

**SIN MIEDO NI GLORIA:
CIENCIA Y POLÍTICA EN LA SEGADORA DE VIDAS DE TEZ AMARÍLLICA:
VALLE DE SOTO 1911 Y BUCARAMANGA 1923**

ELQUIN ALFONSO MORALES LIZARAZO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2005**

**SIN MIEDO NI GLORIA:
CIENCIA Y POLÍTICA EN LA SEGADORA DE VIDAS DE TEZ AMARÍLLICA:
VALLE DE SOTO 1911 Y BUCARAMANGA 1923**

ELQUIN ALFONSO MORALES LIZARAZO

Trabajo de Grado para optar el título de Historiador

**Ph. D. EMILIO QUEVEDO VELEZ
DIRECTOR**

**MG. LUIS ANGEL VILLAR CENTENO
CODIRECTOR**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA**

2005

Dedico el desarrollo de esta investigación a:

Un ser que desde el momento que me sintió en sus entrañas ha luchado con entereza y dedicación para brindarme todo lo necesario: Mi Madre.

A un grupo de individuos que a pesar de las diferencias y las similitudes me han apoyado en el desarrollo de mis ideales: Mi Familia.

A un ser que me entregó con su vida la muestra de un amor real y eterno: V. H. V. R.

A aquellos que al cruzar por mi camino han decidido quedarse y compartir conmigo la oportunidad de disfrutar la vida: Mis amigos.

Y a mis maestros ya que gracias a su conocimiento, el deseo de transmitir lo aprendido y la fuerza de su carácter, me han aportado herramientas indispensables para la travesía académica.

Elquin Morales Lizarazo.

AGRADECIMIENTOS

El autor de la presente investigación expresa sus más sinceros agradecimientos a:

Dr. Luís Ángel Villar Centeno, Decano de la Facultad de Salud, UIS, quién al comprender el interés por la historia de la medicina sugirió el tema de investigación en un día de consulta.

Al Dr. Emilio Quevedo Vélez, Director del Centro de Historia de la Medicina “Andrés Soriano Lleras”, de la Universidad Nacional de Colombia, quién desde el primer momento que tuvo noticia de la propuesta de trabajo se interesó por el mismo y permitió la integración al proyecto Macro, patrocinado por Colciencias, la DIB y el Banco de la República.

De igual manera se agradecen sus valiosas orientaciones, la oportunidad de acercarse a su erudición y la posibilidad de compartir juntos una etapa de trabajo donde se adquieren otras destrezas fundamentales en el quehacer del investigador.

A Víctor Hugo Villalba Rey, Raúl Vega Murillo, Lina Rojas, Betsy Arguello y Henry Lizarazo por su colaboración en diferentes etapas del proyecto.

A Mis compañeros de investigación: Carolina Manosalva, Giovanna Matiz, Mónica Tafur, Alaín Camacho, Mónica García, Juliana Pérez, Zulma Urrego, Jairo Ernesto Luna, Lisa Bustos y María Paula Juliana por su constante colaboración y apertura con la presente investigación.

A otros investigadores del Centro de Historia de la Medicina “Andrés Soriano Lleras”: Angélica Losada, Pablo Martínez, Catalina Ascanio, Cristian e Ivonn por su compañerismo y solidaridad.

A mis compañeras de estudio: Clara Carreño y Cintya Maldonado con quienes permanecemos a lo largo de la carrera como un excelente equipo de trabajo y a todos aquellos que de otras maneras manifestaron interés por la presente investigación en algún momento de su vida: Muchas Gracias.

CONTENIDO

| | pág. |
|---|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| 1. DE LOS MIASMAS AL MOSQUITO: | 37 |
| 1.1 LA FIEBRE AMARILLA | 37 |
| 1.2 LA TEORÍA MIASMÁTICA DE LA FIEBRE AMARILLA Y SU PREFERENCIA POR LOS PUERTOS | 39 |
| 1.3 LA CONTROVERSI A POR SU NATURALEZA PALÚDICA: LAS FIEBRES DEL MAGDALENA | 45 |
| 1.4 LA BÚSQUEDA DE LA BACTERIA EN FIEBRE AMARILLA | 49 |
| 1.5 LAS EPIDEMIAS DE CÚCUTA | 51 |
| 1.6 LA PREGUNTA POR UN VECTOR: EL MOSQUITO COMO TRANSMISOR DE LA FIEBRE AMARILLA | 57 |
| 1.7 EL TRABAJO DE FRANCO Y SUS COLABORADORES | 62 |
| 2. DE LA FIEBRE GRAVE DE GIRÓN A LA FIEBRE AMARILLA EN EL VALLE DE SOTO | 68 |
| 2.1 EL ORIGEN DE LA EPIDEMIA | 71 |
| 2.2 LA EXTENSIÓN DE LA EPIDEMIA | 78 |
| 2.3 LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA PERSISTE EN PIEDECUESTA | 82 |
| 2.4 LAS INSTITUCIONES | 84 |
| 2.4.1 La Junta Departamental de Higiene | 84 |
| 2.4.2 La Oficina de Sanidad durante el primer brote de Fiebre Amarilla en Bucaramanga | 85 |
| 2.4.3 El médico especial para la epidemia | 88 |
| 2.4.4 El Hospital para los enfermos de fiebre amarilla en Bucaramanga | 88 |
| 2.5 LOS AUXILIOS Y LOS DONATIVOS | 89 |
| 2.6 LA CIENCIA MÉDICA | 90 |
| 2.6.1 Estudio clínico de la epidemia | 90 |
| 2.6.2 De vuelta al diagnóstico: su confirmación | 96 |
| 2.6.3 Factores de extensión de la epidemia: estegomyas y foco endémico | 102 |
| 2.7 RESPUESTAS AL DIAGNÓSTICO | 108 |
| 2.8 CUANDO CESA EL BROTE EPIDÉMICO | 109 |

| | |
|--|-----|
| 2.8.1 La clausura del Hospital | 109 |
| 2.8.2 La clausura de la Oficina de Sanidad | 113 |
| 3. MOSQUITOS, ESPIRILAS E HIGIENE. | 115 |
| 3.1 LA TEORÍA DE LOS CENTROS CLAVES Y LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER | 115 |
| 8.2 LA COMISIÓN NORTEAMERICANA VISITA COLOMBIA (1916) | 119 |
| 3.3 HIDEYO NOGUCHI Y LA LEPTOSPIRA ICTEROIDES | 121 |
| 3.4 LA INCURSIÓN NUEVAMENTE DE LA FIEBRE AMARILLA EN BUCARAMANGA, 1923: LA MAGA NOTICIA DE LA SEGADORA DE VIDAS DE TEZ AMARILLÍCA. | 125 |
| 3.5 LOS ASPECTOS ENDÉMICOS, LOS CUADROS CLÍNICOS Y LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES | 128 |
| 3.6 AUTOPSIAS, EXPERIENCIAS SEROLÓGICAS Y TRATAMIENTOS | 137 |
| 3.7 PRIMERAS ACCIONES LOCALES EN LA LUCHA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA: DECLARACIÓN, DESINFECCIÓN Y CONTRAVENCIONES | 145 |
| 3.7.1 La desinfección | 145 |
| 3.7.2 Las fumigaciones con azufre | 148 |
| 3.7.3 Las contravenciones | 149 |
| 3.7.4 Frente a los Zancudos | 150 |
| 4. ENTRE LOS CENTROS CLAVES Y LA LEPTOSPIRA ICTEROIDES | 153 |
| 4.1 LA DINÁMICA MÉDICA: II CONTROVERSIA POR LA DECLARACIÓN DE FIEBRE AMARILLA EN LA LOCALIDAD | 153 |
| 4.2 EL JUEGO DE LAS INSTITUCIONES | 156 |
| 4.2.1 Muy diferente teorizar en el Gabinete o en Bogotá y ver lo que pasa a la cabecera del enfermo y lo que se encuentra en el cadáver: La Junta Central de Higiene | 156 |
| 4.2.2 La creación de la Junta Asesora de Higiene | 159 |
| 4.2.3 La Fundación Rockefeller: la comisión norteamericana dedicada al estudio de la Fiebre Amarilla | 162 |
| 4.3 LAS ACCIONES DE SANEAMIENTO | 164 |
| 4.4 IMPLICACIÓN ECONÓMICA: LA ORDENANZA PROBLEMA Y EL DERECHO A LA PROPIEDAD DE LOS MUNICIPIOS | 179 |
| 10. CONCLUSIONES | 186 |
| BIBLIOGRAFÍA | 189 |

LISTA DE TABLAS

| | pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Brotes catalogados como Fiebre Amarilla en Colombia antes de 1910 | 67 |
| Tabla.2 Fiebre Amarilla en el Valle de Soto | 79 |
| Tabla 3. Datos estadísticos de las visitas sanitarias practicadas en la ciudad de Bucaramanga, por los empleados de la campaña contra la Fiebre Amarilla, desde el mes de junio de 1923 hasta el mes de Marzo de 1924. | 173 |
| Tabla 4. Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Julio de 1923 | 174 |
| Tabla 5. Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Agosto de 1923 | 174 |
| Tabla 6. Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Septiembre de 1923 | 174 |
| Tabla 7 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Octubre de 1923 | 175 |
| Tabla 8 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Noviembre de 1923 | 175 |
| Tabla 9 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Diciembre de 1923 | 176 |
| Tabla 10 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Enero de 1924 | 176 |
| Tabla 11 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Febrero de 1924 | 176 |
| Tabla 12 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Marzo de 1924 | 177 |
| Tabla 13 Inspecciones preliminares en diferentes ciudades para identificar la presencia de <i>Aedes aegypti</i> | 177 |

LISTA DE FIGURAS

| | pág. |
|--|------|
| Figura 1. Los vados, lugar donde permanecían los viajeros para evitar contraer la fiebre amarilla en la ciudad de Cúcuta. | 51 |
| Figura 2. Distribución de habitantes por territorio afectado. | 80 |
| Figura 3. Distribución rural/urbano por territorio | 80 |
| Figura 4. Morbilidad de la Fiebre Amarilla por territorio afectado | 81 |
| Figura 5. Letalidad de Fiebre Amarilla por población | 81 |
| Figura 6 Mapa geográfico de la extensión de la comisión sanitaria Rockefeller, donde se presentan las actividades mundiales de la Junta Sanitaria Internacional en el año de 1922. | 116 |
| Figura 7 Mapa geográfico de la distribución del <i>Stegomyia Calopus</i> | 118 |
| Figura 8. Focos endémicos y lugares de importación de fiebre amarilla | 120 |
| Figura 9 Fiebre amarilla en retirada. Mapa del hemisferio occidental que demuestra la reducción que constantemente ocurría según la Fundación Rockefeller en las zonas de infección. | 125 |

TÍTULO* SIN MIEDO NI GLORIA: CIENCIA Y POLÍTICA EN LA SEGADORA DE VIDAS DE TEZ AMARÍLLICA. VALLE DE SOTO 1911 Y BUCARAMANGA 1923.

