado en que el fluido podía ser aplicado y de las reglas básicas para efectuar la operación.

Por lo anterior, se buscó capacitar, principalmente, a las personas que tuvieran conocimiento de la ciencia médica o aquellos que tuvieran cierto grado de formación académica o cultural, entre ellos los maestros, las matronas y los sacerdotes. Estos últimos, también debieron cumplir la función de controladores y convencedores. Los religiosos estaban en la obligación de reportar a las autoridades gubernamentales y médicas sobre los enfermos que tuvieran conocimiento, y de persuadir a la población para que acudiera a vacunarse⁶⁶.

Sin duda, el éxito que pareció tener la *Expedición Filantrópica de la Vacuna*, fue atribuido en parte en la organización de la misma, especialmente cuando se tomó la decisión de conformar Juntas de Vacuna, integradas por representantes del gobierno, personalidades distinguidas y por médicos, si esto era posible. Entre sus funciones estaba la de centralizar y ejecutar la difusión del fluido vacuno, censar el número de enfermos y de personas vacunadas, mantener suero con virus vivo para vacunaciones futuras y difundir medidas sanitarias que impidieran la propagación de la enfermedad. Con el tiempo estas Juntas pasaron a denominarse Juntas de Sanidad, puesto que se les designó la función general de velar por la salubridad pública de los lugares donde fueron integradas.

Antes de pasar a mencionar la forma en que se llevó a cabo la extensión de la vacuna entre los habitantes del Estado Soberano de Santander, vale la pena señalar la aclaración que hace Marcelo Frías Núñez sobre el uso del concepto correcto de vacunación, puesto que la documentación oficial durante este tiempo, registra dicho método preventivo haciendo mención a la inoculación de la vacuna. Frías Núñez indica que la inoculación era la introducción de la viruela humana en

⁶⁶ Ibid., p.136-139.

una persona no contagiada, y el término vacuna se refería a infiltración en los seres humanos de la viruela de las vacas.

No obstante, en el tiempo y el espacio estudiado la dificultad para contar con suficiente cantidad del virus vacuno generado por los bovinos, llevó a que éste fuera extraído de las personas vacunadas e inoculado en otros individuos, práctica denominada inoculación de la vacuna. Al igual que con la inoculación, las personas encargadas de inocular la vacuna creían que la sustancia más apta para ser nuevamente infiltrada a otros individuos era la desarrollada por la población infante que se encontraba en adecuado estado físico.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el no conocimiento de la aparición de la enfermedad en el Estado de Santander o en Estados circundantes, mantuvo al Gobierno y a la población en estado pasivo, no existían restricciones sanitarias ni vacunadores inmunizando, pero la aparición de un sólo caso de viruela despertaba la alarma de inmediato, emitiéndose la orden de dar cumplimiento al código de policía, en especial, en aquello que hacía referencia a extender el beneficio de la vacuna a la mayor cantidad de personas posibles.

Desde la aparición de la práctica de vacunación, el Poder Ejecutivo residente en la Capital del Estado Central, asumió la responsabilidad de buscar, conservar y distribuir el pus vacuno a todos los lugares en donde se necesitara; éste era proporcionado a los Gobiernos locales, quienes debían procurar la preservación de la sustancia, entregarla a los vacunadores y registrar los resultados del método. Teniendo en cuenta, las múltiples funciones de los representantes del Poder Ejecutivo, la colaboración que prestaban personalidades distinguidas a través de las Juntas de Sanidad y los vacunadores que se contrataban o prestaban su servicio por altruismo, fue significativo en la lucha contra la peste.

La obtención, preservación y propagación del virus vacuno, al igual que la forma como debía efectuarse la práctica de vacunación, fueron políticas reglamentadas en el Código de Policía⁶⁷, cada vez que la viruela se presentó se acudió a éste; sin embargo por la coyuntura en ocasiones se dictaron otras disposiciones. Desde la reglamentación el Estado se comprometió a pagar de los fondos públicos el servicio de vacunadores ambulantes para que recorrieran el territorio inmunizando a todas las personas que fueran presentadas por las autoridades o por la policía.

Al verse un Estado afectado por la viruela o se temiera estarlo por su presencia en un Estado vecino, se dispuso aumentar el número de vacunadores ambulantes para que fueran especialmente a los lugares más propensos al contagio. Desde el deber ser, el Gobierno planteó que las posibilidades de expansión de la peste debían reducirse, así los costos fueron altos.

Sin generar discriminaciones, el Gobierno de la Unión concibió la necesidad de vacunar a toda la población sin distinción, pero la limitada cantidad de vacuna obstaculizó su cumplimiento. Se vacunaban primero las familias más prestantes y sus criados, luego las personas con mayor susceptibilidad al contagio, existiendo preferencia por los infantes. Desde los tiempos de José Celestino Mutis se aseguró que los menores reaccionaban mejor a los efectos de la vacuna, además su vida apenas empezaba, debiéndose buscar su permanencia.

Fue también función de los vacunadores ambulantes, reproducir el virus vacuno mediante la inoculación de la vacuna. Una vez arribaban a las diferentes regiones debían entre las personas vacunadas seleccionar a quienes servirían como vehículos reproductores de la misma, como se ha mencionado eran preferiblemente niños o niñas en adecuado estado físico, puesto que sus cuerpos estaban menos contagiados de otras enfermedades. Los vacunadores debían

⁶⁷ Código Político y Municipal, de Policía, Penal y Militar del Estado Soberano de Santander. Artículo. 327 – 336.

esperar que el virus se desarrollara, extraerlo, comprobar su calidad e instruir a las personas que en adelante se encargaban de su expansión a cerca del modo de inocularla, tiempo de tomarla, precauciones y método para conservarla.

Los vacunadores procurando que la sustancia vacuna no se contaminara preferían transportarla en brazos, es decir, mediante los niños vacunados. Fue el representante del Poder Ejecutivo en cada región, el encargado de escoger a los menores que acompañaban al vacunador; la selección se hizo entre los hijos de las personas adineradas, puesto que los padres debieron financiar el traslado y subsistencia de éstos, acto considerado misericordioso y patriótico. Cuando la labor de los infantes terminaba por dejar de poseer el virus, era reemplazado por otro, elegido bajo los mismos criterios.

Si bien, era prohibido, mal visto y sancionados los padres de familia que no prestaran a sus hijos y proporcionaran los medios para facilitar la inmunización de la población, muchas personas se rehusaron a esto. Por consiguiente, se debió transportar el pus vacuno en placas o en tubos capilares, y como se muestra párrafos más adelante, los inconvenientes por la pérdida de la calidad del virus no tardaron en presentarse, debiéndose insistir en la efectividad de utilizar a los niños en la preservación de la vacuna.

Ante la necesidad de proteger a la población de los efectos de la peste y la inexistencia del pus vacuno, El Código de Policía reiteraba la obligación de las Juntas de Sanidad de designar a tres o más vecinos pudientes que tuvieran hijos o dependientes sin vacunar, para que cada uno de ellos llevara un niño al lugar en donde se estuviera vacunando, a fin de ser inmunizado y regresara con la pústulas para tomar de ellas el pus.

A la par de los llamados a actuar con filantropía para la preservación de la supervivencia de los semejantes, se establecieron los castigos o sanciones

monetarias para quienes teniendo la obligación de participar en la extensión de la vacuna no lo hicieran.

El individuo designado para propagar la vacuna i no cumpla con su encargo, sufrirá una multa de diez a veinte pesos. El que requerido para presentar sus hijos o dependientes para ser vacunados no los presente, sufrirá una multa de uno a cinco pesos, ó un arresto de uno a cinco días. El que designado para llevar un niño con la vacuna al distrito inmediato o para traerlo del distrito en que exista, no cumpla con lo que le corresponde, sufrirá una multa de cinco a diez pesos⁶⁸.

La intensión gubernamental de masificar la práctica de vacunación fue también obstruida por la ausencia de personas expertas en la conservación de la vacuna, en el conocimiento de las condiciones en que debían encontrarse los individuos de quienes se tomaba el virus vacuno como aquellos a los que se les aplicaba y en la forma de efectuar la operación. Para complementar las indicaciones que los vacunadores ambulantes proporcionaban a las personas que en las diferentes regiones se encomendaba la función de vacunar, el Gobierno Central publicó un instructivo en el periódico oficial del 17 de agosto de 1878, buscando subsanar las falencias que se presentaban a la hora de preservar el virus, reproducirlo e inocularlo⁶⁹.

El instructivo era la transcripción literal del ***Resumen General de Patología Interna y de Terapéutica Aplicadas*** del médico francés Valleix. En 1850, dos años más tarde de su publicación, fue traducida al castellano por el médico Francisco Alonso, convirtiéndose en un texto de consulta primordial para el tratamiento de la viruela en España y en América. La gran mayoría de medidas

⁶⁸ Ibid., Artículo 337. p. 79.

⁶⁹ Diario Oficial. Bogotá, 17 de agosto de 1878. N° 4249.

médicas y profilácticas que allí se contemplaban, fueron retomadas treinta años después como cánones a seguir en los Estados Unidos de Colombia.

Para la conservación de la vacuna, en un principio, se hizo mención del método original empleado por Jenner, en el cual se utilizaba un cristal liso con una fosa en el centro para almacenar el fluido de un grano de vacuna, pero la poca durabilidad de la sustancia por las burbujas de aire que se formaban, puso en entre dicho la imitación de este método. Como alternativa se presentó otra técnica utilizada en el exterior, ésta consistió en empapar unas hilas ó un pedazo de algodón de líquido vacuno, luego introducirlas entre dos cristales combados ó en un cilindro hueco fabricado con cera y ubicado en medio de dos laminas de cristal. No obstante, la dificultad para obtener los implementos requeridos, llevó a contemplar otros métodos con mayor factibilidad de aplicación.

Cuando no se requería conservar el líquido por mucho tiempo se podían utilizar lancetas. Una vez abierta la pústula por varios puntos, al presentarse el líquido en gotas se debía aplicar sucesivamente las dos caras de la hoja de una lanceta, de inmediato se encerraban con una tira de lienzo o de papel. También se podía conservar el virus en puntas de marfil o de concha, al igual que en plumas cortadas en forma de mondadientes.

Otro medio todavía más sencillo y con el cual se podía conservar la vacuna por mucho más tiempo, fue aplicar reiteradamente a la pústula abierta dos cristales pequeños que se adaptaran mutuamente, luego se empacaban en un papel de estaño. Con este método también podían utilizarse tubos capilares de Bretonneau ó tubos con ampollas de Fiard, guardándose aún más la efectividad del fluido. De la adecuada conservación del virus vacuno dependía el éxito de la inmunización.