Autor:** Elquin Alfonso Morales Lizarazo.

Palabras claves: Fiebre Amarilla, Valle de Soto, Bucaramanga, vómito negro, epidemia, Aedes Aegypti, Leptospira icteroides, Fundación Rockefeller.

Resumen: Siguiendo los parámetros de Pierre Bourdieu, la investigación reconstruye en un primer momento los antecedentes de la F. A (Fiebre Amarilla) en Colombia, antes de 1910. Se identifican los principales fundamentos teóricos que acompañaron éstas epidemias.

Seguidamente se mencionan las manifestaciones epidémicas de F. A. en el Valle de Soto (1911) indicando las acciones políticas y científicas que proporcionaron los actores locales.

Por otra parte se estudia la epidemia de F. A. en Bucaramanga (1923) en el contexto científico en el cual se halla inserto, los actores locales, nacionales e internacionales que intervienen en la misma y con ellos, los actores políticos y científicos que tuvieron lugar con éste brote. Cabe indicar que en ésta epidemia se analiza el intervencionismo de la Fundación Rockefeller.

La investigación descubre los hallazgos de los médicos locales en cuanto a postulados teóricos de la enfermedad que pasaron desapercibidos por los médicos nacionales e internacionales y sólo serían legitimados en éstos ámbitos decenas de años después.

*Trabajo de grado para optar el título de Historiador.

**Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director de Investigación: Dr. Emilio Quevedo Vélez. Codirector: Dr. Luis Ángel Villar Centeno.

**TITLE* WITHOUT FEAR NOR GLORY: SCIENCE AND POLITIC IN THE LIFE
TAKER OF YELLOWISH SKIN.
SOTO VALLEY 1911 AND BUCARAMANGA 1923.**

Author:** Elquin Alfonso Morales Lizarazo.

Key Words: Yellow Fever, Soto Valley, Bucaramanga, black vomit, epidemic, Aedes Aegypti, Leptospira icteroides, Rockefeller Foundation.

Abstrac: Following the parameters of Pierre Bourdieu, this research reconstructs the appearance in Colombia of the Y. F. (Yellow Fever) before the year of 1910. Moreover, the main theoretic fundaments that accompanied those epidemics of Yellow Fever are identified.

Straight ahead, the epidemic of Y. F. in the Soto Valley in 1911 are mentioned. As well as the politic and scientific actions made against them. All of that, based on the information that local people had provided.

Additionally, the epidemic of Y. F. in Bucaramanga (1923) is analysed. Taking into account the scientific context in which this disease takes place and the national and international doctors, politicians and scientists who were involved in its treatment. It is important to notice that in this research, the role of Rockefeller Foundation is looked in regard.

Furthermore, this research shows the discoveries made by local in relationship with the theoretic postulates of the disease. Those postulates were ignored by the national and international doctors and they would only be legitimated in the scientific field after decades.

* Monograph presenter to be postulant for the University degree of Historian.

**Human Sciences Faculty. History School. Reseach Director: Dr. Emilio Quevedo Vélez. Co-director: Dr. Luis Ángel Villar Centeno.

INTRODUCCION

La Fiebre Amarilla ha existido en nuestro territorio nacional como una patología histórica por su permanencia en el tiempo y en el espacio; se ha considerado como una de las enfermedades más terribles que ha amenazado la población colombiana tanto por la presencia de los focos endémicos como por la aparición de brotes epidémicos que se han irradiado desde la conquista hasta nuestros días. Tal patología, ha sido objeto de investigación de diferentes científicos que históricamente se preocupaban por esclarecer las implicaciones que la epidemia comprendía, de ahí la cantidad de publicaciones que hacen referencia a la misma, señalando como se ha construido socialmente e históricamente su saber científico.

Se puede mencionar que en un primer momento la aparición de la epidemia de Fiebre Amarilla estuvo delimitada a los puertos ó relacionada con la cercanía a los grandes ríos navegables del territorio colombiano; pero la presencia en las regiones aisladas de éstos, como era concebida su localización epidémica tradicional, generaba no sólo discusiones y en algunos casos ofensas públicas sino también la puesta en marcha de acciones de investigación por parte de aquellos que pretendían acercarse al conocimiento y dominio de la citada entidad; elementos que no sólo dan cuenta del interés de algunos personajes, sino que se constituyen además en testimonio vivo de la ciencia en un tiempo concreto, de sus problemas, alcances, procedimientos y limitaciones que se insertaban en la puesta en marcha de la misma. De igual manera, permite relacionar como este flagelo humano afectaba el desarrollo económico de las regiones, movilizaba los estamentos políticos y concretaba una serie de medidas tanto de resistencia como de apropiación de procesos ó técnicas enfocadas en la extinción de la Fiebre Amarilla.

Este proyecto pretende recoger los antecedentes científicos que acompañaron la presencia de la Fiebre Amarilla en el territorio colombiano desde la conquista hasta 1910, período en el cual se indica la presencia epidémica en el Valle de Soto. Seguidamente se estudia la epidemia anterior, relacionando la ciencia médica con la política y la sociedad. Posteriormente se realiza la profundización científica de la epidemia de Fiebre Amarilla de

1923 en Bucaramanga, con sus respectivos actores socio-políticos que dinamizaban la trama de la misma, incluyendo intereses y representaciones.

Con la presente investigación se intenta identificar en primera medida todo el arsenal científico que desarrollaron los médicos locales, nacionales e internacionales para contraatacar el avance de la epidemia por el territorio santandereano; los adelantos, las recomendaciones y los aportes que recibieron de otros territorios e instituciones. De la misma manera se considero conveniente reconocer los diferentes procedimientos gubernamentales que se llevaron a cabo para impedir el avance de la Fiebre Amarilla en los territorios indicados.

A principios del siglo XX, el Departamento de Santander y especialmente la ciudad de Bucaramanga se identificó como un centro amarílico ya que en repetidas ocasiones (1910 y 1923) se vio azotada por la presencia de la Fiebre Amarilla en su territorio. La más notable de estas epidemias fue la de 1923 ya que generó discusiones médicas, recibiendo atención especial de los médicos locales, nacionales e internacionales que se vieron involucrados con la presencia de la misma. Igualmente, este brote fue estudiado y discutido con gran interés desde diversos aspectos de la ciencia médica, como la epidemiología, la profilaxis y el tratamiento. Por otra parte, sirvió también para organizar las campañas de saneamiento en el territorio colombiano ya que los miembros de la Fundación Rockefeller intervinieron con el fin de limitar el avance epidémico y erradicar su presencia.

Un antecedente propio de la región santandereana obedece a la presencia de la Fiebre Amarilla a finales del siglo XIX, donde se identificó su manifestación en Norte de Santander, más específicamente en las ciudades de Cúcuta (1883), Ocaña y el Carmen (1888). Se pensaba que esta enfermedad podía haber sido importada de Maracaibo, región que se denominaba endémica, por las dinámicas comerciales que mantenían las regiones en cuestión; lo cual sirvió para plantear en un primer momento que la presencia de fiebre amarilla en el Valle de Soto provenía los territorios ya citados.

Pensar llevar a cabo un estudio sistemático, ordenando y coherente acerca de las diversas posibilidades que se entretujan alrededor de una epidemia como la Fiebre

Amarilla sugiere indagar los presupuestos conceptuales que se han concebido alrededor de la misma para el período y el territorio en cuestión.

REFERENTES HISTÓRICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el caso colombiano se distingue que la presencia de la Fiebre Amarilla se originó durante el período de conquista arrasando diferentes poblaciones como también ocurría en otras zonas del continente; más específicamente, en los territorios que servían como puertos. Esta epidemia que era de igual forma, conocida como “vómito negro” continuaba presente aún en el siglo XX y ubicada ya no sólo en las estaciones portuarias sino que se había logrado extender por otros territorios del estado nacional colombiano.

Cabe recordar que en la época de la colonia no existía una tipificación clara de la fiebre amarilla ya que las manifestaciones febriles se asociaban a otras enfermedades ó recibían el nombre de los territorios que las padecían como la fiebre del Darién, ó los pobladores mismos la denominaban como tabardillos, etc. Esto nos permite afirmar que no existía una concepción clara de la enfermedad que permita rastrear el devenir histórico de la misma en dicho período.

Es precisamente a finales del siglo XIX y principios del siglo XX cuando se desarrolló un tratamiento preventivo en los puertos Colombianos con motivo de la inserción de la República al mercado mundial y ello involucró la epidemia de Fiebre Amarilla; ya que entre otras, la búsqueda de su vector y los posibles infestados con ella, fue una de las miradas que se plasmaron en la legislación de la época.

Igualmente, todos los procedimientos y trámites que debían efectuarse recibieron un espacio central en la legislación de la economía portuaria, así es reconocido:

Durante los dos primeros decenios del siglo XX, se concentró, por parte del estado colombiano, en establecer instrumentos para crear y desarrollar un sistema de sanidad portuaria, primero marítima y después fluvial y terrestre, en relación con las enfermedades epidémicas, en especial cólera, peste y fiebre amarilla, apoyándose en las

directrices emanadas en las convenciones y conferencias sanitarias continentales¹.

Asimismo, como bien lo indican éstos autores, estas convenciones encarnaban un espíritu de cruzada y albergaban cierto “sentido de misión y rasgos de carácter militar”². Pero esto no debe confundirnos del principal objetivo que cumplían estas instituciones en el ámbito político y económico de las relaciones internacionales propias del marco histórico que se empezaron a afianzar de manera directa en el siglo XX, donde se identifica el papel hegemónico de los Estados Unidos y la necesidad de controlar los mecanismos políticos, culturales y científicos del resto del continente americano. Como bien lo destacan los autores en cuestión; “EU. comenzaría a jugar un papel central al desplazar a las naciones europeas como principal comprador de los productos colombianos, además de convertirse en el primer inversionista de capital en Colombia, en especial con la explotación de petróleo, el cultivo de banano y los transportes”³.

A inicios del siglo XX Colombia abre sus puertas al mercado mundial y de la misma manera comienza a insinuarse, de manera organizada, la influencia norteamericana en el resto del continente americano. La dependencia cultural, social y científica estadounidense iba poco a poco reemplazando el predominio de las ideas médicas procedentes de Inglaterra y Francia, potencias, que a su vez, usaron el espacio cedido por España y Portugal. “Ahora la práctica médica de esta parte del mundo comenzaba a preocuparse por los nuevos avances científicos y en especial por su relación con la patología infecciosa. (...) Con la nueva influencia económica y científica norteamericana, se trató de buscar una nueva orientación y se dio un aire renovador a la investigación científica”⁴. Es precisamente en este contexto donde se llevaron a cabo los proyectos de la citada epidemia.

1 HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario y OBREGON TORRES, Diana. Los cien años de la OPS en Colombia. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud. 2002. p.46.

2 *Ibíd.*, p.33.

3 *Ibíd.*, p.36.

4 ROMERO, Arturo. La investigación de las dolencias infecciosas en la Historia. Bogotá: Academia de ciencias exactas, físicas y naturales, 1997. p.306.

De la misma manera resultaba problemático el desarrollo de las estadísticas epidémicas que tendrían una central en Washington como era sugerido en las conferencias sanitarias para la certificación de las regiones más ricas de Colombia⁵.

También es a inicios del siglo XX donde la erradicación de la Fiebre Amarilla se constituyó en una tarea fundamental de las naciones americanas y en el caso colombiano de la Junta Central de Higiene, la cual se considera como una institución de carácter estatal que proclamaba todos los acuerdos y resoluciones con cobertura nacional. Esta era la encargada de pronunciar todas las normas correspondientes a las medidas que revestían una naturaleza higiénica, la mayoría de las cuales se dictaban en los períodos del predominio epidémico.

En los adelantos sobre la Fiebre Amarilla se destaca muy especialmente como paradojas las invaluable contribuciones médicas del cubano Carlos Finlay y del colombiano Roberto Franco, las cuales fueron olvidadas históricamente o no fueron tenidas en cuenta por los científicos norteamericanos sino varios años después. El aporte de Finlay se destaca como admirable dentro de las corrientes del pensamiento científico de la época en que vivió ya que planteó la presencia de un posible agente vectorial de la Fiebre Amarilla.

Éste estableció que un insecto o cualquier portador vivo de un agente infeccioso podía transmitir la enfermedad a un ser humano susceptible, el sabio afirmaba que el concepto de ambiente era definido como todo aquello que sea externo al ser humano y que facilitaba la propagación de la enfermedad, mediante la existencia de un mosquito. Así, Finlay planteó una novedosa teoría científica sobre el contagio de las enfermedades, por medio de un vector⁶.

Con ello, se descubrió que el mosquito del *Aedes Aegypti* era el vector de la Fiebre Amarilla urbana.

5 HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario y OBREGON TORRES, Diana. Op. cit., p.62.

6 ROMERO, Arturo. Op. cit., p.308.

Por otra parte, se conoce que en el año de 1906 hubo un médico colombiano llamado Roberto Franco, “quién con vehemencia defendía la tesis sobre la existencia de dos variedades de Fiebre Amarilla: la urbana y la selvática. En 1905, Franco había contribuido a reafirmar la preocupación sobre el estudio de las enfermedades autóctonas con la creación de la cátedra de medicina tropical en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Bogotá”⁷. Su principal aporte se ubica entre 1906 y 1907 y entre sus colaboradores se distinguen: Gabriel Toro Villa y Jorge Martínez Santamaría; una de las principales conclusiones a las que llegó esta comisión era lo concerniente al error de considerar al *Aedes aegypti* como el vector rural o selvático de la Fiebre Amarilla. No obstante, la comisión Rockefeller se negó a publicar las conclusiones de los investigadores colombianos al destacar que las mismas eran una “herejía”⁸.

En esta etapa concerniente al desarrollo de las actividades de investigación se sugiere la importancia de la validación ó legitimación del conocimiento, en este caso médico, por las “autoridades norteamericanas”, aunque si bien el mismo proceso nos permite pensar que dichos agentes si no equivocados frente a los descubrimientos científicos de estos importantes médicos colombianos respecto a la Fiebre Amarilla, si confundidos ya que sólo después de muchos años lograron reconocer y con ello, respaldar el nuevo conocimiento.

Sin embargo, no se pueden hacer mención de éstos adelantos médicos dejando de lado el avance de los primeros laboratorios en Colombia, de modo que gracias a la petición de Roberto Franco, Santiago Samper logró dotar un laboratorio en el Hospital San Juan de Dios. De esta manera, Néstor Miranda Canal⁹ destaca el nacimiento del Laboratorio Samper Martínez donde trabajó el equipo de Roberto Franco, ya citado, logrando distinguir la Fiebre Amarilla selvática y otras enfermedades de tipo tropical. Asimismo, tal institución merece una distinción especial para el autor, al afirmar que gracias a la dotación y a su orientación, éste logró convertirse en un importante eslabón de la investigación médico clínica y de la salud pública en Colombia, permitiendo la realización de trabajos orientados por las concepciones etiopatológicas y fisiopatológicas y un mejor

7 *Ibíd.*, p. 308.

8 *Ibíd.*, p. 310.

9 MIRANDA CANAL, Néstor. *La Medicina en la Regeneración a los años de la Segunda Guerra Mundial*. En: Nueva Historia de Colombia. Bogotá: Planeta. 1989. p.272.

control de las enfermedades; todo ello, conformando el desarrollo material de la medicina de laboratorio donde se conjugaban las mentalidades teóricas ya referenciadas.

Es un pilar fundamental de éste proceso histórico identificar que gracias al desarrollo político, militar y económico de Estados Unidos se ubica como una nación que contaba con una posición estratégica para el desarrollo de la medicina norteamericana, en la cual se basaron los estudios médicos que son para nosotros hoy objeto de investigación. Este tipo de medicina norteamericana recogía según el autor los planteamientos fisiopatológicos y aplicaba a los mismos un enorme desarrollo tecnológico, inmersos en éstos los planteamientos de los fundadores de la Medicina Hospitalaria¹⁰.

Por su parte, Diana Obregón sostiene que a comienzos del siglo XX, “las inversiones de los Estados Unidos en América Latina particularmente en Colombia crecieron significativamente”¹¹. En consecuencia, las condiciones sanitarias de la región se convirtieron en un tema de debate, debido a la falta de un sistema público de salud en los países suramericanos que ponía en peligro los intereses estadounidenses; por ello, fue creada la International Health Commission de la Fundación Rockefeller en 1913.

En cuanto al conflicto ya aludido entre médicos colombianos y norteamericanos acerca de la Fiebre Amarilla destaca citando al mismo autor que “la erradicación de esta enfermedad fue una de las primeras y más importantes metas de la Fundación Rockefeller en América Latina. En 1916, la Fundación envió una comisión para estimar la situación con respecto a la Fiebre Amarilla en la región”¹²; la comisión estuvo dirigida por William G. Gorgas, la cuál reportó la no existencia de focos endémicos en Colombia, en contra de los conceptos de los médicos y los bacteriólogos Roberto Franco, Gabriel Toro Villa y Jorge Martínez Santamaría.

10 *Ibíd.*, p.274.

11 CUETO, Marcos. *Missionaries of Science*. Blomington, Indiana: University Press. 1994 p.1- 3. Citando por: OBREGÓN, Diana. “De la veterinaria a la bacteriología: Federico Lleras Acosta o la lucha por la construcción de una carrera científica en Colombia”. *Nacionalismo e Internacionalismo en la Historia de las Ciencias y la Tecnología en América Latina*. Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología. Santiago de Cali. Colombia.1997. p.239

12 *Ibíd.*, p.240.

* Fundación Rockefeller.

Al respecto Paola Mejía indica que el líder indiscutible en el campo de la Fiebre Amarilla fue la F. R* a través de su División de Salud Internacional (IHD). De hecho, “la Fiebre Amarilla habría de dominar los programas de la IDH desde 1916, y fue gracias a ellos que forjó su prestigio, ligando indeleblemente su nombre al de la investigación en ésta”¹³. En 1916 se creó la Comisión de Fiebre Amarilla como parte del nuevo compromiso de erradicación. La comisión visitó los centros endémicos sospechosos en Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela. Ese mismo año visitó también los principales puertos de Brasil, de Río de Janeiro a Pará, concluyendo que el único centro endémico en Suramérica era Guayaquil (Ecuador). Esta Teoría se conoció como la “Teoría de los centros claves”, fundamento científico del esfuerzo de erradicación.

En 1918 el éxito en el control de la Fiebre Amarilla en Guayaquil, junto con el anuncio hecho por el científico de la Rockefeller Hideyo Noguchi de que había asilado el agente causal, la *Leptospira icteroides* (erróneamente como se demostró después), parecía un buen augurio para el esfuerzo de la erradicación. Por ello, la Fiebre Amarilla en Santander ó mejor aún su presencia epidémica tanto en 1911- 1912 en el Valle de Soto, como en 1923 en Bucaramanga, marca un punto coyuntural en la teoría internacional de los centros claves como estrategia para la erradicación y control de la misma. Permitiendo que los médicos locales indagasen una explicación que les posibilitara entender la presencia de la citada entidad en su territorio, porque a pesar que la manifestación epidémica no se ajustase a las teorías en cuestión, se presentaba la existencia de una serie de factores que les permitían asegurar su presencia. Esta interpretación es la propuesta más relevante en el desarrollo de la presente investigación ya que nos permite relacionar las dinámicas locales con las teorías internacionales, siendo además la causa de nuestro detenimiento en dicho período.

La Comisión que visitó el país en 1916 fue la Comisión de Fiebre Amarilla que hizo el estudio de los centros claves en Suramérica. “Visitó Puerto Berrío, Muzo y Cúcuta y dictaminó que no había Fiebre Amarilla endémica en el país. (...) Durante años, el

13 MEJÍA HERNÁNDEZ, Paola. “De ratones, vacunas y hombres: el programa de Fiebre Amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932 –1948”. En: DYNAMIS. No. 24. 2004. p.119 –155.

personal de la FR continuó pasando por alto los casos de Fiebre Amarilla que no se ajustaron a la teoría, desconociendo la opinión y experiencia de los médicos locales”¹⁴.

Es exactamente, ésta visita la que sugiere entre otras, la negación de la existencia de Fiebre Amarilla en Bucaramanga en 1923 por parte de algunos médicos locales y nacionales, es decir su mejor argumento en contra de la presencia de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga, sería la conclusión de la Fundación en 1916 acerca de los focos endémicos. Esto nos permite sugerir por un lado, la validación del conocimiento por parte de la potencia norteamericana y por otro, la puesta en marcha del saber de algunos médicos que interesados por las patologías de su región y su desarrollo frente a las mismas con los procesos “científicos” de su tiempo, no conformes con los diagnósticos y los argumentos anteriores se lanzaron a fundamentar ó argüir su existencia y para ello, realizaron diferentes actuaciones que son hoy nuestro objeto de investigación.

Para el caso que nos ocupa, resulta pertinente anotar en primer lugar, que el Dr. Fernando Serpa Flórez sostiene que el foco de la Fiebre Amarilla se propagaba al interior del país, en la mayoría de los casos ubicándose a orillas del Río Magdalena. Causado en parte por una mayor eficacia y crecimiento del tráfico fluvial y también por el auge de las poblaciones que se interesaban en cultivar el tabaco en dichas zonas; ya que basándose en tales causas, la población se desplazaba por esta franja con gran dinamismo, trayendo con ello, los brotes epidémicos de Fiebre Amarilla al interior del país a mediados del siglo XIX. Entre los brotes confirmados en las zonas por diferentes médicos se encuentran: Mompós, Girardot, Espinal, Neiva, Tocaima, Ocaña, Cúcuta, El Rosario y el Meta.