El pus vacuno obtenido de las vacas era reproducido preferiblemente a través de su inoculación en niños robustos sin indicios de padecer ó haber padecido alguna

enfermedad. Pero el Gobierno en tiempo de epidemia recomendó tomar la vacuna de individuos débiles y hasta enfermos, siempre que su afección no fuera contagiosa. Si bien, para conseguir óptimos resultados en el proceso de vacunación se sugirió vacunar a la población adulta con virus extraído de ellos mismos, las autoridades desmitificaban dicha recomendación y planteaban que mientras eso no fuera comprobado se continuara tomando el virus vacuno de los infantes.

Según las consideraciones retomadas en 1878, el tiempo conveniente para la substracción del virus vacuno era del cuarto al octavo día de haberse presentado la erupción, momento en que las pústulas estaban casi intactas y el líquido era transparente y viscoso, condiciones importantes para evitar que el fluido se regara en el instante en que se realizaba la incisión para su extracción. Aunque la misma fuente hizo mención de los estudios de Fiard y Bousquet acerca de la irrelevancia que el fluido vacuno se tomara en estado transparente y cristalino, éste podía inocularse estando turbio y no cristalizado. Para las autoridades, la magnitud de la coyuntura era la que indicaba cuál de las dos teorías se debía adoptar.

Desde los planteamientos de Mutis, se concibió que los beneficios de la vacunación eran más efectivos en los niños mayores de tres meses, antes de este tiempo los menores eran frágiles, incapaces de resistir la fiebre vacunal, además la viruela poco se desarrollaba durante los dos primeros meses posterior al nacimiento y sí lo hacía, las pústulas no se desplegaban ordinariamente.

En época de epidemia era preciso vacunar indistintamente a todos los individuos, sin importar la condición física o el estado de salud en que se encontraran; padecer afecciones crónicas no eran un impedimento para ser vacunado, sólo las enfermedades contagiosas, puesto que se temía que los instrumentos utilizados en la operación se contaminaran y se convirtieran en vehículos transmisores de otras enfermedades, como efectivamente sucedió.

Cuando la epidemia de viruela no fuera latente, era mejor abstenerse de vacunar en tiempos excesivamente cálidos o fríos, esos climas no favorecían a las personas que buscan reponerse de los efectos generados por el fluido vacuno. De igual forma, no era útil preparar a las personas por medio de dietas, purgantes, sangrías o baños, puesto que podían debilitarlos y predisponerlos para la asimilación de la vacuna, tan sólo aconsejaba bañar a los sujetos con piel arrugada ó áspera para limpiarlos de cualquier impureza que pudieran tener.

Por otra parte, sobre la ejecución de las operaciones requeridas para la infusión del virus vacuno, las autoridades recomendaban tres procedimientos. Los dos primeros eran el vejigatori y la incisión, los cuales ya no se usaban, sólo algunas veces se empleaba la incisión en casos de viruela inminente. El tercer procedimiento adoptado universalmente era la inoculación por picadura. El instrumental requerido para realizar este método era una lanceta común de grano de cebada o de grano de avena, en caso de no contar con ella, podía utilizarse una aguja de coser, una aguja de oro ó una aplanada y acanalada, aunque los ventajas no eran las mismas que con la lanceta.

La vacuna podía ser infiltrada en cualquier parte del cuerpo, pero se prefería la parte superior de alguno de los dos brazos. El procedimiento operatorio variaba dependiendo si la vacuna era líquida o seca. En el primer caso el operador cargaba el instrumento con virus vacuno, realizaba la picadura por donde lo introducía ligeramente hasta la epidermis en una dirección que podía ser vertical, oblicua u horizontal, manteniendo por un instante la punta del instrumento dentro de la pequeña herida; al momento de retirarlo, ejecutaba oscilaciones con la intención que el virus se impregnara de forma completa. Algunos vacunadores introducían varias veces la lanceta en la misma picadura, otros al tiempo de retirar el instrumento, apoyaban un dedo sobre el sitio de la herida, presionando el fluido depositado.

Una misma lanceta servía para realizar dos o tres picaduras seguidas, en especial si se practicaban de manera superficial y con prontitud. En periodos en donde la epidemia no era tan evidente para obtener mejores resultados en la operación, se aconsejó secar y lavar el instrumento después de cada picadura. En lo posible se debía evitar hacer heridas profundas que produjeran sangre y contaminaran la vacuna.

Cuando el virus vacuno estaba conservado en tubos capilares, éste se rompía por las dos extremidades, una de ellas se adaptaba en forma de embudo a un canuto de paja o a un tubo de cristal, la otra parte se presionaba sobre un vidrio plano y se soplaba suavemente por la paja, este último procedimiento no podía obviarse porque el aire insuflado alteraba el virus y disminuía su eficacia. Una vez que la vacuna caía en el cristal, se tomaba con la lanceta y se inoculaba de la misma manera que cuando era tomada de brazos.

Cuando la vacuna estaba seca y en cristal antes de emplearse no se debía sacar del papel de estaño que la envolvía. Para diluirse se agregaba una gota de agua o de saliva, agitando la solución con la punta de la lanceta hasta que no quedara alguna porción sólida y la mezcla tuviera consistencia mucilaginosa, de inmediato se cargaba la punta del instrumento y se procedía a la operación de la forma anteriormente indicada. Si la operación se practicaba con lancetas no oxidables, de oro, concha ó marfil, se recomendó realizar la picadura con una lanceta común y luego introducir en la herida la otra lanceta cargada de pus vacuno seco.

Si se empleaban para la operación costras de vacuna, debían seguirse las recomendaciones que el médico italiano Lugi Sacco publicó en un tratado en 1809, abordadas en el Resumen de Patología Interna. Se requería tener cuidado al levantar una lamina delgada de la costra, producto de la desecación de una gota de pus formada en el centro de la pústula, acto seguido se desleía

completamente la costra con un poco de agua fría, quedando lista para ser vacunada.

La preocupación por inmunizar al mayor número de personas posibles, conllevó al Gobierno a sugerir al personal encargado de obtener y propagar el virus vacuno, no desperdiciar ninguno de los componentes que de las pústulas se pudieran adquirir y fueran útiles para prevenir el contagio de viruela. Es así como se ordenó aprovechar las costras reducidas a polvo fino; para esto se empleaba una lanceta acanalada a la que se le adaptaba un resorte, cuya función era empujar el polvo a lo largo del canal del instrumento hasta llegar debajo de la epidermis. No obstante, los vacunadores rechazaron esta práctica por los resultados poco exitosos que generó.

Posterior a la infiltración de la vacuna no era necesario aplicar apósitos al brazo de los sujetos vacunados, tan sólo se dejaban secar las picaduras, cuidándolas de no tener contacto con objetos de lana, ropajes de tela gruesa o no ser apisonadas por vestuarios estrechos. Contrario a las creencias que durante la primera mitad del siglo XIX existieron, en las múltiples recomendaciones publicadas en el Diario Oficial en 1878, para ser acogidas por todos los Estados de la Unión, no se concibió la necesidad de someter a un régimen especial a los vacunados, ni privarlos de la libre movilización por las calles de los poblados, excepto que el clima afectara la salud del individuo.

Sin embargo, sí al octavo o décimo día se padecía calentura y el acceso inflamatorio era intenso, se aconsejó disminuir la cantidad de alimentos ingeridos, al igual que las bebidas refrescantes. En los casos en que las pústulas se ulceraban se debían utilizar emolientes y medios para acelerar la cicatrización. Sí la ulceración se manifestaba antes del séptimo día, era prudente volver a vacunar, puesto que se temía que la primera operación no fue preservativa. Por último, se

desacreditaba el uso de purgantes como paso final y trascendental del proceso de vacunación.

Asimismo, el informe publicado por el Gobierno en 1878 para establecer los métodos de obtención y reproducción del virus vacuno, retomó aspectos en relación al grado de eficacia de la vacuna que fueron analizados y debatidos en Francia y en España durante el año 1845; por su certeza se creyó conveniente volverlos a mencionar para hacerlos de conocimiento público como mecanismo de promoción de la vacuna en la lucha contra la viruela. Estos aspectos se centraron alrededor de las siguientes cinco preguntas: ¿La virtud preservativa de la vacuna es absoluta o temporal? ¿El cow – pox es superior a la vacuna ordinaria? ¿Debe renovarse la Vacuna? ¿La intensidad de los síntomas locales de la vacuna tiene una verdadera importancia? ¿Son útiles las revacunaciones i en qué tiempo deben hacerse?

Si bien, las respuestas dadas a estas inquietudes se hicieron con base al contexto europeo y en épocas bastante distantes a las que se citan, reflejan que aspectos referentes a la viruela y a la vacuna contemplados y adoptados en otros países hacía varias décadas, en los Estado Unidos de Colombia requerían mencionarse para una mayor adopción de la vacuna por parte de la población renuente, quienes plenamente no la consideraban un mecanismo con alto grado de efectividad.

1. ¿La virtud preservativa de la vacuna es absoluta o temporal?

Desde la experiencia francesa se demostró que la inmunidad contra la viruela que dejaba ella misma a quien la padeció y logró sobrevivir, tan sólo podía compararse con la generada por la vacuna en condiciones adecuadas. Se planteó que la capacidad de prevenir de la vacuna era grande y sus efectos de larga duración, incluso las personas mayores de treinta años, a quienes por su edad se

consideraba difícil la asimilación de los beneficios del virus vacuno, afrontaron diferentes brotes de viruela sin afectarse. Si bien, se reconoció la necesidad de mejorar la práctica de vacunación y la calidad del virus vacuno, para lograr la efectividad plena de dicho método., eran mayores los beneficios de la vacuna que sus desventajas, para los expertos era motivo de tranquilidad el que un gran número de vacunados se estuvieran realmente preservados de la peste.

El considerable porcentaje de individuos en los que la vacuna no logró una preservación plena se atribuyó, primero, a la falta de reacción general después de ser vacunado, aún cuando las pústulas presentaron todas sus características; segundo, al no desarrollo de la receptibilidad; tercero, al padecimiento de enfermedades que pudieron oponerse a la inoculación, dejando al sujeto expuesto al contagio; y cuarto, a la insuficiencia o mala calidad de virus vacuno suministrado. Lo anterior no debía considerarse un motivo de peso para menoscabar los efectos positivos y duraderos de la vacuna, concebida como el método más efectivo para contener la viruela.

Se desacreditaba la opinión de médicos alemanes como Heim, quienes atribuían a la vacuna una virtud preventiva temporal. A los contradictores de los efectos duraderos de la vacuna, se les arguyó que las personas vacunadas que enfermaron de viruela, se contagiaron luego de diez años de habérseles infiltrado el virus vacuno, antes de este periodo permanecieron protegidas. Además era menor el riesgo de estas personas a morir como consecuencia de la enfermedad; en estos casos la vacuna no pudo impedir el contagio, pero sí tuvo influencia directa en la disminución de la intensidad de la enfermedad y su culminación. En los vacunados que enfermaban, la afección no se consideró realmente grave.