Pero es precisamente según este autor, que el foco de la Fiebre Amarilla pasaría al Departamento de Santander a principios de siglo XX, afectando a sus poblaciones así: en el año de 1910 a 1912 identifica que hubo brotes en el Valle de Soto, específicamente en la población que se ubicaba en Bucaramanga, Florida, Girón y Piedecuesta, donde resaltó el trabajo desarrollado por el Doctor David Mac Cormick. En el año de 1923 se reconoce otra manifestación del mismo en la ciudad de Bucaramanga y fue diagnosticada por los doctores Roberto Serpa Novoa, Martín Carvajal, Luis Ardila Gómez, Daniel Peralta y

14 *Ibid.*, p.135 - 138.

Francisco Pradilla. Finalmente, el brote con más relevancia lo ubica el autor en la ciudad del Socorro para el año de 1929, distinguiéndolo por sus grandes proporciones¹⁵. Igualmente se aprecia que este brote es enfrentado por el doctor Roberto Serpa, padre del autor.

En segundo lugar resulta necesario confrontar la anterior información con los datos suministrados por Augusto Gast Galvis donde se menciona que la Fiebre Amarilla ha predominado en la zona del nororiente colombiano; en otras palabras, en la región de los santanderes ya que es precisamente en ésta zona donde se han presentado los últimos y más graves casos de la epidemia en el territorio colombiano.

Este autor identifica también que la primera epidemia de Fiebre Amarilla en territorio santandereano ocurrió en 1910 y es identificada por el Dr. David. Mac. Cormick como la “Fiebre Amarilla en el Valle de Soto”. Según éste autor los primeros afectados por la epidemia fueron identificados en la región de Girón y sólo a principios del próximo año (1911) aparecían casos registrados en Bucaramanga para propagarse inmediatamente por los territorios de Florida, Rionegro y Piedecuesta donde la misma se tornó persistente¹⁶.

Es relevante distinguir que precisamente en este brote se desarrolló en la ciudad de Bucaramanga, según Augusto Gast Galvis “la primera vez que en Colombia se controló una epidemia con campaña anti- Aegypti”¹⁷. Y no, como se afirma en el texto de Diana Obregón Torres y Mario Hernández Álvarez que:

“Desde 1950, la estrategia de la OSP frente a las enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla y la malaria se centró en la erradicación del vector y, por tanto, de la

15 SERPA FLOREZ, Fernando. Médicos, Medicina e Historia. Bogotá: Andes 1997. p.102.

16 GAST GALVIS, Augusto. Historia de la fiebre amarilla en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud Pública-Instituto Nacional de Salud. 1982 p.42. Es importante mencionar que éste autor nos informó de una serie de datos que nos ilustró acerca de la magnitud de la epidemia pero no nos remitió a ningún texto en particular y por ello, resultó necesaria la revisión documental de las fuentes que mencionaba en la bibliografía. Además, de ser ésta misma primordial en el desarrollo del objeto de estudio que nos ocupa ya que nos remitió a una serie de documentos científicos de la época que nos pudo permitir una aproximación más inmediata al problema en cuestión.

17 Ibid., p.43.

enfermedad. (...) En el decenio de 1950 la OSP llenó el vacío que había dejado la Fundación Rockefeller, como líder de las políticas y acciones de control y erradicación de la fiebre amarilla en América Latina. La diferencia con las primeras campañas, las de los años veinte, radicaba en que ya no se buscaba la erradicación de la enfermedad sino de su vector urbano¹⁸.

Con ello, se puede sugerir que fue en éste brote cuando se realizó en la historia de la salud colombiana una de las primeras campañas encaminada al saneamiento de la ciudad por medio de la eliminación de los criaderos de los mosquitos que servían como vector de la Fiebre Amarilla y no fue hasta 1950 ni con la ayuda de la OSP ni ningún otro organismo interventor que se realizó la citada campaña en 1911 en la ciudad de Bucaramanga.

Augusto Gast Galvis, al igual que Fernando Serpa, ubica el segundo brote epidémico en el año de 1923, asegurando además que es precisamente con ésta epidemia que la Junta Nacional de Higiene, solicitaba a la Fundación Rockefeller el envío de una comisión para que organizara otra campaña antivectorial. La comisión norteamericana, estaba compuesta por los doctores José H White, Oliver Pothier y W. Pareja quienes apoyaron la Junta Asesora de Higiene en Santander que para la fecha estaba compuesta por los médicos: David Mac Cormick, Roberto Serpa, Julio Valdivieso y el Director de Higiene en Santander, Dr. Alejandro Peña¹⁹. Éste autor reconoce además que la comisión norteamericana no se atrevió a dar el diagnóstico de la situación de Bucaramanga sino que esperaron a viajar a la ciudad de Bogotá más exactamente al Instituto Samper Martínez para aceptar finalmente el diagnóstico dado por los médicos de Bucaramanga²⁰.

Del mismo modo, es reconocido por Paola Mejía, quién sostiene que el gobierno colombiano solicitó de nuevo la cooperación de la Fundación en el control de la epidemia

18 HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario y OBREGON TORRES, Diana. Op. cit., p.120 - 122.

19 Gaceta de Santander. No. 5039. Pág. 76 Mayo 3 de 1923 Resolución: 82 Marzo 11 de 1923.

20 GAST GALVIS, Augusto. Op. cit., p.45.

* División de Salud Internacional a través de la Fundación Rockefeller.

para éste año y por ello, se enviaron a los médicos ya citados que tenían los siguientes cargos respectivamente, Cirujano General Asistente del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Pothier bacteriólogo de Nueva Orleans y Wenceslao P., Director de Salud del Ecuador y representante de IHD*²¹. Ésta autora nos indica además que para hacer frente a la misma, la comisión validó su existencia y aceptó apoyar el control de la enfermedad y con tal propósito “envió al Dr. Henry Hanson y L. H. Dunn para llevar a cabo una campaña contra el mosquito *Aedes Aegypti*. Henry Hanson venía de realizar con éxito sus campañas de Fiebre Amarilla en Guayaquil en 1918 y en Perú de 1919 a 1921”²².

En cuanto a este brote es oportuno indicar que todos los autores consultados mencionan que es en ésta, la segunda oportunidad que la Fundación Rockefeller visitaba nuestro país ya que la primera ocasión tuvo lugar en 1916 cuando descartaron la importante hipótesis del Dr. Franco acerca de la posible presencia de otro tipo de Fiebre Amarilla a la urbana, que años más tarde otro médico al servicio de la Fundación norteamericana publicaba en el ámbito internacional con el nombre de “Fiebre Amarilla selvática”.

El tercer brote epidémico es establecido también en el Socorro (Santander) a finales de marzo de 1929. En su texto Gast Galvis indica que se logró reunir al cuerpo médico de la ciudad con los médicos enviados de Bucaramanga y Bogotá para desarrollar los diferentes materiales de estudio y continuar con los adelantos de las campañas antivectoriales. Reconoce igualmente, que la comprobación de los casos se llevó cabo en un laboratorio de los Estados Unidos. Con ello, el autor menciona que ésta fue la “última epidemia de modalidad urbana marcando el fin en que la Fiebre Amarilla selvática infectaba las poblaciones donde el *Aedes Aegypti* ya existía”²³. Aunque posteriormente se registraban casos esporádicos de fiebre amarilla en la región.

Finalmente, se hace mención a las manifestaciones epidémicas ocurridas en el municipio de San Vicente de Chucurí en Santander; del cual se conoce diferente documentación de la citada enfermedad. En esta región se inicia desde 1935 el servicio de viscerotomía que aportaba un gran número de casos positivos para la Fiebre Amarilla en Colombia.

21MEJÍA, Paola. Op. cit., p.137.

22 (Ibíd.).

23 GAST GALVIS, Augusto. Op. cit., p.46 – 47.

También es en ésta jurisdicción, donde se realizaron diferentes estudios que deben ser historiados como aportes científicos en la lucha contra las epidemias en Santander²⁴.

Se puede mencionar a su vez, que para fechas posteriores se incluyeron estudios y campañas de Fiebre Amarilla dentro de otros programas como lo señalan Obregón y Hernández en su texto, al afirmar que “dada la fragmentación de los servicios de salud en Colombia y la escasa cobertura en las áreas rurales, resultó más fácil utilizar la infraestructura SEM* para realizar otras “campañas directas” que venían funcionando de manera independiente a del MSP”²⁵. De este proceso conocemos los informes de la Fiebre Amarilla en la zona XVI SEM, Bucaramanga donde se caracterizan los últimos brotes de la Fiebre Amarilla de tipo selvática de acuerdo al tiempo y al espacio en diez brotes a saber; los tres primeros de ellos ubicados en San Vicente de Chucurí** y los restantes en otras regiones santandereanas.

Resulta primordial aclarar que en un primer momento se pretendió realizar este proyecto en un período de tiempo que cubriese todos los eventos antes citados; es decir, la búsqueda de fuentes estuvo dirigida ha extenderse hasta los años cincuenta y de hecho se realizó; pero al darnos cuenta de lo vasto del tema, la cantidad de información, la relevancia de la presencia de la Fiebre Amarilla hasta 1925 en Santander y la oportunidad que se tiene de acceder a los Archivos de la Fundación Rockefeller en E. U.*** que se considera un aspecto relevante en el presente estudio, se decidió limitar el mismo hasta 1925, para superar una propuesta descriptiva y profundizar en la diversa trama de intereses, actores, manifestaciones y demás, en los primeros veinticinco años de la Fiebre Amarilla en Santander; aunque se tendrá que hacer referencia a procesos anteriores y a desarrollos posteriores. Este proceso histórico se constituye en el objeto de estudio de la presente investigación incluyendo en la misma unos marcos de referencia que permitan abordar la temática del problema de investigación en cuanto a las esferas científica,

24 *Ibíd.*, p.47 - 54.

*Servicio de Erradicación de la Malaria.

25 HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario y OBREGON TORRES, Diana. *Op. cit.*, p.201.

**Antecedentes y situación actual de la Fiebre Amarilla en Jurisdicción de la Zona XVI del SEM, Bucaramanga. Colombia: Ministerio de Salud, Servicio de Erradicación de la Malaria, 1979.

*** Por parte del Director del presente proyecto.

política y social, ésta última hasta donde lo permitan las fuentes, todo ello enlazado con la presencia de la Fiebre Amarilla en Santander durante 1900 –1925.

Por otra parte, resulta claro que al remitirnos a la problemática de la Fiebre Amarilla en Colombia resulta necesario hacer mención a la Fundación Rockefeller, la cuál llegó al país en 1923 con el objeto de promover los estudios sobre dicha enfermedad, encontrando lugar para hacer sus observaciones en los laboratorios Samper Martínez, el cual se observaba como uno de los mejores en Latinoamérica²⁶. La Fundación es una institución que ha recibido diferentes tratamientos por parte de los historiadores de las ciencias médicas, consideraciones que se indicarán a continuación.

Por su parte, Diana Obregón distingue que “en 1920 la Dirección Nacional de Higiene fue situada en el Ministerio de Agricultura y Comercio, indicando el nuevo enfoque económico hacia la salud. Sin embargo, en 1923 la Dirección regresó al Ministerio de Instrucción Pública, lo cual sugiere que el Estado entendía la salud pública como parte de su misión educativa y civilizadora”²⁷. También, es precisamente en ésta década cuando “la burguesía colombiana se consolidó durante los años veinte y fortaleció su proyecto de modernizar al país, siendo la higiene pública una parte relativamente significativa de este ideal de modernización”²⁸. En este proceso se inserta el transcurso de la Fiebre Amarilla en el Departamento de Santander.

En 1923, una segunda comisión de la Fundación Rockefeller visitó el país y consideró apresurados los resultados de la primera, estableciendo que la epidemia que se presentaba en Bucaramanga en esa época sí era de Fiebre Amarilla, dando de esta forma crédito al concepto de los médicos colombianos²⁹. Es más, otro tipo de Fiebre Amarilla transmitida por un mosquito diferente del *Aedes Aegypti*, fue descubierto en algún momento entre 1928 y 1934³⁰.

26 ROMERO, Arturo. Op. cit., p.310 –311.

27 OBREGÓN, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia. Medellín: Fondo Editorial. Universidad EAFIT. 2002. p.227.

28 *Ibid.*, p.249.

29 OBREGÓN, Diana. 1997. Op. cit., p.240.

30 CUETO, Marcos. *Missionaries of Science*. Blomington, Indiana: University Press. 1994 p.2. Citando por: OBREGÓN, Diana. “De la veterinaria a la bacteriología: Federico Lleras Acosta o la lucha por la construcción de una carrera científica en Colombia”. *Nacionalismo e Internacionalismo*

En otros apartes concernientes a la Fundación Rockefeller, Diana Obregón destaca, citando a Emilio Quevedo, que la Fundación solamente desarrolló campañas contra enfermedades cuya causa fuese conocida, fácilmente curable y controlable con simples medidas higiénicas de tal manera que la gente pudiese percibir los buenos resultados de las campañas de salud pública³¹. Aún, menciona que:

“varios trabajadores en Lepra abrigaron la esperanza de que la FR iniciara un programa sobre esta enfermedad, pero las dudas de Heiser sobre el valor curativo del tratamiento existente hacia 1921 lo impidieron, confirmando así que la FR solamente estaba interesada en comprometerse con programas de reconocida eficacia y con enfermedades que pusieran directamente en peligro el comercio o las inversiones”³².

Por otra parte, Emilio Quevedo destaca que entre las funciones del estado norteamericano en el desarrollo de las nuevas organizaciones sanitarias se puede resaltar la convención celebrada en México en 1902, ya que el comité organizador de la misma se convirtió en la Oficina Sanitaria Internacional (la misma que más tarde, en 1947, se transformaría en la Oficina Sanitaria Panamericana), tres de sus siete miembros serían funcionarios norteamericanos, incluyendo el Director General de Sanidad de los Estados Unidos. Esto aseguraría el control norteamericano en la nueva organización sanitaria³³. Estas consideraciones le permiten a este autor concluir que el gobierno norteamericano fortaleció su posicionamiento frente a Colombia por medio de las organizaciones sanitarias internacionales y la Fundación Rockefeller; pues en ello, se unían intereses públicos y privados, políticos y comerciales para, entre otras cosas, desarrollar un paralelo

en la Historia de las Ciencias y la Tecnología en América Latina. Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología. Santiago de Cali. Colombia. 1997. p.240.

31 QUEVEDO V, Emilio. MIRANDA, Néstor y HERNÁNDEZ, Mario. “Historia Social de las ciencias en Colombia. Tomo VIII: Medicina (2): La Institucionalización de la Medicina en Colombia”. Instituto Colombiano para el desarrollo de la ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas. COLCIENCIAS. Bogotá: 1993. p.216.

32 OBREGÓN, Diana. 2002. Op. cit., p.220.

33 QUEVEDO, Emilio. Políticas en salud o políticas insalubres? De la Higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX”. Nacionalismo e Internacionalismo en la Historia de las Ciencias y la Tecnología en América Latina. Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología. Santiago de Cali. Colombia. 1997. p.199.

médico como el establecido en Europa. En segundo lugar, mostrar la forma como el antiguo modelo higienista, predominante en Latinoamérica desde los tiempos del régimen colonial español y portugués, fue progresivamente dejado de lado y reemplazado por el concepto norteamericano de salud pública desarrollado por las nuevas escuelas en este campo que fueron creadas en 1914 con el apoyo de la Fundación Rockefeller.

Este nuevo concepto, construido con el fin de resolver necesidades sociales y políticas muy concretas, permite consolidar la idea de campaña erradicadora, garantizando así una nueva posibilidad de intervención sobre las enfermedades infecciosas y epidémicas y se convierte en un instrumento potencialmente efectivo para mejorar la salud en los países periféricos, con el fin de crear condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades productivas y comerciales. Así mismo se indica que el gobierno de Estados Unidos participó activamente en el proceso de toma de decisiones de salud en Colombia, determinando en primer lugar, el tipo de organización sanitaria que el estado debería adoptar durante la primera mitad del siglo XX. En segundo lugar, entender la salud pública como disciplina y sus formas de acción y finalmente, el tipo de profesional de la salud que debería formarse en el marco de los nuevos modelos norteamericanos de salud pública y de educación médica. Este mismo autor observa tal proceso como un tipo de mediación cultural que resulta fundamental para crear condiciones locales que permitieran la intervención económica y política posterior³⁴.

Mencionando a su vez, que la incursión de la Fundación Rockefeller al país hacía parte del aumento de las relaciones económicas con Estados Unidos debido a que dicho país se había convertido después de la Gran Guerra, en el principal comprador de café; más tarde fue el principal inversionista en el negocio petrolero y sería el mayor prestamista del Estado en los años veinte. Aunque para la gente, Norteamérica no parecía digna de imitar, el contacto comercial, cultural y científico – técnico con los Estados Unidos se consolidó en la década del veinte, desplazando progresivamente las relaciones con Inglaterra y Francia. Este viraje marcó transformaciones en el campo de la salud por lo menos en cuanto al papel de actores internacionales como la Fundación Rockefeller y la

34 QUEVEDO, Emilio. 1997. op. cit., p.210-211.

Oficina Sanitaria Internacional del gobierno estadounidense en Washington³⁵. Indicando también que la Higiene digna de imitar, se trataba de un saber técnico científico necesario para acceder al progreso, según el proyecto positivista (...) el discurso higienista era a la vez modernizante y moralista. Lo primero, porque suponía que sus bases científicas, llenas de verdades incontrovertibles, permitirían acceder al mundo del progreso y al desarrollo económico. Lo segundo, porque se instalaba en el comportamiento de las personas bajo la forma de un código moral sin el cual lo único posible era vivir en la barbarie, la ignorancia y el vicio³⁶.

Finalmente, en el texto correspondiente a los cien años de la OPS en Colombia sus autores sostienen “que desde los primeros decenios del siglo XX el poderoso grupo Rockefeller había diseñado paralelamente a su actividad económica y empresarial, una estrategia filantrópica que incluía la higiene y la salud, para actuar en los Estados Unidos y fuera de ese país bajo el ropaje de la extensión de la “civilización”, tal como era percibida y presentada la higiene por los interesados nacionales y extranjeros³⁷. Agregando a ello, que el propósito consistía en sanear las tierras de explotación petrolera estadounidense, sin olvidar que esta organización trabajó al “unísono” con la organización Panamericana de la Salud³⁸.

Entre tanto, cabe destacar que la lucha contra la Fiebre Amarilla sirvió también para posicionar miembros que protagonizaban estas campañas en diferentes organismos; esto se puede sugerir del caso que ocurrió cuando se necesitó un director para la OSP y se eligió por unanimidad a Fred L. Soper; quién se había destacado como pionero de la Fundación Rockefeller en las luchas contra la Fiebre Amarilla y la Malaria³⁹. De esta manera Mario Hernández destaca en su texto que “la higiene, en sí misma, se presentaba como un instrumento de modernización y de progreso por parte de sus agentes (...) y una condición básica para el ingreso de capitales extranjeros⁴⁰”.

35 *Ibid.*, p. 68.

36 *Ibid.*, p. 55.

37 HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario y OBREGON TORRES, Diana. 2002. *Op. cit.*, p.44.

38 *Ibid.*, p. 75.

39 *Ibid.*, p. 108.

40 HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. “La salud fragmentada en Colombia, 1910 –1946”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. 2002. p.47 y 48.

Por su parte, Paola Mejía Hernández indica que:

“en Colombia, el programa de Fiebre Amarilla concedió prestigio a las autoridades de salud pública: la disponibilidad de un moderno laboratorio de investigación que prestaba servicios y suministraba vacunas gratis a los países vecinos era motivo de orgullo para el país en el período de fervor nacionalista que sucedió al enfrentamiento militar con Perú en 1932 (...). Sin embargo, las tensiones generadas por la tensión en salud crearon un conflicto entre las autoridades locales y los representantes de la Fundación Rockefeller que llevaron en últimas a la terminación abrupta de sus programas de investigación en 1948”⁴¹.

De esta manera queda esbozado como al remitirnos al objeto de estudio de la presente investigación (la Fiebre Amarilla en Santander 1900 -1925) resulta relevante hacer mención a una Fundación norteamericana como testimonio vivo tanto de su hegemonía económica y militar, como de su política intervencionista con el fin de civilizar ó modernizar los atrasados territorios del sur para mejorar las condiciones sociales e higiénicas que permitiesen o asegurasen una “mejor inversión” económica, y algo que resulta de interés particular en el presente proyecto el trasegar de la misma en el territorio santandereano en los primeros años de la década del veinte, con todo lo que su actuar implicó tanto en el ámbito local, nacional e internacional. Pero también, reconocer como en el caso santandereano algunos médicos locales realizaron trabajos investigativos que les permitió comprender su presente epidémico respecto a la Fiebre Amarilla y los paradigmas de su tiempo.

41 MEJÍA HERNÁNDEZ, Paola. Op. cit., p.122.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad epidémica del territorio colombiano se menciona la existencia de focos endémicos de Fiebre Amarilla de tipo selvático que en algunos períodos se han manifestado causando gran alarma a todo nivel (médico, social, político) y basándose en ello, se han acentuado las jornadas de vacunación y se ha propuesto la necesidad de presentar el registro de la misma para legalizar el traslado de la población por diferentes territorios colombianos donde resulta necesaria la inmunidad para la permanencia en los mismos y no desatar con ello, los brotes epidémicos en la población urbana.