Los médicos defensores de la vacuna aseguraban que mientras se continuara inoculando los efectos de la peste disminuían considerablemente y por ende el temor que ésta infundía; de lo contrario, la permanencia de individuos sin vacunar

aumentaba el número de víctimas y generaba que personas vacunadas enfermaran, incluso que individuos que padecieron de viruela volvieran a contagiarse. No obstante, los médicos hacían la salvedad que los casos de enfermar por segunda vez o estando vacunado no pasaban de ser accidentes que cada vez eran más raros y menos temibles

2. ¿El cow – pox es superior a la vacuna ordinaria?

No existía duda que la vacuna tomada de la vaca producía mayores efectos que el pus vacuno inoculado. La inoculación de la vacuna permitía el aprovisionamiento de virus vacuno, necesario para proteger a toda la población de la viruela, pero los expertos en la vacuna tenían claro que la calidad del mismo disminuía al pasar de cuerpo a cuerpo. Ante la dificultad de vacunar exclusivamente con el pus vacuno obtenido del bovino, su reproducción en brazos fue un método significativo y no debía desconocerse su contribución en la detención de la viruela.

3. ¿Debe renovarse la Vacuna?

Teniendo en cuenta que el virus vacuno inoculado con el tiempo podía perder efectividad, para dar respuesta a este interrogante se citaron las consideraciones del médico Steinbrenner, quien aconsejó hacer una adecuada administración de la sustancia vacuna como forma de guardar por el mayor tiempo posible su virtud preservativa. Sin embargo, al momento de percibirse la debilidad de las características del virus vacuno, no debía tardarse la renovación del cow -pox.

4. ¿La intensidad de los síntomas locales de la vacuna tiene una verdadera importancia?

Según el médico Bryce no existía una relación estrecha entre la intensidad de las manifestaciones de la sintomatología y la capacidad de prevención de la vacuna.

Bryce dividió las pústulas de la vacuna en **locales y constitucionales**, de las cuales eran preservativas sólo las últimas, cuya aparición iba acompañada de calentura intensa. Para corroborar si las pústulas eran constitucionales, se sugirió nuevamente vacunar luego de cuatro a seis días que la primera pústula se desarrollara, las vesículas que producía la segunda vacuna llegaban al punto de madurez al mismo tiempo que las otras, al día siguiente se realizaban tres picaduras en el brazo derecho y seis días más tarde otras tres en el brazo izquierdo; estas últimas debían transitar rápidamente sus períodos y secarse al mismo tiempo que las primeras. Por consiguiente, si la duración de las primeras pústulas era de trece a catorce días, las de la segunda vacunación debían ser de nueve. Considerando lo complejo del procedimiento y la escasez de líquido vacuno, los médicos recomendaron realizarlo tan sólo en los momentos en que fuera necesario comprobar de inmediato la efectividad de la vacunación.

5. ¿Son útiles las revacunaciones i en qué tiempo deben hacerse?

Si la inoculación del virus no produjo ningún efecto, era prudente realizar la segunda vacunación cinco o seis años después, pero en época de epidemia bastaba con esperar un año. Teniendo en cuenta que la probabilidad de contagiarse cuando se estaba vacunado era mínima, al igual que los efectos generados en quienes estando vacunados enfermaban, no se consideró conveniente revacunar a un gran número de individuos. Sin embargo, la amenaza que representaba la epidemia, conllevó nuevamente a omitir lo planteado en un comienzo, autorizando las revacunaciones hasta que los individuos estuvieran plenamente protegidos. Según los expertos en la vacuna, las personas mayores de treinta años no requerían volverse a vacunar; no debían gastarse las reservas de virus vacuno en personas que ya estaban vacunadas y con menor posibilidad de contagiarse por su edad.

El informe presentado concluyó reiterando las virtudes de la vacunación o la inoculación de la vacuna. Se insistió en que los individuos a quienes se les infiltraba el virus vacuno desarrollaban la enfermedad de manera benigna y ligera, quedando protegidos de los consecutivos ataques de una viruela grave que podía acabar con sus vidas o desfigurarlos feamente. Aunque este hecho, como la aceptaron las autoridades medicas y gubernamentales se concretaba con mayor facilidad y efectividad sí lograba obtenerse virus vacuno benigno con alta calidad, de lo contrario las consecuencias serían fatalmente irreversibles.

Sin embargo, la producción de la vacuna en grandes cantidades, pese a los esfuerzos de los diferentes sectores, continuaba siendo en los Estados Unidos de Colombia un impedimento para preparar a la población ante la llegada de la epidemia de viruela. Aspecto que se manifestó claramente en 1857, 1871, 1878 y 1881, cuando la documentación oficial de verdad confirmó la aparición de la enfermedad en el país, incluidos varios distritos del Estado de Santander, en estas ocasiones la viruela ya no era una posibilidad era una realidad; de ahí la urgencia de vacunar a la población más cercana al peligro.

4.4.3 Vacuna: solución o riesgo (sífilis vacunal)

Es evidente que la mejor arma con la que contó el Gobierno y las autoridades médicas para batallar contra la viruela fue la vacuna; obtenida directamente de las vacas o de su reproducción en brazos su efectividad fue mayor que las desventajas que constantemente reiteraban sus detractores, algunas de ellas innegables, pero no deben utilizarse para vilipendiar la importancia del descubrimiento de Jenner. Ciertas de las críticas a la vacuna estaban fundadas en supuestos, en el temor a contraer voluntariamente una enfermedad mortal para ser inmunizado, y a los problemas que se producían cuando la sustancia vacuna no tenía calidad o cuando su propagación no era realizada de la forma adecuada o por personal experto.

Por consiguiente, en octubre de 1865 la comunidad médica residente en Bogotá realizó estudios sobre las enfermedades venéreas que se relacionaban con la vacuna para desmentir su aparición como una consecuencia inevitable. El Consejo de Profesores de la Escuela de Medicina de Bogotá ordenó publicar un artículo referente a esto en la Gaceta Médica para hacer extensiva la publicación a todos los Estados; de esta manera corroborar la calidad del pus vacuno y la forma en que se llevaba a cabo su aplicación antes de generalizarse su suministro. No podía permitirse que las inadecuadas prácticas de vacunación pusieran en entredicho el método.

Cuando la viruela empezó a propagarse en los diferentes Estados que integraban el país, sus respectivos gobiernos solicitaron al Gobierno Central la vacuna y cuando fuera posible, la colaboración de personas experimentadas en su aplicación; petición difícil de hacerse efectiva por el número limitado de verdaderos vacunadores. Al poco tiempo de haberse cumplido la anterior solicitud, aparecieron adultos e infantes que fueron vacunados o tuvieron contacto con algún vacunado y desarrollaron sífilis. La primera sospecha recayó en las lancetas utilizadas en la inoculación, creyendo que podían estar contaminadas con el virus sifilítico, ya que los empíricos acostumbraban inocular la vacuna con la misma lanceta con la que sangraban y perforaban bubones.

Posibilidad que se reafirmó y amplió al adelantar la Escuela de Medicina una investigación sobre la manera en que fue realizada la vacunación de quienes resultaron sifilíticos, ya que se llegó a concluir que un alto porcentaje de ellos fueron vacunados por personas no autorizadas para efectuar dicho procedimiento por desconocer el método y las medidas sanitarias para la aplicación del pus vacuno, las características que acreditaban la calidad de éste y la forma en que se evitaba su contaminación o deterioro antes de ser aplicado.

Los facultativos de la Escuela de Medicina manifestaban que los inexpertos inoculaban sin distinción la verdadera y la falsa vacuna y a la sombra de ésta el virus sifilítico, siendo quizás mayor el número de damnificados que de beneficiados. Por esta razón, se recomendaba “no confiar la inoculación de la vacuna al vulgo ignorante, a hombres extraños a la medicina racional, en cuyas manos el descubrimiento de Jenner, lejos de ser un beneficio para la humanidad, se convierte en un medio de propagación de una enfermedad terrible y vergonzosa”⁷⁰ Si bien, la comunidad médica colombiana difícilmente contribuyó a la producción de virus vacuno de alta calidad y en cantidades masivas, su investigaciones para denegar el estrecho vinculo de la vacuna con otras enfermedades fue significativo.

4.4.4 Jorge Lleras Parra: un veterinario en búsqueda de la vacuna

A pesar de lo difícil que pudo ser la producción de la sustancia vacuna por la falta de personal especializado y de laboratorios, desde su aparición en este país varios médicos se esforzaron por producir masivamente una vacuna con calidad, cuya eficacia se reflejara de inmediato en la disminución de individuos contagiados. Aspecto que por momentos logró cumplirse, pero en otros fue preciso importar la vacuna con agravantes como demoras, sobre costos y deficiente abastecimiento. Problema que sólo comenzó a resolverse a partir de 1897, cuando el veterinario Jorge Lleras Parra estableció las condiciones necesarias para su producción en grandes proporciones⁷¹.

Este veterinario junto a su colega francés Claude Vericel estudiaron a fondo el descubrimiento de Jenner buscando producir la vacuna en el país. Finalizando el

⁷⁰ Gaceta Médica. Bogotá: Escuela de Medicina, 1865. p. 19.

⁷¹ SALAMANCA URIBE, Juana. Jorge Lleras Parra y la producción de la vacuna antivariólica en Colombia. En: Revista de la academia colombiana de ciencias. Bogotá. Vol. XXVIII, nº. 109, (dic. 2004); p. 548 – 553.

siglo XIX, el Gobierno ordenó la instauración de un “parque de vacunación” asignando su dirección a Lleras Parra, quien desde entonces y casi por cinco décadas, utilizando herramientas viejas e inventando y construyendo los instrumentos y aparatos que se requerían para dicho objetivo, logró, gracias a su ingenio y dedicación, convertir este sitio en el mayor productor de la vacuna contra la viruela en el país.

Teniendo en cuenta que con el paso del tiempo y bajo ciertas condiciones climáticas la vacuna dejaba de ser inmunizante y en las costras permanecían gérmenes y bacterias. Jorge Lleras no sólo buscó producir masivamente la sustancia vacuna, también dedicó gran parte de su vida a encontrar la manera de producir una vacuna limpia y que mantuviera su actividad por mucho más tiempo. Tras numerosos ensayos, el científico decidió probar la fabricación de una vacuna en polvo que pudiera ser mezclada con líquido en el momento de ser aplicada.

Por lo anterior y por la pureza de la sustancia vacuna que logró fabricar, el veterinario recibió el reconocimiento de personalidades nacionales e internacionales. Su lucha por combatir médicamente la viruela fue importante, dado que en los años setenta del siglo XX, cuando la enfermedad desapareció por completo del mundo, en Colombia el propósito se cumplió, desde la instalación del Parque de Vacunación, sin haber tenido que importar una dosis de vacuna.