Resulta innegable que desde el campo de la Medicina como ciencia, la historia de la Fiebre Amarilla en Colombia se constituye en una de las historias más interesantes de la Medicina; ya que a ella, aparecen vinculadas diferentes investigaciones y numerosas publicaciones que dan cuenta de las preocupaciones médicas de su tiempo, en cuanto a la construcción social de la enfermedad, como a la estructura teórica que le corresponde y en medio de ello, hay quiénes se lanzaron en la construcción de un concepto nuevo ó simplemente dilucidaban aportes para un mejor tratamiento de los enfermos que padecían la misma. Es más, algunos médicos colombianos no escatimaron aportes de personajes extranjeros que interesados en dicha entidad realizaron aproximaciones en la búsqueda tanto de su naturaleza, como de la presencia viva de una bacteria que permitiese la incubación como de aquellos posibles agentes capaces de reproducir y propagar en otros, las implicaciones de la enfermedad; llegando incluso a postular diversos tratamientos para inmunizar la población afectada, realizando procesos de experimentación a los cuales no lograron escapar algunas de las poblaciones colombianas afectadas.

Es conveniente mencionar que es precisamente éste tipo de investigaciones, acercamientos médicos y actuaciones frente a la Fiebre Amarilla lo que va a permitir el posicionamiento de diversas personalidades tanto en las esferas científicas de su época como de asignaciones políticas en diferentes magnitudes, tanto en el ámbito local como en el Nacional e inclusive en los desarrollos de comunidades científicas de carácter internacional. Adjuntando a ello, que éste tipo de fiebre con las implicaciones citadas enseguida, fomentó la presencia de diversos médicos y científicos al servicio de la

Fundación Rockefeller en diversos momentos de su historia. En tal proceso se insertaron algunos médicos santandereanos.

Otro factor clave que no podemos pasar inadvertido radica en el pánico que su presencia ocasionó tanto por el horror de sus síntomas (vómito, fiebre de 38 a 39 grados, cara congestionada, descenso de la frecuencia del pulso, inyección de las conjuntivas, ictericia creciente y tendencias hemorrágicas definidas, disminución de la orina y presencia de albúmina en la misma, epistaxis, melena, vómito negro, y en ocasiones infiltraciones purpúricas en la piel), como por las implicaciones económicas que su comunicación generaba, ya que detenía el desarrollo comercial de los centros atacados debido a la obligación de la declaración de las cuarentenas ante su presencia y más estrictamente en el campo médico la gravedad de no tener un tratamiento preciso para la enfermedad una vez se confirmaba el contagio.

Por otra parte, los resultados del estudio histórico de Augusto Gast Galvis o mejor aún, los interrogantes a que da lugar el alcance de su pesquisa constituyen una poderosa justificación de la necesidad para que se lleve a cabo una investigación más a fondo de la enfermedad como producto histórico en el territorio colombiano y la pertinencia de un estudio como éste donde el objeto de investigación es la Fiebre Amarilla en el Departamento de Santander y las implicaciones que su existencia comporta en los diferentes grupos humanos a los cuales se vincula de manera directa como objetos de estudio ó como padecimiento, ya que se aprecia la ausencia de estudios históricos a profundidad de la citada epidemia en la región.

De ésta manera se justifica la realización del presente estudio, la pertinencia del mismo y la riqueza histórica en que se halla inserto el trasegar de la Fiebre Amarilla en el Departamento de Santander, tanto la presencia en el Valle de Soto de 1911- 1912 y Bucaramanga 1923, siendo muy probable que dichos brotes impactaran de manera directa la teoría de los centros claves y se acercasen de forma concreta al postulado de Roberto Franco y sus colaboradores, en cuanto a la teoría de otro tipo de Fiebre Amarilla, permitiendo investigaciones por parte de los médicos locales para confirmar la presencia de la misma con las herramientas que se consideraban científicas de acuerdo al desarrollo médico de su tiempo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar cómo se articularon los estamentos científicos y políticos en el enfrentamiento de las epidemias de Fiebre Amarilla durante los primeros veinticinco años del siglo XX en el Departamento de Santander, examinando las diversas relaciones que se desarrollaban entre los principales actores involucrados en la trama de la misma. Todo ello, insertado en la dinámica nacional e internacional de la lucha contra esta enfermedad, por el conocimiento o su legitimidad y la distinción de labores médicas en el enfrentamiento de la citada patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconstruir el conjunto de antecedentes que permitan entender la trama en la que se centra el presente estudio.

- Identificar los brotes epidémicos o endémicos de Fiebre Amarilla de tipo urbana en las diferentes regiones que conformaban el territorio que hoy se identifica como Departamento de Santander.

- Reconocer la existencia de las diferentes acciones científicas, colectivas e individuales vinculadas con la propagación de las epidemias de Fiebre Amarilla durante los primeros veinticinco años del siglo XX en Santander.

Señalar como interviene el Estado política y económicamente en el enfrentamiento de los brotes de Fiebre Amarilla que se registraron en el primer cuarto del siglo XX.

- Analizar la presencia de la Fundación Rockefeller en el Departamento de Santander y las implicaciones derivadas de su permanencia en el país durante el período en mención, incluyendo sus fines, estrategias, dinámicas internas y sus relaciones en el ámbito internacional.

MARCO HISTORIOGRÁFICO

Augusto Gast Galvis publica en el año de 1982 un texto titulado Historia de la Fiebre Amarilla en Colombia apoyado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, donde reúne informes y estudios para dar cuenta de aquellas actividades que los médicos colombianos habían realizado para dominar la presencia de la Fiebre Amarilla en dicho territorio. A escala general se puede indicar que su obra recoge en orden cronológico las distintas manifestaciones de Fiebre Amarilla en la nación colombiana, indicando asimismo trabajos científicos de la época, donde se divulgaban las caracterizaciones de los brotes epidémicos; ello, unido a su valiosa experiencia en el trabajo de campo en dicho ámbito desde 1942 aproximadamente y constituyéndose también en testigo de la epidemia de Fiebre Amarilla en Bucaramanga de 1923 (cursaba en el Colegio San Pedro Claver último grado de bachillerato) y Socorro 1929, le permiten realizar un importante acercamiento al tema.

En 95 páginas el autor recoge toda la Historia de la citada entidad, en Colombia, iniciando en el origen de la misma; referencia respectivamente las epidemias en: la Costa Atlántica, las Fiebres del Magdalena, la Fiebre Amarilla selvática en Muzo, la Fiebre Amarilla en Caparrapí (Cundinamarca), en los Santanderes, menciona seguidamente los estudios realizados en el Meta y la Orinoquia, la zona Amazónica, el Catatumbo, la Costa del Pacífico, caracteriza la epidemia de la Sierra Nevada de Santa Marta que tuvo lugar en 1979 y pasa luego a distinguir los desarrollos médicos que tuvieron lugar en Colombia con respecto a la misma entidad: el servicio de viscerotomía, la vacuna de Fiebre Amarilla, la Historia de los vectores, víctimas notables de la fiebre Amarilla para advertir finalmente, la cooperación de la Fundación Rockefeller en la campaña contra la Fiebre Amarilla. Su trabajo arroja importantes luces para llevar a cabo un proceso que permita profundizar en la temática general señalada por el mismo ó en algunas de las dinámicas expresadas en su texto, puesto que su lectura genera diversos interrogantes.

En cuanto al texto de Fernando Serpa Flórez que también hace referencia a la Fiebre Amarilla en Santander, éste lo realiza de una manera más general que el anterior ya que

el texto como tal no pretende dar cuenta exclusiva de dicho proceso sólo menciona los brotes de los cuales tiene conocimiento.

Por su parte Paola Mejía en el artículo publicado en el año pasado explora las actividades del programa cooperativo de Fiebre Amarilla de la fundación Rockefeller en Colombia, sus alcances y pretende exponer como la misma, “construye a la Fiebre Amarilla en un problema continental y una prioridad de salud pública de los países americanos, presionando así la inversión en la investigación básica en la que estaba interesada, a costa de otras acciones de salud más urgentes”⁴².

Reconociendo el estado de la cuestión e indicando los apartados en los cuales diferentes investigadores sociales se han acercado con diferentes propósitos a la temática central de la presente investigación, queda claro que si bien algunos de ellos han referenciado parte de los procesos que son centrales en nuestro objeto de estudio, ninguno de ellos ha profundizado en los mismos, ni muchos menos le han tomado como evento central de sus propuestas de trabajo. Por el contrario, en el desarrollo de los capítulos que conforman la presente investigación, la fuente primaria alimenta la construcción científica de los mismos para identificar el aporte investigativo y los hallazgos que ésta arroja a la frontera del conocimiento.

Es importante aclarar que el presente proyecto dirigido por el Doctor Emilio Quevedo se incluye dentro de una investigación más extensa, adelantada por un grupo de investigadores de diferentes universidades y dirigida por él, que pretende reconstruir el proceso histórico de construcción del concepto de Fiebre Amarilla Selvática y analizar el impacto que dicho concepto tuvo en la lucha contra la enfermedad entre 1907 y 1948 en Colombia, articulando la comprensión de dicho proceso al desarrollo científico y técnico de la medicina y la salud pública, y a las coyunturas socioeconómicas y políticas del momento.

Proyecto justificado en el siguiente hecho: el concepto de Fiebre Amarilla Selvática fue formulado en varios momentos durante el período en estudio (Roberto Franco y

42 MEJÍA, Paola. Op. cit., p.120.

colaboradores en 1907; Luis Patiño Camargo y Austin J. Kerr en 1933 y Fred L. Soper en 1933). No obstante los historiadores de la Salud Pública le adjudican siempre dicho descubrimiento a Soper dejando de lado la comprensión del proceso histórico que va desde el primer descubrimiento al último, sin explicar las estructuras epistemológicas de dichos descubrimientos ni las similitudes o diferencias entre ellos y sin dar cuenta de las relaciones de poder e intereses que se juegan en el proceso de construcción del concepto. Por otra parte el desconocimiento de dicha realidad impide comprender la forma como cada uno de sus momentos impacto en la definición de políticas de salud para el enfrentamiento de la enfermedad, así como la respuesta social ante tales políticas.

En el desarrollo de la Investigación “Historia de la lucha contra la Fiebre Amarilla en Colombia, fase I: La construcción del concepto de fiebre amarilla selvática, 1907 – 1948, avalado por Colciencias y dirigido por el Director de la presente investigación, se articula éste trabajo en el mismo ya que los desarrollos epidémicos correspondientes al Departamento de Santander fueron indagados, analizados y contruidos por el autor de la presente investigación, quién en su proceso de búsqueda aportaba nuevas fuentes y análisis al proyecto general.