4.5 RECETAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA VIRUELA

Temiendo la aparición incontrolada de la viruela en el Estado Soberano de Santander, para 1864 el Gobierno publicó en la Gaceta un tratamiento para la curación de esta dolencia, el cual fue adoptado por la Junta de Sanidad de Santa

Marta⁷². Receta que evidenciaba la no utilización de medios médicos para el control de enfermedades con fuertes repercusiones en la sociedad.

Ante la inminente presencia de la sintomatología de la viruela, los convalecientes debían bañar sus pies por 15 minutos en cocimiento de pimienta machacada, acompañado de una taza de cocimiento tibio de borraja, el baño no debía realizarse en mujeres embarazadas porque podía generar un aborto.

Al culminar el baño se debía mezclar tártaro emético, aceite de cróton tiglio y almendras dulces para friccionar la parte central del pecho, durante el primer día las fricciones se harían cada treinta minutos y luego cada dos o tres horas. A los dos días de iniciado el tratamiento se suspendían los masajes, ya que las erupciones cutáneas estaban plenamente desarrolladas y convenía punzarlas para aplicarles leche tibia o aceite de almendras todas las noches. Para la efectividad del tratamiento era importante al quinto día purgarse con mana y magnesia, así como evitar bañarse todo el cuerpo hasta el séptimo día.

Si durante el tratamiento la fiebre no cesaba se recomendaba agregar a una botella con agua, cebada azucarada y una dracma de sal de nitro para que el enfermo bebiera un cuarto de vaso cada hora. El agua y la sal aumentaban según la edad del paciente, a mayor edad mayor el porcentaje de ingredientes.

Sumado a las anteriores disposiciones se recomendó cambiar los vestidos y los ropajes de los enfermos, y ventilar los espacios habitados por ellos. Pese a la pérdida del apetito que generaba la dolencia, los virulentos debían ingerir tres tazas de caldo y tres de leche tibia al día. El periódico oficial en donde fue publicada la receta, hizo énfasis en la necesidad de seguir paso a paso las recomendaciones dadas, puesto que garantizaba recuperar la salud en siete días y no en veinte o más días como otros tratamientos.

⁷² Gaceta de Santander. Socorro, 22 de diciembre de 1864. Año VI. p. 247.

No obstante, en 1881 frente a la no medicalización de la viruela y al presentarse brotes epidémicos en algunos Estados Circundantes al Estado de Santander y dentro de éste ciertos casos aislados, pero más frecuentes de lo habitual, se empezaron a publicar recetas para curar la enfermedad en el menor tiempo y con las menores consecuencias posibles⁷³.

Eduardo Hino, quien se mentaba como hombre prestante y público del Estado, apostaba su reputación a prevenir y curar la viruela en tres días con Crémor Tartárico. Una onza de esta sustancia se disolvía en media botella con agua hirviendo, una vez se enfriara se debía tomar en cortos intervalos. El mismo Hino aseguraba haber sanado a centenares de enfermos con dicho remedio sin causarles ceguera y evitándoles una curación larga y fastidiosa o en el peor de los casos, su fenecimiento. Convencido de su efectividad, Eduardo Hino enviaba una copia de la receta al diario “El Mercurio” de Liverpool.

Continuo a la anterior receta se publicó un remedio tomado de un periódico Estadounidense, el cual prometía mejores resultados en tan sólo doce horas. Se debía mezclar un gramo de sulfato de zing, un gramo de extracto de digital y media cucharada de azúcar en dos cucharadas de agua, al disolverse los componentes se requería agregar cuatro onzas de agua más; luego se bebía una cucharada cada hora durante doce horas, si se trataba de un infante la dosis debía reducirse de acuerdo a la edad. Según la publicación, al finalizar el tratamiento desaparecía la fiebre escarlatina y la viruela por completo, si aún no se padecía la enfermedad se anulaba cualquier riesgo de contraerla.

⁷³ Gaceta de Santander. Socorro, 12 de mayo de 1881. Año XXIII. p. 1493.

5. EL GOBIERNO Y SU INTENTO POR MASIFICAR LA VACUNA PARA CONTENER LAS EPIDEMIAS DE VIRUELA DE 1857, 1871, 1878 Y 1881

La capacidad de la viruela de acometer a un gran número de personas, de propagarse por extensos y consecutivos periodos de tiempo, y de desolar poblaciones, generando consecuencias irreversibles, son aspectos que la catalogan como una enfermedad epidémica. Por lo general sus manifestaciones, aunque se presentaran en casos aislados, terminaban alcanzando umbrales epidémicos. El desconocimiento de su causa y modo de transmisión conllevó a que fuera concebida y tratada desde diferentes enfoques. Sin embargo, el descubrimiento de la vacuna por Jenner orientó los esfuerzos de los organismos encargados de su control por salvaguardar a la población de su contagio mediante la divulgación de la vacuna.

La dificultad de contar con las suficientes dosis de pus vacuno y con la calidad requerida para inmunizar efectivamente a un alto porcentaje de individuos, la inexperiencia de varios vacunadores, la resistencia de algunas personas a vacunarse por el temor al dolor, a la muerte o a contraer otras enfermedades relacionadas equívocamente con la vacuna, y la carencia de recursos económicos para emprender masivamente jornadas de vacunación, fueron los mayores y constantes impedimentos con los que debieron enfrentarse los Gobernantes del Estado Soberano de Santander y los organismos constituidos por médicos, sacerdotes y personalidades prestantes de la región, quienes por filantropía, por miedo a que el contagio los alcanzara o por evitar el estancamiento del desarrollo del Estado, unieron intereses y esfuerzos por derrotar la viruela con el arma más efectiva, la vacuna.

El presente apartado expone los intentos por generalizar la vacuna o la inoculación de la vacuna en los habitantes del Estado Soberano de Santander

durante los brotes epidémicos que se presentaron en todo el país en 1857, 1871, 1878 y 1881, de los cuales algunas regiones del Estado no fueron ajenas. A pesar de los inconvenientes que pudieron presentarse al aplicar las medidas existentes para disminuir el contagio y sus efectos en la población, los santandereanos no padecieron las inclemencias de la enfermedad en la misma magnitud que los residentes de otros Estados.

Si bien, en esta investigación la epidemia y sus consecuencias en sí mismas no se cuantifican, los informes del poder ejecutivo del Estado al Gobierno Central, reflejan que contrario a los presentados por las autoridades de otros Estados, en el Estado de Santander cuando la enfermedad merodeaba y amenazaba con acentuarse, la movilización de los diferentes organismos por proteger a las personas en las zonas afectadas generó que la viruela no se expandiera por todo el territorio y en donde se manifestara cesara rápido.

5.1 LA EPIDEMIA DE 1857

En 1857, el Gobernador del Estado de Santander reconoció que la viruela que azotaba el país, estaba causando estragos en varias de sus Provincias, en especial porque eran pocas las personas vacunadas; razón por la que creyó conveniente enviar vacunadores ambulantes a estos sitios ya fuera para propagar la vacuna o la inoculación. El Gobernador, mencionando los inconvenientes para la obtención de la sustancia vacuna y la eficacia de la inoculación, ordenó a hacer extensiva su práctica a todos los individuos que se encontraran más cercanos al contagio de la enfermedad⁷⁴.

Desde 1856, antes de la conformación del Estado de Santander, la viruela maligna afectaba a los habitantes de esta zona. Si bien, se controló en poblados como curití, las autoridades gubernamentales reconocieron que su disminución tan

⁷⁴ Gaceta de Santander. Socorro, 09 de noviembre de 1857. Año I. p. 4.

sólo se lograba cuando el pus vacuno se propagara masivamente. De ahí, que se solicitó al Gobierno en Bogotá hacer lo posible por proporcionarles más dosis⁷⁵.

En 1857 el Gobierno Central dando respuesta a las solicitudes de envió de virus vacuno, ordenó al vacunador nacional inmunizar a 14 niños y 18 niñas, de los cuales posteriormente extrajo el virus que envió en placas a varios Estados y en brazos al Departamento del Socorro. Fue tanta la urgencia por vacunar a la población y reproducir la sustancia vacuna, que el vacunador nacional, el médico José Felix Merizalde, publicó la dirección de su residencia para que todas las personas interesadas acudieran a vacunarse⁷⁶.

Tres meses más tarde, el mismo vacunador manifestó que mil trescientas cincuenta personas acudieron a su llamado, y el virus vacuno logró reproducirse a gran escala, enviándose dosis hasta lugares en donde la viruela aún no hacía presencia⁷⁷. No obstante, las cifras de personas vacunadas en Bogotá que se reportan en el Diario Oficial son bastante diferentes, en el mes de agosto se vacunaron 52 mujeres y 40 hombres, para un total de 92 personas⁷⁸; y en noviembre 28 hombres y 32 mujeres, para un total de 60⁷⁹. Si se compara estas cifras con el de individuos inmunizados algunos meses atrás, se podría concluir que la cifra fue duplicada, pero no es tanta la proporción para creer fehacientemente en el reporte optimista del vacunador.

A comienzos del año siguiente, el vacunador nacional continuaba reportando un alto número de personas vacunadas y agregaba que el mayor impedimento para que éstas aumentaran, era el escaso pus vacuno con el que se contaba. La mayoría de personas que se vacunaban eran infantes con más de cinco meses de

⁷⁵ Gaceta Oficial. Bogotá, 20 de enero de 1857. N° 2058.

⁷⁶ Gaceta Oficial. Bogotá, 08 de agosto de 1857. N° 2165.

⁷⁷ Gaceta Oficial. Bogotá, 10 de noviembre de 1857. N° 2189.

⁷⁸ Gaceta Oficial. Bogotá, 06 de octubre de 1857. N° 2167.

⁷⁹ Gaceta Oficial. Bogotá, 11 de diciembre de 1857. N° 2196.

nacido; según el vacunador, en el mes de enero fueron preservadas trescientas personas, de ellas doscientas eran pequeños. Considerando que esta cifra era alta, el vacunador recomendaba a los boticarios oficiados para hacer extensiva la vacuna en las Provincias, tomar el virus vacuno de los niños y niñas inmunizados por él, experiencia que ya había demostrado su efectividad⁸⁰.

El Estado se mostraba preocupado por garantizar la salud de la futura población productiva y por multiplicar la sustancia vacuna para hacerla llegar a todos las Provincias. Como se mencionó en párrafos anteriores, desde introducción al país de la práctica de vacunación, se planteó que la sustancia se reproducía con más facilidad en los menores. De ahí, la prioridad de vacunar a los infantes, en especial, a quienes tuvieran adecuadas condiciones físicas.

La conservación y propagación del pus vacuno siempre se centralizó en Bogotá, delegándose al Gobierno Nacional ésta responsabilidad. A través del poder ejecutivo y posteriormente del Departamento de Beneficencia se organizó y coordinó la reproducir y extensión al todo el territorio de la sustancia vacuna. Los diversos obstáculos para cumplir a cabalidad las anteriores responsabilidades, conllevó a éstos organismo a solicitar a las autoridades gubernamentales y médicas en todos los Estados, tratar de conseguir por sus medios y propios fondos dicha sustancia, ya fuera directamente de las reses o de infantes vacunados. Aún así, las fuentes documentales revisadas dejan ver la preocupación del Gobierno Central por vacunar a la población residente en el Estado de Cundinamarca y extender el virus vacuno a los otros Estados.

El envío del pus vacuno podía hacerse en tubos capilares, brazos y placas. Para la remisión de la sustancia en brazos se requería el traslado de la población que se utilizaría como agente reproductor del virus al lugar donde se efectuaba la vacunación, factor que encarecía y dificultaba la implementación de este

⁸⁰ Gaceta Oficial. Bogotá, 21 de enero de 1858. N° 2203.

mecanismo, pero al parecer su efectividad provocó que éste fuera el preferido por parte del personal encargado de ejecutar la vacunación, quienes por el contrario se quejaban constantemente del envío mediante placas, denunciando que la calidad del virus se perdía, quedando inutilizable.

Lo anterior llevó al Gobierno a argüir con la ejemplificación de hechos reales, las ventajas del traslado del virus vacuno en placas. En más de una oportunidad el Señor Secretario de Gobierno publicó en el Diario Oficial la propagación con éxito del virus enviado en placas a la zona costera del país, en donde gracias a ello, se salvaguardó a la población de la epidemia de viruela que atacaba fuertemente a varias Provincias⁸¹.

El Secretario reiteraba la necesidad de hacer conocer esta noticia a todos los vacunadores que exigían el envío de la sustancia por otros medios; para él la pérdida de la calidad del pus vacuno transportado en placas, se debía a la inadecuada manipulación de ésta, los vacunadores no se informaban correctamente sobre las instrucciones en que debía maniobrase las placas, cuyos principios eran tomados de “las obras clásicas de Inglaterra y Francia”, comprobados en esos países y desde hacía algunos años en Nueva Granada⁸².

La insistencia del ejecutivo en varios Estados para que la remisión del virus vacuno se hiciera en brazos o en tubos capilares, llevó al Presidente de la República, el Señor Tomas Cipriano de Mosquera a emitir la orden de enviar la sustancia en tubos capilares, disposición a la que el Secretario expresó, sin desear contrariar al Presidente, que en Europa este método no resultó lo suficientemente efectivo, prefiriéndose las placas; fue así como llegó el virus

⁸¹ Gaceta Oficial. Bogotá, 07 de marzo de 1857. N° 2088.

⁸² Gaceta Oficial. Bogotá, 27 de Julio de 1857. N° 2163.

vacuno desde Londres a Nueva Granada, siendo éste el que se propagaba hacia cinco años en todas la Provincias, sin que su calidad se perdiera⁸³.

A pesar de la orden del Presidente de utilizar tubos capilares para movilizar el virus vacuno y de la insistencia del Secretario en que se preservaba mejor en placas, un comunicado del Gobernador del Estado de Antioquia pone en duda el cumplimiento y veracidad de lo anterior. El funcionario del Estado solicitaba al vacunador nacional un nuevo envío de virus vacuno, puesto que se perdió la calidad del remitido en placas hacia poco tiempo, razón por la que viruela apareció en el Estado⁸⁴.

La solicitud del Gobernador deja ver que la disposición de emplear tubos capilares no se efectuó planamente, la sustancia seguía repartiéndose en placas; además el método no era del todo efectivo, en contra de la defensa y pronósticos del Secretario, la calidad del virus vacuno se disipaba; hecho que también se puede corroborar años más adelante en el Estado de Santander, cuando algunas autoridades provinciales denunciaban que el virus traído en placas de Bogotá no estaba apto para ser reproducido.

Desde la introducción al país de la práctica de vacunación y su adaptación a la inoculación de la vacuna, las autoridades encargadas de ellas, debieron enfrentar un variado número de obstáculos para obtener y preservar el virus vacuno; cada vez que la enfermedad amenazó a la población los inconvenientes ,que siempre eran los mismos, no tardaban en aparecer. Panorama que poco pareció cambiar durante la Confederación Granadina; la epidemia que asolaba el país en el momento en que éste vivía una radical transformación político – administrativa, reflejó que ante la imposibilidad de reproducir a gran escala la sustancia vacuna,

⁸³ Gaceta Oficial. Bogotá, 06 de noviembre de 1858. N° 2319.

⁸⁴ Gaceta Oficial. Bogotá, 08 de abril de 1859. N° 2381.

difícilmente se podría pensar en inmunizar a toda la población o a gran parte de ella.

Si bien, el Nuevo Gobierno, como se manifiesta en esta epidemia y en las que presentarán más adelante, buscó prevenir la viruela y sus nefastas consecuencias mediante la expansión del virus vacuno, la dificultad para su obtención generó la retoma del método de inoculación.

El Secretario de Gobierno recomendaba a todos los Gobernadores de los pueblos en donde la viruela estuviera presente y no dispusieran de pus vacuno, inocular al mayor número de personas posibles, de la misma manera en que se realizó durante los brotes epidémicos presentados en épocas anteriores⁸⁵. Se citaba a los miles de individuos que recibieron los beneficios de ésta práctica, puesto que eran mínimos los casos en que los resultados no eran los esperados. Situación atestiguada por personas inoculadas durante la epidemia de 1802, quienes manifestaban que los individuos que fenecían por la inoculación eran pocos.

El Secretario para fortalecer su propuesta de inocular cuando no se contaba con la sustancia vacuna, recordaba al sacerdote de Melgar, que en 1840 le pidió al Gobierno Central permiso para inocular a los habitantes de esa región, expresando al poco tiempo su satisfacción por el éxito de la inoculación. Asimismo, se mencionaban las afirmaciones, que antes de la aparición de la vacuna, hacían algunos facultativos en medicina sobre la capacidad de combatirse la viruela tan sólo con el método de inoculación.

Concluyendo su comunicado, el funcionario solicitaba al poder ejecutivo insistir a los Gobernadores de los Estados adoptar la medida que él proponía a fin de menguar los estragos que producía la viruela en los lugares en donde la vacunación no lograba hacerse extensiva.

⁸⁵ Gaceta Oficial. Bogotá, 23 de octubre de 1857. N° 2181.

Aunque la documentación revisada no permite saber con exactitud la acogida que nuevamente pudo tener la práctica de inoculación, si deja ver que el reporte del número de individuos vacunados disminuye notoriamente; factor que en un principio podía atribuirse al cese de la epidemia, de no ser porque en 1859 el Secretario de Gobierno y Guerra reconoce los múltiples obstáculos que constantemente existieron para generalizar la vacuna.

El virus vacuno se estaba perdiendo, se agotó el que se enviaba a las capitales de los Estados, y difícilmente era de alta calidad el que lograba obtenerse de los pocos infantes que las madres dejaban vacunar. El Secretario hacía mención del fracaso de la vacuna en cuatro menores, de los que se buscaba extraer la sustancia vacuna para lograr suplir su solicitud en varios Estados. Uno de los menores murió de un cólico, otro “se rasco” la vacuna, en uno de ellos no se desarrolló el virus y al que se le desarrolló, sus familiares lo llevaron fuera de la capital el día en que debía sacarse la vacuna⁸⁶.

La renuencia por parte de algunos padres de familia, boticarios y médicos, a vacunar a la población infante, incrementaba la carencia de brazos para reproducir el pus vacuno. Las autoridades gubernamentales no comprendían por qué estas personas se oponían al doble beneficio que generaba dicha práctica, puesto que se inmunizaba a una parte de la población susceptible a contraer la viruela como eran los menores y se aumentaba la posibilidad de contar con más sustancia para detener la proliferación de la enfermedad en el resto de la población.

Fue por los anteriores obstáculos presentados, que desde la administración central del Estado se ordenó recurrir a la práctica de inoculación, hecho que no indica el cese total de la vacunación dentro del país. Si bien, los documentos oficiales reportan la disminución del número de personas vacunadas en la capital del Estado, pasando de un promedio aproximado de 50 por mes en 1857, a 20

⁸⁶ Gaceta Oficial. Bogotá, 07 de septiembre de 1859. Nº 1859.

durante los dos años siguientes, periodo en que la viruela continuaba presente en algunos Estados, no se puede plantear que el Gobierno no continuara impulsado la vacuna como un método efectivo para acabar con la viruela.

Desde Bogotá y desde la capital de otros Estados, incluida la de Santander, se buscaba ansiosamente el virus vacuno, se admitía que la vacunación era el método más moderno que hasta el momento se conocía, habiendo mostrado su efectividad plena en los países más desarrollados. De ahí, que en el país las autoridades encargadas de su implementación no palidecieran ante las dificultades para lograr su masificación.

Existieron momentos en que varios Estados remitieron infantes a Bogotá para ser vacunados y poder a través de ellos conseguir la sustancia vacuna que se requería para inmunizar a gran parte de los habitantes de su jurisdicción, y si era posible donarla a los Estados que la requirieran con mayor urgencia; las autoridades de Santander optaron por esta solución durante la epidemia de 1881, dada que sus alcances fueron bastante grandes. Sin desestimar las consecuencias de las epidemias ocurridas en éste Estado, a excepción de la de 1881, el Gobierno siempre reportó la fugaz presencia de la enfermedad. Por lo tanto, se podría creer que la viruela afectó con mayor intensidad a la población de otros Estados.

5.2 LA EPIDEMIA DE 1871

A mediados de 1870, la viruela nuevamente amenazó la sociedad colombiana. El alto número de víctimas en la capital de la Unión y en poblados de otros Estados, llevó al Gobierno a implementar las medidas medicas y sanitarias que hasta el momento se conocían para su detención, siendo la vacuna la más efectiva de ellas y la más difícil de efectuar.

Al ver transcurrido varios años desde la última vez que la viruela hizo presencia notoria en el país, las autoridades encargadas de su control y la población en general se encontraban pasivas e indefensas ante la amenaza manifiesta. En consecuencia, el Gobierno Central, ente comisionado para obtener y propagar la sustancia vacuna en los lugares donde se requiriera, debió con suma urgencia solicitar al cónsul de Colombia en Londres, la compra y remisión del pus vacuno en cantidad suficiente para remitirla a los nueve Estados.

La Secretaria de lo interior y Relaciones Exteriores pidió al funcionario remitirla vacuna a ese organismo en la menor brevedad, asegurándose que estuviera bien empacada para que no se alterara; tan pronto como el pus vacuno arribara al país, el Secretario se comprometía a cancelar los gastos ocasionados⁸⁷. Razón por la que quizás, pasados nueve meses de haberse hecho la anterior solicitud, al parecer no se cumplió.