MARCO TEÓRICO

En el marco teórico – metodológico para el abordaje de la fuente este proyecto sigue la propuesta de Pierre Bourdieu, al igual que el proyecto general, donde se considera la lucha contra la Fiebre Amarilla como un campo científico en interacción con otros campos sociales, a partir del análisis del proceso de construcción social de los saberes y de las técnicas en juego en dicho campo social, el rol desempeñado por los agentes sociales (actores sociopolíticos) en lucha por el poder dentro del campo, los diferentes elementos del contexto (otros campos) con los que el campo se articula, las relaciones desiguales de poder que se configuran en el marco de la interdependencia económica, y la forma como la estructuración histórica del campo permite la puesta en marcha de acciones sanitarias orientadas al control de la enfermedad.

- La construcción social de los conceptos. Esta investigación parte, primero, de las perspectivas teóricas propuestas por la nueva sociología del conocimiento⁴³, que aceptan que en la intimidad estructural de los conceptos se hallan presentes todas las tensiones e intereses sociales y culturales que les dan origen, y que es necesario descubrir dichas interacciones para dar cuenta de la historia de los procesos científicos y profesionales.

- “Campo científico”. Segundo, esta investigación se apoya en la idea de “campo social” planteada por Pierre Bourdieu, la cual aporta un modelo favorable para la comprensión de la forma como se moldean las relaciones de doble vía entre conocimiento y sociedad). Para Bourdieu, un campo es un “espacio de relaciones”⁴⁴, estructurado por dos elementos fundamentales: un capital simbólico y material común y la lucha por la apropiación de esos capitales y de los mecanismos de su reproducción⁴⁵. En ese sentido, un campo científico “es el lugar [...] de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social”⁴⁶. En este proyecto, la noción de “campo” se usa flexiblemente: siempre que se detecta un espacio estructurado de posiciones y un capital en juego, se habla de un campo. En la práctica, se amplían y reducen sus fronteras de acuerdo con estos elementos.

- Actores socio-políticos e individuos. Tercero, esta investigación utiliza la noción de “actores socio-políticos”, elaborada por Belmartino y Bloch, entendidos éstos como todos los que en un campo social compiten por ese capital simbólico y están dotados de intereses y capacidades específicas para defender modelos de organización institucional⁴⁷. Dichos actores socio-políticos son pues más complejos que la simple suma de personas conformando grupos o instituciones: ellos construyen concepciones del mundo, de ellos mismos y de los demás, y se afilian conscientemente a diferentes grupos de toda índole (religiosos, políticos, científicos, etc.). Además construyen, se afilian o critican distintas ideologías y tienen intereses personales y de grupo.

43 BLOOR, Knowledge and Social Imagery. London, Routledge & Kegan Paul.1976.

44 BOURDIEU, Pierre. El campo científico. Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión. 2000. p.74.

45 BOURDIEU, Pierre. Sociología y Cultura. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo.1990. p.135 - 136.

46 BOURDIEU, 2000. Op. cit., p.12.

47 BELMARTINO S. y BLOCH C. El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1990-1985. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.1994. p.12.

- Campo y contexto. Cuarto, cuando en esta investigación hablamos de contexto nos referimos al entorno que rodea a un campo, pero dicho entorno está compuesto de múltiples campos que intersectan el campo en estudio e interactúan con él. Es a través de los actores socio-políticos que se introduce la dinámica del contexto en un campo, en la medida en que dichos actores comparten la acción en varios campos y por tanto comparten sus intereses y sus luchas. No es suficiente pues mirar al interior del campo, el contexto juega un papel fundamental en la determinación de los procesos del saber y de las políticas públicas. El proceso va más allá de un campo social específico⁴⁸. Así entendido el contexto tiene diversas vías de acción y no es un telón de fondo de los acontecimientos sino que pasa a convertirse en la arena misma en la que ellos ocurren. La autonomía de los campos es pues relativa y no están liberados de las dinámicas del macrocosmos.

MARCO CONCEPTUAL

Se puede considerar los planteamientos dados por Fernando Serpa Flórez y Augusto Gast Galvis como el punto de partida para indagar las fuentes que nos permitan validar los enunciados ya expuestos, sin embargo, la meta principal del proyecto pretende enfocarse dentro de los nuevos planteamientos en lo correspondiente al campo de la historia de las ciencias; principalmente en los siguientes postulados donde se destaca la importancia de la comprensión de las relaciones existentes entre el contexto nacional y social y el significado de la ciencia en cada momento dado.

“Desde esta perspectiva, se hace posible la generación de una historiografía de la ciencia y la tecnología propia para los países que están fuera del main stream del desarrollo científico y tecnológico. Una historia de las ciencias que, por su tradición histórico – metodológicas discontinuista materialista acepta que este desarrollo interno de un grupo de teorías y conceptos a otros es un proceso productivo que

48 QUEVEDO, Emilio. “Historia Social de las ciencias en Colombia. Tomo VII: Medicina (1): Institucionalización de la Medicina en Colombia 1492 – 1860: Antecedentes de un proceso”. Instituto Colombiano para el desarrollo de la ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas. COLCIENCIAS. Bogotá 1993a; QUEVEDO, Emilio. 1993b; QUEVEDO Emilio y DUQUE C. La Cátedra de Medicina, 1653-1865. Bogotá, Universidad del Rosario. 2002.

hace parte del proceso de producción general; así mismo, por su asimilación de la sociología, entiende la ciencia como una actividad social y a un proceso de organización como un proceso de institucionalización social”⁴⁹.

Así pues, la presente propuesta de trabajo se fundamenta en los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, intentando ir más allá de los planteamientos biológicos que también se tendrán en cuenta, no sólo para entender la epidemia en su contexto político y social sino para identificarla como una construcción histórica en una sociedad determinada.

En el marco teórico de la Historia de la ciencia se incluye además la importancia de reconocer ó tener en cuenta los errores científicos que se llevaron a cabo por los diferentes investigadores ya que ellos pueden ayudarnos a entender las expectativas, los procedimientos, los medios, los contextos teóricos las opciones que se presentaban en el desarrollo y aplicación de nuevas teorías médicas. Porque en la tarea del historiador de la ciencia se incluye la búsqueda de las representaciones “que los hombres se han hecho del universo”⁵⁰.

Esta sugerencia de incluir los obstáculos es ratificada por Koyré en sus perspectivas de la historia de la ciencia la mencionar que “el camino hacia la verdad está lleno de obstáculos y sembrado de errores, y los fracasos son en él más frecuentes que los éxitos. Fracasos además tan reveladores e instructivos a veces como los éxitos”. Por ello nos equivocáramos al olvidar el estudio de los errores en los procesos de investigación de la Fiebre Amarilla ya que “a través de ellos progresa el espíritu hacia la verdad”⁵¹; pero como

49 QUEVEDO, Emilio. 1993^a. Op. cit., p.40.

50KOYRÉ, Alexandre. Pensar la Ciencia.. España: Paidós Ibérica.1994. p.23.

51KOYRÉ, Alexandre. Perspectivas en historia de la Ciencia. En: Estudios de Historia del Pensamiento Científico. España: Siglo XXI. 1996. p.386. Esta noción es compartida por Popper al afirmar que “el método del aprendizaje por el ensayo y el error –de aprender de nuestros errores- parece ser fundamentalmente el mismo lo practiquen los animales inferiores o superiores, los chimpancés o los hombres de ciencia (POPPER, Karl. Conjeturas y representaciones: El desarrollo del conocimiento científico. Barcelona: Paidós. 4ed. 1994). Agregando además que la ciencia es una de las pocas actividades humanas en la cual los errores son criticados de manera sistemática y con el paso de los tiempos corregidos. Por lo tanto, se menciona que en la ciencia a menudo se aprende de los errores y por ello incluye una noción de progreso (Ibíd. Pág. 266). Progreso que según éste se desarrolla de teoría en teoría y que consiste en una sucesión de sistemas

bien destaca este mismo autor “la ciencia no surge inconexamente en la escena, sino que están producidos por el sistema de ideas, representaciones y procedimientos de los agentes”⁵².

La historia de las ciencias se ha desarrollado en la mayoría de los casos bajo dos enfoques específicos a saber, la internalista y la externalista. En la corriente de estudios internalista de la historia de la ciencia se hace referencia y se explica el desarrollo de la ciencia con elementos racionales es decir, aquellos factores internos se pueden constituir en las razones que motivan las decisiones por las que optan los profesionales de un campo científico. Mientras que en el enfoque externo se tienen en cuenta la utilización de factores casuales, es decir, aquellos que afectan la marcha de la ciencia por otros caminos, de tal manera es destacado por Carlos Solís en la introducción del texto anterior.

El entrecruzamiento de la ciencia y la política obedece en buena medida a pensar que tales elementos no desarrollaban sus construcciones y funciones de manera aislada y por ello se considera necesaria un tipo de mirada que pretenda integrarlas ya que como afirman Prigogine y Stenger “la ciencia se dice hoy ciencia humana, ciencia hecha por hombres para hombres”, según ellos, suponiendo un enraizamiento social e histórico ya que los científicos pertenecen a una cultura a la que a su vez contribuyen”⁵³. Tal como lo afirma Latour al mencionar que las cosas no se pueden separar de las interacciones sociales ni éstas de las cosas ya que éstas participan siempre de en las actividades instituyentes, en las negociaciones que definen nuestra historia⁵⁴, negociaciones que se tendrán en cuenta para los actores socio políticos en el presente estudio.

En la perspectiva socio- histórica ó externalista se crea una narración además que muestra cómo, a través del desarrollo del tiempo, se ha llegado a determinadas prácticas⁵⁵. En la corriente de estudios llevados a cabo por Thomas Kuhn (1972) se concibe un concepto de matriz disciplinaria o de paradigma según el cual la investigación

deductivos cada vez mejores. Éste quería mostrarnos la ciencia progresar de problemas a problemas, logrando en cada etapa una mayor profundidad (Ibíd. Pág. 272).

52 KOYRÉ, Alexandre. 1994. Op. cit., p.24.

53 FOUREZ, Gérard. La construcción del conocimiento científico. Madrid: Narcea. 1998. p.36.

54 Ibíd., p.37.

55 Ibíd., p.109.

científica “esta influenciada por sus perspectivas, prejuicios, proyectos, mostrando de esa manera cómo los elementos sociales pueden estructurar los conocimientos científicos (...) con esta noción de paradigma los sociólogos sugieren que “los contenidos de las ciencias están estructurados en torno a proyectos, prejuicios e incluso presiones sociales que se pueden estudiar”⁵⁶. Más adelante en la década de los 70” (Feyerabend, Bloor, Prigogine, Lakatos y Musgrave) se conciben las ciencias como un producto de la historia de los humanos y van unidas a esa historia. Éstos afirman que los mismos contenidos de las ciencias pueden ser vistos como creaciones humanas por y para los seres humanos, acertando que se debe tener en cuenta tanto los científicos que tuvieron razón y aquellos que se equivocaron”⁵⁷.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en el ámbito de la historia de la ciencia es el aspecto de la divulgación científica según Fourez⁵⁸, Roqueplo concibe la divulgación científica de dos formas, en primera medida la divulgación científica consiste en una actividad de relaciones públicas de la comunidad científica que se interesa por mostrar al buen pueblo las maravillas que los científicos son capaces de producir. La finalidad de esa divulgación no es transmitir un verdadero conocimiento, ya que, al terminar la emisión, lo único que se sabe con certeza es que no se entiende con solidez gran cosa de todo aquello. Ese tipo de divulgación da un tipo de barniz del saber; pero precisamente en la medida en que no ofrece un conocimiento que permita actuar, da un conocimiento superficial; es un saber que no lo es porque no es poder.