Considerando la capacidad de la viruela de dispersarse con rapidez, en junio de 1871, un Comisionado para la propagación de la vacuna en el Estado de Cundinamarca, ofreció al Poder Ejecutivo placas de virus vacuno para ser distribuidos en los otros Estados. El Comisionado manifestaba que era un deber patriótico extender los beneficios de la vacuna a quienes se encontraran más cercanos al peligro.

La vacuna que se ofrecía fue donada por el señor José María Vargas Heredia, quien la trajo desde Londres para auxiliar a sus compatriotas en el Estado de Cundinamarca, pero la necesidad y solidaridad hacía que el Comisionado la hiciera extensiva a todo el país. Aunque en Colombia se empezaba a obtener el pus vacuno directamente de las vacas, demostrando ser de buena calidad, no se contaba con la cantidad suficiente para cubrir sus demandas; además las placas que ofrecía el Comisionado producían una erupción más marcada y característica,

⁸⁷ Diario Oficial. Bogotá, 04 de enero de 1871. N° 2129.

factor que aseguraba mejores resultados a la hora de extraerse para ser inoculadas en las personas que la requerían⁸⁸.

Sin embargo, el éxito de la vacuna también dependía de quiénes realizaban la práctica y a quiénes se les aplicaba. Siempre se planteó la importancia que la vacuna fuera propagada por personal con conocimientos médicos, ó en su ausencia, por personas con experiencia en esto; ellos sabían efectuar la operación y reconocer la calidad del virus vacuno que se repartía y que se extraía para ser inoculado, así como el momento en que debía sacarse.

La inmunización no era un privilegio de pocos, las personas más susceptibles de contagiarse, sin importar su condición socioeconómica recibieron esta posibilidad. No obstante, durante la epidemia de 1871 se prohibió vacunar o inocular a la población que padecía enfermedades eruptivas, entre ellas la sífilis y el herpes; se consideraba que la operación que se realizaba para la incisión del virus, ipso facto contaminaba los instrumentos utilizados y con éstos se abría una cadena de contagio. Por consiguiente, estas personas no tuvieron la menor posibilidad de servir como agentes reproductores del virus, cuando no los infantes seleccionados para ello no alcanzaron a suplir la demanda de la sustancia y se hizo necesario buscar personas mayores⁸⁹.

Ante la presencia de viruela en algunos poblados y cumpliendo las ordenes del Gobierno Central de hacer extensiva la vacuna por personal experto, el presidente del Estado de Santander contrató a Luis Eduardo Villar para que sirviera como vacunador en el Departamento del Socorro; pero lo poco que afortunadamente duró el contagio, llevó a que el contrato tan sólo se diera por cuatro meses⁹⁰.

⁸⁸ Diario Oficial. Bogotá, 23 de junio de 1871. N° 2277.

⁸⁹ Diario Oficial. Bogotá, 27 de febrero de 1871. N° 2174.

⁹⁰ Gaceta de Santander. Socorro, 08 de junio de 1871. Año I. p.705.

Las funciones de Villar no se limitaban a hacer extensiva la vacuna contra la viruela a los habitantes del Socorro, ante todo, debía reproducir las placas de virus vacuno remitidas de otros Departamentos mediante la inoculación. Como ha sido mencionado, una vez se presentaba la enfermedad, adquirida de forma artificial, se creía que el virus vacuno se había desarrollado, pudiendo ser extraído e inoculado en otras personas. Práctica, que no siempre resultaba efectiva, pero en esta ocasión sus resultados al parecer fueron los esperados.

A pesar de lo difícil que pudo ser el vacunar a un sin número de personas sin contar con la verdadera sustancia vacuna, los servicios prestados por el vacunador fueron eficaces, ya que la viruela logró controlarse vertiginosamente; factor que llevó a las autoridades del Estado a prescindir de los servicios de Villar; hecho que además se debió a la inexistente de fondos para pagarle por su trabajo. Desde las primeras manifestaciones de viruela en 1871, el ejecutivo tuvo que recurrir a la Asamblea para que a través de préstamos le facilitara el dinero con el que se le cancelaría al vacunador⁹¹.

Si bien, el Gobierno reconocía los beneficios de la vacunación para contrarrestar los efectos de la viruela en épocas donde el peligro era evidente, así como para inmunizar a las personas para cualquier eventualidad que pudiera presentarse en un futuro no muy lejano, constantemente el factor económico limitó la extensión de la vacuna a la población.

5.3 LA EPIDEMIA DE 1878

Durante los últimos meses del año 1878, nuevamente la viruela se presentó en varios Estados, incluido Santander. En consecuencia, se despertó la alarma entre las autoridades encargadas de su detención, quienes de inmediato buscaron aprovisionarse de suficientes cantidades de virus vacuno para inmunizar a la

⁹¹ Gaceta de Santander. Socorro, 09 de febrero de 1871. Año XIII. p. 6.83

población y disminuir los alcances de la enfermedad desde la medicalización de la misma, como se hacía en los países con mayor grado de desarrollo.

Teniendo en cuenta que parte de la población Colombia aún se resistía a recibir los beneficios de la vacuna y a contribuir con su reproducción a través del préstamo de su cuerpo o los de sus hijos; el Gobierno Central hizo llamamientos constantes a las personas prestantes y con gran influencia para que convencieran a todos los demás sobre la importancia de contribuir a la prevención y si era posible total erradicación de la viruela del contexto nacional. Presentado las ventajas de la vacuna y desmintiendo los rumores de los peligros y dolores que padecían quienes se inmunizaban, se dio inició a la campaña por obtener sustancia vacuna y hacerla extensiva al mayor número de individuos posibles.

Se recurrió a los párrocos y sacerdotes para que desde el pulpito o en conversaciones particulares recordaran a los feligreses que entre sus compromisos cristianos estaba la preservación de la vida propia y la de sus semejantes, “la caridad cristiana manda hacer todo el bien que se pueda al prójimo, ¿i qué mayor bien que libertarlo de la muerte, o de las consecuencias desastrosas que deja la viruela en aquellos individuos que logran escapar como por milagro a sus ataques? los misericordiosos luego recibieran las recompensas prometidas”⁹².

Aunado a lo anterior, los sentimientos patrióticos y la necesidad de comportarse como un pueblo con educación, eran los argumentos que tenía el Gobierno para que los directivos y docentes de los colegios y escuelas infundieran entre los estudiantes y los padres de familia el deber de vacunarse; viendo con beneplácito las jornadas de vacunación que llegaban a estos establecimientos públicos, al igual que a las cárceles o cuarteles.

⁹² Diario Oficial. Bogotá, 17 de agosto de 1878. N° 4249.

La urgencia de contar con altas dosis de virus vacuno, también llevó a que las mismas consideraciones contenidas en el discurso del Gobierno se hicieran extensivas a los hacendados. Como promotores del alza económica del país, era su obligación ayudar a preservar la salud de la población; por lo tanto debían buscaran entre sus hatos granos de vacuna, una vez hallados informar a las autoridades pertinentes, quienes se encargaban de analizar su calidad y obtener su reproducción. La mutua colaboración de todos los organismos políticos, económicos y sociales era fundamental para concientizar al pueblo a cerca de lo imperioso de mitigar conjuntamente las consecuencias de la viruela.

En todo el Estado de Santander, las diversas autoridades gubernamentales intentaron multiplicar el virus vacuno para aplicarlo a la población que habitaba los sitios en donde la enfermedad estaba presente, como en aquellos donde el peligro aún no era evidente; además se planteó la creación de hospitales provisionales como una solución significativa y con posibilidad de ejecutarse, pero los inconvenientes para la obtención del virus y la instauración de hospitales volvieron a presentarse.

Prueba de lo anterior, es el informe publicado en la Gaceta por el Jefe Departamental de Guanentá, en el cual expresó su deseo de evitar que la viruela llegará hasta allí mediante la reproducción de la sustancia vacuna, razón por la que en repetidos momentos inoculó el virus en varios infantes sin obtener resultados positivos. De ahí que el funcionario reconociera que en su jurisdicción no se encontraban personas vacunadas y no se poseían fondos para la instauración de hospitales en caso que fuera necesario, por lo que sólo le quedaba esperar que las políticas sanitarias y las rogativas de la población hicieran efecto, impidiendo que el contagio arribara en este departamento⁹³.

⁹³ Gaceta de Santander. Socorro, 22 de noviembre de 1878. Año XX. p. 1238.

5.4 LA EPIDEMIA DE 1881

Pasaron pocos años desde la última vez que la epidemia de viruela generó estragos en el país, a finales de 1880 la reaparición de la viruela en algunos Estados no dio tiempo a la población de recuperarse, con mayor intensidad la enfermedad rápidamente se posesionó en el panorama nacional. En esta ocasión su capacidad de expandirse y de provocar fenecimientos masivos, al parecer fue mayor que la de su última aparición. Al Gobierno Central llegaron solicitudes de auxilio de Estados que en los brotes epidémicos antes mencionados no se manifestaron, por contrario expresaron encontrarse libres de la peste.

La magnitud de la epidemia conllevó al Gobierno Central a ordenar la instauración de una Oficina de Conservación del Virus en cada Estado. Para inmunizar a la población y evitar que las consecuencias de la enfermedad fueran desastrosas y obstaculizaran el normal funcionamiento de la Unión, era imperioso obtener pus vacuno de alta calidad, preservarlo y propagarlo entre los individuos con mayor susceptibilidad al contagio. En respuesta a esta orden, los presidentes de varios Estados expresaron su acatamiento, pero pedían al Gobierno Nacional no desentenderse del problema y brindarles toda la cooperación que fuera necesaria para que mancomunadamente disminuyeran los efectos de “tan horrible enfermedad”, en especial, porque el virus vacuno continuaba siendo escaso, presentándose como un gran impedimento para materializar toda política de vacunación⁹⁴.

El poder ejecutivo de la Unión previendo la demanda de virus vacuno comisionó al Ministro Carlos Holguin comprar en Londres todo lo requerido para proteger a la población colombiana, incluido el virus, ya fuera obtenido directamente del animal o de los humanos. A mediados de diciembre de 1880, el señor administrador de la aduana de Barranquilla informó el arribo de ciento sesenta y ocho tubos capilares

⁹⁴ Diario Oficial. Bogotá, 07 de enero de 1881. N° 4911.

con vacuna humana, dos y media docenas de vejigas vacías, mil agujetas de marfil descargadas y mil tubos capilares descargados para depositar la sustancia vacuna que se reprodujera del que acababa de llegar.

Junto a la encomienda proveniente de Londres estaba anexa una carta de los señores Schloss Brothers y Ethelburga House, en donde expresaban al Gobierno de la Unión que la vacuna enviada no tenía ningún costo, ésta representaba “una humilde ofrenda, en obsequio de nuestra simpatía por Colombia i del afecto que tenemos por sus hijos. Si con ella salvamos la vida de un colombiano o contribuimos para contrarrestar o alejar el horrible azote de la viruela, nos consideraremos dichosos i ricamente como pensados por cualquier trabajo i gasto que nos haya ocasionado la consecución de este precioso preservativo”⁹⁵

José Araujo Secretario de Gobierno en nombre del Ciudadano Presidente y de las poblaciones que recibían el beneficio, agradeció los señores Schloss Brothers y Ethelburga House por su contribución en la preservación de la vida de los habitantes de este país, quienes consecutivamente se veían amenazados por la viruela, enfermedad “de las más horribles que puede padecer la humanidad” El Secretario manifestó que el donativo se encontraba ya bajo su poder para ser distribuido equitativamente en todos los Estados. Como anexo era enviado el instructivo del doctor Warlomont, director de la Oficina de vacunación de Bruselas⁹⁶.

El Gobierno Central reiteró al poder ejecutivo de cada Estado solicitar exclusivamente la cantidad de vacuna que se requiriera de inmediato y seguir el método de Warlomont. No era prudente pedir más dosis de las necesarias, puesto que la reserva con la que se contaba no era cuantiosa, además la vacuna fuera

⁹⁵ Diario Oficial. Bogotá, 18 de enero de 1881. N° 4920.

⁹⁶ Diario Oficial. Bogotá, 19 de enero de 1881. N° 4921.

seca o humedad debía utilizarse rápido, su conservación por tiempos prolongados debilitaba sus componentes y por ende su efectividad.

Según el nuevo instructivo que el Estado ordenó cumplir a los vacunadores, para aplicar la vacuna debía raerse el brazo izquierdo con una lanceta limpia y no muy cortante, haciendo rayas transversales en cuatro o cinco partes, a una distancia de tres cuartos de pulgada; el número de raeduras dependía de la extensión de cada una de ellas. Las raeduras ligeramente debían provocar sangrado, de lo contrario debía esperarse que ésta secara para limpiar la parte manchada. Sobre la lanceta se soplabla la vacuna contenida en los tubos, se estableció que la tercera parte del tubo era la cantidad suficiente para cada vacunación, luego la sustancia era bien frotada en las raeduras.

Si en remplazo de la lanceta eran utilizadas puntas de marfil, se debía mojar la extremidad de cada punta en un poco de agua tibia, al retirarla se dejaba ablandar la vacuna por dos o tres minutos, frotándose la raeduras hasta que no quedara nada en el marfil. Si se producía desangre debía dejarse secar sobre las incisiones. En ambos casos el éxito de la vacunación dependía que la sustancia vacuna quedara bien extendida.

Para 1881, el presidente del Estado de Santander al tener conocimiento que la viruela estaba afectando a los habitantes del Socorro, Charalá, Cúcuta y Ocaña, a través del Departamento de Beneficencia emitió un circular en donde ordenó que el “beneficio de la inoculación de la vacuna sea administrado del mejor modo posible, con prontitud y con orden, a todos los establecimientos de instrucción y beneficencia, a particulares que lo soliciten, a todos aquellos niños y personas que por alguna circunstancia carezcan de facilidad para solicitar la aplicación, sin distinción de clase”⁹⁷

⁹⁷ Gaceta de Santander. Socorro, 07 de junio de 1881. Año XXIII. p. 1496.

Para agilizar y optimizar el cumplimiento de las medidas establecidas en procura de contener la propagación de la viruela, el poder ejecutivo promovió la conformación de Juntas de Sanidad, compuestas por personas con reales sentimientos humanitarios y patrióticos, con espíritu público y fraternal, medidas que en palabras del ciudadano presidente “debían ser secundadas y apoyadas por todos los funcionarios públicos y por los particulares en obsequio del interés común”

Si bien, los diferentes órganos gubernamentales emitieron la orden de vacunar sin distinción a la población, el constante impedimento fue la carencia de sustancia vacuna. La viruela empezó manifestándose en el Departamento de Ocaña, lugar donde el Gobierno del Estado remitió algunos tubos de virus vacuno que guardaba como reserva para dichas eventualidades.

No obstante, por las pocas dosis de vacuna con las que se contaba, junto a los tubos enviados a Ocaña se anexó la orden de disponer de ellos a una persona experta en la materia, para que comprobara la calidad del virus y si resultaba adecuado pasara a propagarlo en todo el Departamento con la mayor economía y cuidados posibles; se aconsejaba tratar de conservar la pureza de la sustancia vacuna el tiempo que más se pudiera, reiterando que las provisiones con las que se contaba eran mínimas⁹⁸.

La rápida propagación de la viruela en el Estado de Santander y la inexistencia de virus vacuno llevaron a las autoridades principales del Estado a tomar medidas de contingencia, como fue solicitar en otros Estados la sustancia vacuna, buscarla entre las reses de la región o inocular niños para extraerla de ellos, entre otras.

En el mes de mayo de 1881, el Gobierno Nacional, dando respuesta a la solicitud del Gobierno del Estado de Santander, envió una placa de virus vacuno y dos

⁹⁸ Gaceta de Santander. Socorro, 11 de febrero de 1881. Año XXIII. p. 1477.

púas de marfil para remplazar la lanceta. Ante la dificultad para obtener las placas, se sugirió no utilizar la enviada desde de Bogotá para vacunar sino para reproducir el pus vacuno⁹⁹.

Dado que la viruela causaba mayores estragos en Ocaña, estas placas fueron enviadas a Pamplona, donde las autoridades manifestaron haber recibido de la costa cinco placas más y adquirido por otros medios sustancia de mejor calidad. Aún así, la placa remitida por el Gobierno Nacional fue puesta a disposición de la Junta de Sanidad de esa capital, quien la inoculó en niños robustos y sanos con el ánimo de conseguir más virus. Como se ha mencionado la práctica de utilizar a la población infante como agentes reproductores de la sustancia vacuna fue bastante común y tuvo tanto éxito, y gracias a ella se logró “atacar la terrible peste” que amenazó a la población residente en Ocaña¹⁰⁰.

La cercanía de Ocaña y Cúcuta extendió la viruela a aquel lugar. Considerando que era mayor el número de personas que allí habitan y podían estar en riesgo, el Secretario de Gobierno del Estado recomendó organizar con prontitud la Junta de Sanidad para que se encargara de ejecutar las medidas pertinentes para contener la enfermedad, entre ellas, la inoculación del virus vacuno, ya fuera “tomándolo de los brazos de los niños en que se haya aplicado con buen éxito, de las placas o tubos de los que se han remitido por el Gobierno, o extrayéndolo de reses vacunas en las que se deposite la sustancia por medio de la inoculación”¹⁰¹

Asimismo, el Jefe Departamental de Vélez, considerando que la viruela azotaba a Cúcuta y que las medidas de aseo no eran suficientes para contener los alcances de la enfermedad, impulsó la pronta y masiva vacunación de los habitantes de aquel lugar. Para materializar dicha política se solicitó al Alcalde de Cúcuta trasladar a Vélez dos o tres infantes de las familias distinguidas con el objetivo que

⁹⁹ Gaceta de Santander. Socorro, 31 de mayo de 1881. Año XXIII. p. 1495.

¹⁰⁰ Gaceta de Santander. Socorro, 04 de julio de 1881. Año XXIII. p. 1500.

¹⁰¹ Gaceta de Santander. Socorro, 12 de mayo de 1881. Año XXIII. p. 1493.

fueran vacunados por el médico allí contratado. El Jefe Departamental deseando garantizar el cumplimiento de esas prevenciones, hacía mención a la obligación del Alcalde de buscar el bienestar de los individuos a su cargo como forma de demostrar su patriotismo y filantropía¹⁰²

Las autoridades gubernamentales de Vélez en repetidas ocasiones dejaron ver su gran preocupación por prevenir la viruela mediante la extensión de la vacuna entre la población. De ahí, que con dineros propios del Departamento se compró virus vacuno en Bogotá porque el enviado por el Gobierno Central no resultó de buena calidad. Siendo la multiplicación de este virus, el que se ofrecía para contener los alcances de la enfermedad en otros Departamentos, dado que en Vélez dicho virus vacuno permitió que la población fuera casi inmune a la proliferación de la enfermedad que se generó en varios lugares del Estado¹⁰³.

Por otra parte, en el Socorro el Jefe Departamental ordenó a todos los habitantes hacerse inocular lo antes posible, razón por la que se nombró vacunadores al Doctor Francisco Antonio Santos y a los señores Patricio Naranjo, Gregorio de Jesús Posada, Dionisio Otero y Calixto Rueda. Con la finalidad de facilitar la materialización de las medidas preventivas se dividió el poblado en 55 manzanas, cada una bajo la vigilancia de un Inspector de Sanidad, figura creada en ese momento para coordinar y ejecutar las políticas concernientes a la contención de la viruela.

Entre las funciones de los Inspectores de Sanidad estaban hacer retirar de su respectivo radio las tintorerías, piaras de cerdos, pulperías y todo cuando pudiera contribuir al depósito de materias en descomposición o que alterara la pureza del aire; exigir el blanqueamiento con agua cal de las casas o habitaciones; derribar los árboles y arrasar las plantaneras; desyerbar las calles y barrerlas tres veces

¹⁰² Gaceta de Santander. Socorro, 31 de mayo de 1881. Año XXIII. p. 1495.

¹⁰³ Gaceta de Santander. Socorro, 15 de agosto de 1881. Año XXIII. p. 1507.

por semana; impedir el depósito de aguas por más de dos días; denunciar oportunamente la presencia de viruela en su demarcación y garantizar la vacunación del mayor número de personas que fuera posible¹⁰⁴.

La campaña de vacunación debía empezarse por los establecimientos de educación, seguido del cuartel y la cárcel, para pasar a ofrecer este servicio a las personas que lo solicitaran, siempre que hubiese dosis disponibles. . Nadie podía desacatar las disposiciones de los Inspectores de Sanidad, puesto que el Jefe de policía estaba autorizado para sancionar a los infractores con multas de 1 o 10 pesos¹⁰⁵. Las sanciones pecuniarias fueron estrategias empleadas para preservar la salubridad pública, si el pueblo no era consciente de la importancia de mantener un adecuado estado de salud, se hacía necesario educarlo, aunque fuera mediante la represión.

¹⁰⁴ Gaceta de Santander. Socorro, 23 de agosto de 1881. Año XXIII. p. 1508.

¹⁰⁵ Gaceta de Santander. Socorro, 26 de julio de 1881. Año XXIII. p. 1504.

CONCLUSIONES

La viruela fue una enfermedad que postró, deformó, incapacitó y causó la muerte a miles de personas en todo el mundo, especialmente, en los países con menor grado de desarrollo y con condiciones de insalubridad notorias, como los países de América Latina. Los indicios de su presencia causaban estupor y pánico generalizado, frente a la amenaza de la enfermedad la población se resguardaba, interrumpiéndose las actividades económicas y sociales. Su capacidad de extenderse vertiginosamente durante largos y consecutivos periodos conllevó al Estado a legislar para detener su propagación y disminuir sus consecuencias una vez se hacía manifiesto el contagio.

Los estudios históricos sobre las epidemias de viruela ocurridas en la Nueva Granada a finales del periodo colonial, muestran que desde entonces las autoridades gubernamentales intentaron redefinir la salud al campo de lo público y por ende convertir en obligatoriedad del Estado interesarse en la contención de la propagación de la viruela, estableciendo normas sanitarias y sancionatorias que repelaran el impacto de la enfermedad. Por la capacidad de la viruela de desestabilizar la sociedad, el Estado sin convertirse en un garante de la salubridad pública, debió intervenir para su control; desde los diferentes sectores sociales la población debió con filantropía y patriotismo contribuir al control de la enfermedad mediante donativos pecuniarios o materiales, prestación de servicios o simplemente con el acatamiento a las disposiciones gubernamentales, ya que los efectos de la enfermedad eran generales, obstaculizaban la sana convivencia y la productividad económica del país.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando el liberalismo radical reorganizó el país en Estados Soberanos vinculados a través de un modelo federal, se consideró que mientras el país continuara constituido por individuos pobres,

enfermos e insalubres las condiciones de atraso difícilmente podrían ser superadas; por lo cual se debía sanar, instruir y ocupar productivamente a toda la población en los ramos de la economía que permitieran la consolidación de los proyectos políticos y culturales del Estado y la Nación. Sin embargo, por la escasez de recursos y la priorización de otros intereses, se debió limitar el gasto público y el accionar sanitario y preventivo. La salud de la población se consideró un tema de interés público, pero en muchos casos la concepción liberal normativa no actuó en concreto ni fue más allá de la retórica que legisló o reglamentó al respecto.

La salubridad pública continuó siendo un aspecto relacionado con la beneficencia y la asistencia a los pobres, enfermos, desamparados y agónicos. La mayor intervención de las autoridades gubernamentales en procura de un adecuado estado de la salud de la población, tan sólo se dio cuando las enfermedades endémicas o epidémicas, entre ellas la viruela, tendieron a desestabilizar la dinámica socioeconómica del Estado, era en esos momentos cuando las autoridades empezaron, con mayor compromiso, a decretar medidas dirigidas a garantizar un mejor estado de salud.

En el Estado Soberano de Santander la política liberal concretada para contener la viruela contempló cinco mecanismos, orientados a la higienización de los espacios y de las personas, a la implementación de tratamientos producto más de la experiencia cotidiana de los habitantes que de los intentos de los facultativos para medicar la enfermedad; al establecimiento de organismo e instituciones para centralizar y materializar las medidas ordenadas por el Gobierno para prevenir la viruela y menguar sus consecuencias; y a promover la vacuna o su inoculación como el medio más efectivo para salvaguardar la población de los brotes epidémicos.

Si bien, la viruela por su capacidad destructiva se convirtió en un interés del Estado, las limitantes que existieron para llevar a cabo todas las políticas propuestas hicieron que las autoridades gubernamentales recordaran a los individuos su participación activa para contribuir a prevenir o disminuir los alcances de estas enfermedades, principalmente, a quienes tenían una mejor posición económica y por ende mayor prestigio social. La discursiva política apelo a los sentimientos patrióticos y altruistas de los individuos pudientes, a los cuales se les sugirió demostrar el cumplimiento de sus compromisos cristianos y cívicos destinando parte de sus riquezas en auxiliar a los enfermos y agonizantes. La salubridad pública se concibió como una preocupación de todos, el Estado legislaba, controlaba y asistía, pero era el individuo debía protegerse así mismo, y quienes poseían mayores recursos debían auxiliar al caído en desgracia para evitar la generalización del contagio.

El temor a lo desconocido, a lo desagradable, a lo incontrolable y al contagio de esto, conllevó a las autoridades gubernamentales a buscar el aislamiento del agente patógeno o de los individuos que causaban estupor en la población por padecer alguna enfermedad o desviación en su comportamiento. En consecuencia, cada vez que la viruela se presentó la instauración de hospitales provisionales fue una medida asistencial y sanitaria contemplada por las autoridades a cargo. Si bien, se deseó cambiar la finalidad de los hospitales para virulentos del sólo hecho de distanciar al enfermo de los individuos sanos, para pasar a brindarles asistencia médica, en procura de curación rápida y sin mayores consecuencias; la escasez de fondos y de personal especializado, la renuencia del enfermo a ser señalado y alejado de su entorno familiar, así como la insistencia de los funcionarios políticos, médicos y hasta religiosos, por evitar el contacto de los contagiados con la población exenta, obstaculizaron la efectividad y eficacia de estos centros hospitalarios.

Desde 1802 la introducción al país de la vacuna contra la viruela descubierta por el médico inglés Edward Jenner en 1798, fue importante para prevenir de manera más efectiva esta enfermedad; dentro del Estado Soberano de Santander su propagación centró la atención del Estado. Desde la capital de la Unión, la nascente comunidad médica, incapaz de dar solución a la enfermedad con conocimientos propios, promovió artículos para dar a conocer investigaciones de las Sociedades Científicas europeas sobre la clasificación y tratamiento de la viruela, a la par que buscó desmentir las afirmaciones que hacían los detractores de la vacuna, puesto que estos estudios aseveraban que la verdadera vacuna aplicada siguiendo las pautas establecidas preservaban a la sociedad para siempre de la viruela.

Asimismo, para debilitar la resistencia de la población a recibir los beneficios de la vacuna y a prestarse como vehículos reproductores del virus vacuno, las autoridades del Estado Soberano de Santander encargadas de mitigar la viruela y sus efectos, hicieron constantes llamamientos a médicos, religiosos, comerciantes, hacendados y educadores para que convencieran a todos los demás habitantes del Estado sobre la importancia de contribuir a la prevención y si era posible a la erradicación plena de la viruela del contexto nacional. Ostentado las ventajas de la vacuna y contrariando los rumores de los peligros y dolores que padecían quienes se inmunizaban, se dio inició a la campaña por obtener el pus vacuno y hacerlo extensivo al mayor número de individuos posibles.

No obstante, la dificultad de contar con las suficientes dosis de pus vacuno y con la calidad requerida para inmunizar efectivamente a un alto porcentaje de individuos, la inexperiencia de varios vacunadores, la resistencia de algunas personas a vacunarse por el temor al dolor, a la muerte o a contraer otras enfermedades relacionadas equívocamente con la vacuna, y la carencia de recursos económicos para emprender masivamente jornadas de vacunación, fueron los mayores y constantes impedimentos con los que debieron enfrentarse

los Gobernantes del Estado Soberano de Santander y los organismos constituidos por médicos, sacerdotes y personalidades prestantes de la región, quienes por filantropía, por miedo a que el contagio los alcanzara o por evitar el estancamiento del desarrollo del Estado, unieron intereses y esfuerzos por derrotar la viruela con el arma más efectiva, la vacuna.

En síntesis, la conformación de Juntas de Sanidad integradas por vecinos pudientes, clérigos, médicos y funcionarios públicos; la higienización de los poblados y de las personas; la exclusión de los virulentos; la promoción de tratamientos homeopáticos y la propagación de la vacuna como el método con mayor efectividad en la prevención de la enfermedad, fueron los mecanismos empleados por las autoridades del Estado de Santander para ganarle la batalla a la viruela o por lo menos, como en efecto sucedió, disminuir el número de víctimas. Sin embargo, estas medidas fueron adoptadas sólo cuando existió el rumor o la aparición de casos concretos de viruela dentro del Estado o en los Estados vecinos, ya que tan pronto la amenaza de la enfermedad cesaba, se disolvían las Juntas y desaparecía de la documentación oficial las políticas que prevenían la propagación de la epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

- CÁNEPA, Elena. Fisiopatología de las infecciones virales [en línea] <<http://www.higiene.edu.uy/cefa/libro2002/cap%202.pdf>> [citado en 10 de marzo de 2010].
- COOPER, Donald. Las epidemias en la Ciudad de México 1761- 1813. México: Instituto Mexicano del Seguro social, 1980.
- ESPAÑA, Gonzalo. José Celestino Mutis, el sabio de la vacuna. Bogotá: Colciencias - Panamericana, 1998.
- FONNEGRA, Gabriel. Mutis y la expedición botánica. Bogotá: Nomos, 2008.
- FRIAS NÚÑEZ, Marcelo. Enfermedad y Sociedad en la Crisis Colonial del Antiguo Régimen. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1992.
- MCNELL, W. Plagues and peoples. New York: Anchor Press. Doubleday, 1978.
- PALACIOS SÁNCHEZ, Leonardo. Algunos aspectos relacionados con José Celestino Mutis y la Medicina. En: Revista Ciencias de la Salud. Bogotá. Vol. 6, n°2. (may,-ago. 2008).
- PÉREZ PINZÓN, Luis Rubén. Regenerar la muerte: La política sanitaria en el Estado Soberano de Santander. Instituciones de beneficencia, organizaciones de caridad y establecimientos de salubridad (lazaretos, hospitales y cementerios) 1857 – 1886. Trabajo de grado [Maestría en Historia]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2004.
- RESTREPO ZEA, Estela. El cólera en Nueva Granada. En: Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia. Medellín: La Carreta, 2004.
- _____. Vagos, enfermos y valenturientos. Bogotá: 1830 – 1860. En: Historia y Sociedad (Universidad Nacional de Colombia). Medellín. n° 8. (mar.2002).

- SALAMANCA URIBE, Juana. Jorge Lleras Parra y la producción de la vacuna antivariólica en Colombia. En: Revista de la academia colombiana de ciencias. Bogotá. Vol. XXVIII, nº 109 (dic. 2004).
- SILVA, Renán. Las Epidemias de Viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada. Cali: Centro Editorial de la Universidad del Valle, 1992.

FUENTES PRIMARIAS

- Periódicos oficiales de Colombia:

Gaceta Oficial. Bogotá: 1857-1863.

Diario Oficial. Bogotá: 1863 – 1886.

- Gaceta de Santander. Pamplona, El Socorro y Bucaramanga. 1857 - 1886.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. Codificación Nacional 1821 - 1886. Bogotá: Imprenta Nacional, 1924.
- Código Político y Municipal, de Policía, Penal y Militar del Estado Soberano de Santander. Socorro: Imprenta Arenas y Cancino, 1866.
- Gaceta Médica. Escuela de Medicina. Bogotá, 1865.
- Plan Profiláctico y curativo de la Viruela. 1840. Biblioteca Nacional. VFDU1-1590.
- Tratado Completo de Patología y Terapéutica General y Especial. Madrid: 1850. Tomo XV.
- Tratado de Patología Médica. Madrid: 1851. Tomo II.