Según la segunda perspectiva, por el contrario, la divulgación científica pretende proporcionar a la gente cierto poder. Ese tipo de divulgación les entrega conocimiento para poder servirse de ellos, proporcionando un verdadero conocimiento, en el sentido de que la representación del mundo que da permite actuar⁵⁹. Las ciencias tal y como las conocemos serían el resultado concreto de negociaciones en las que se mezclan las personas y las cosas, para desembocar en una estructura de relaciones provisionalmente estables que terminan produciendo las disciplinas científicas⁶⁰.

56 *Ibid.*, p.23.

57 *Ibid.*, p.124.

58 *Ibid.*, p.159.

59 *Ibid.*, p.159 -160.

60 *Ibid.*, p. 172.

Además uno de los desafíos que presenta el historiador de la ciencia de formación histórica consiste precisamente en lograr obtener una cultura científica del campo que indaga para lograr los puntos de referencia que le permita comunicar un lenguaje común con su objeto de estudio.

El campo social del presente proyecto responde a la idea generalizada en los estudiosos de la ciencia y la tecnología que sostiene que “todo conocimiento médico o tecnocientífico es inherentemente social”⁶¹. En el ámbito científico de esta epidemia se tendrá en cuenta la elaboración del conocimiento médico acerca de la Fiebre Amarilla, sus consideraciones acerca de las etapas de contagio, transmisión, incubación, así como también todas aquellas actividades encaminadas a erradicar la misma de un territorio determinado de acuerdo con los nuevos conceptos surgidos a través de las teorías de los gérmenes y la vectorial durante los últimos años del siglo XIX y el primer cuarto del siglo XX, donde “emergieron nuevas ideas sobre la infección que revolucionaron todas las actividades relacionadas con la medicina”⁶². Diana Obregón sostiene que la empresa científica ya no es vista como la búsqueda universal de la verdad sino como un proyecto más local donde las personalidades individuales y las características culturales y nacionales juegan un papel decisivo.

Observando especialmente que:

“la clave del trabajo del historiador está en las transformaciones, en los cambios y en la posibilidad de quebrar los acontecimientos, todo esto con la intención de llevar a efecto un verdadero análisis. Michel Foucault sostiene que los cambios o las transformaciones en las ciencias no surgen de la acumulación de los acontecimientos, sino que son provocados por repentinos cambios epistemológicos que señalan el final de cada período. Por lo tanto la historia de la ciencia avanza, no por la vía de la continuidad, sino por medio de rupturas”⁶³.

61 OBREGÓN, Diana. 2002. Op. cit., p.27.

62 ROMERO, Arturo. Op. cit., p.260.

63 CORCUERA, Sonia. “Voces y silencios en la Historia siglos XIX y XX”. México: Fondo de Cultura Económica. 1997. p.221.

En el campo político resulta necesario comentar la pertinencia de la mirada acerca de la posibilidad que se entreteje en las diferentes formas de poder descritas por Mann al pensar la sociedad como redes de poder que se superponen con la interacción social constituyendo con ello, los objetivos humanos e identificando cuatro formas de poder que estarán ajenas en el proceso en el cual se enmarca ésta investigación: las relaciones ideológicas que se prefieren llamar de carácter científico, las económicas, las políticas y cambiaré las militares por las relaciones sociales que se desarrollan al interior de la sociedad misma⁶⁴; y más que entender el Estado como una forma de organización del poder social por las tres características aportadas por Bourdieu de: territorial, centralizado respecto al mismo y autoritario lo que centra nuestro objetos respecto al mismo consiste en la capacidad de actuar u apoyar o no a las entidades que en los periodos ya expuestos de brote epidémico respecto a la Fiebre Amarilla tuvieron que hacer frente a estas calamidades que afligían a la población santandereana, es decir que tipo de respuesta encontraron los científicos de la época en el Estado para contraatacar el avance epidémico por el territorio ya citado.

Como afirma Fourez “en la medida en que las ciencias implican siempre un cierto “poder hacer”, un cierto dominio de la naturaleza, se asocian a los poderes de unos seres humanos sobre otros”⁶⁵. Por ello, se plantea la cuestión de la relación entre los conocimientos y las decisiones, en éste caso las decisiones políticas ya que como sostiene el mismo autor, siempre se ha supuesto una relación entre los conocimientos y el poder político; por ello, se trata de precisar si una política está determinada, relacionada, legitimada, con un tipo de conocimiento ó investigación de tipo científico. Aunque no se desconoce la clasificación desarrollada por Habermas⁶⁶ acerca de la interacción entre las ciencias y las sociedades ésta no se piensa aplicar en la presente propuesta ya que la

64 HERNÁNDEZ, Mario. Op. cit., p.28.

65 FOUREZ, Gérard. Op.- cit., p.149.

66 Habermas construye una clasificación para analizar las interacciones entre la ciencia y la sociedad en tres grupos: el modelo tecnocrático, el decisionista y el pragmático – político, son estos modelos conceptuales que permiten concebir tres topos de representaciones diferentes. El primero de ellos apela a especialistas de las ciencias y de las técnicas para decidir que ha de hacerse. El segundo modelo distingue entre quienes deciden y los técnicos, los primeros determinan los fines y los segundos los medios, en éstas los políticos determinan lo mejor para la sociedad. Y en el tercer tipo de interacción se atribuye que lo más importante es la constante discusión y negociación entre los técnicos y los clientes. FOUREZ Gérard. Op. cit., p.150.

* A este aspecto se hizo referencia citando a Mario Hernández en su texto de la salud fragmentada en Colombia.

lectura de los documentos históricos nos permite inferir que la relación de la ciencia y la sociedad está muy relacionada con un tipo de estado modernizador en la cuales se incluyen las políticas sanitarias*.

Cabe agregar como se indicó en el apartado anterior que el desarrollo del presente proyecto se inserta y se lleva a cabo dentro de una propuesta investigativa dirigida por el Dr. Emilio Quevedo y donde se toman los postulados teórico – metodológicos ya esbozados y consistentes en la obra de Bourdieu, aunque no por ello se alejan de las temáticas ya mencionadas. Todo lo contrario, todas estas herramientas nos permiten precisar de manera más clara los objetos de estudio que aquí son señalados.

LA HIPÓTESIS DE TRABAJO

En el presente estudio se asume como problema el proceso de enfrentamiento de la Fiebre Amarilla durante el primer cuarto del siglo XX en Santander y las respuestas que recibió de parte de la ciencia médica y el Estado, se piensa que es probable que la presencia de la Fiebre Amarilla en el territorio santandereano durante el período citado cuestionase la teoría de los centros claves que se proclamaba en el ámbito internacional y nacional, sustentase de alguna manera la propuesta de unos médicos colombianos en cuanto a la existencia de otro tipo de Fiebre Amarilla a la urbana, y generase el desarrollo investigativo de médicos locales para justificar su presencia en determinado territorio con ciertas características que le fueron propias.

Cabe indicar que el desarrollo del presente trabajo nació de una pregunta abierta que permitió limitar el problema en la medida que el acceso a las fuentes fue notorio. La pregunta central fue ¿Cómo fue enfrentada las epidemias de Fiebre Amarilla en Santander durante los primeros veinticinco años del siglo XX, desde la ciencia y la política?

METODOLOGÍA

Emilio Quevedo formula que uno de los principales problemas que enfrenta el historiador de las ciencias es la necesidad de una periodización para poder sectorizar el estudio en el

tiempo. Sin embargo, reconoce además que ésta no es una tarea fácil ya que en primer lugar, toda periodización es artificial, arbitraria y susceptible de ser modificada según los criterios y elementos que se tengan en cuenta para elaborarla y en segundo lugar, por la dificultad para definir cuáles de esos criterios y elementos deben ser tenidos en cuenta para llevarla a cabo⁶⁷.

En la presente propuesta la periodización que se tendrá en cuenta para enfrentar el estudio de la Fiebre Amarilla en Santander estará dada por la presencia de los brotes epidémicos dentro de la esfera territorial del espacio que para la época se consideraba como territorio santandereano, entendiendo por brote epidémico la presencia de manifestaciones de la citada enfermedad en una región determinada, con la seguridad que ésta investigación puede permitirnos comprender con mayor certeza nuestra presente epidémico. Como lo reconoce Diana Obregón en cuanto al quehacer histórico,

“la historia, ese conocimiento a través de los rastros del pasado (documentos y vestigios de todo tipo) es uno de los modos de descifrar la realidad; por tanto la historia, no nos habla de un pasado ya muerto, lo cuál la constituiría en una erudición inútil sino que contribuye a enriquecer nuestro presente. Porque el trabajo del historiador consiste en penetrar una época, que no es la suya, dejando a un lado provisionalmente sus intereses y sus valores para hacer una labor de reconstrucción en la que se redefine y se reubica la contemporaneidad que sigue el punto de partida”⁶⁸.

Celina Lértora Mendoza menciona cuatro aspectos metodológicos a tener en cuenta en la investigación de la recepción de las ideas científicas, el primero de ellos consiste en la relación interna entre recepción y reelaboración científica, el segundo hace referencia al desfase temporal, el tercero a la filtración de la formación y el cuarto a los problemas hermenéuticos que se derivan del lenguaje, de la interpretación por razones culturales, y

67 QUEVEDO, Emilio. 1993a. Op. cit., p. 21.

68 OBREGÓN, Diana. Prologo. Historia Social de las Ciencias: sabios, médicos y boticarios. 45 Congreso de Americanistas. Colciencias. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1986 p.8.

la llamada dependencia cultural⁶⁹. Elementos éstos de gran importancia en la presente propuesta ya que el tratamiento de las fuentes médicas seguirá ésta perspectiva y estará alejada de cualquier determinismo difusionista, entre otras cosas, porque se comprende como los médicos locales ó nacionales no fueron receptores pasivos del proceso de apoderamiento del conocimiento médico de su tiempo.

TIPOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES PRIMARIAS

Como fuentes primarias se han identificado, en primera medida los artículos científicos publicados por los médicos de la época en que se presentaron las epidemias en la región de Santander, (1910 – 1923).

Es de indicar que en éste mismo grupo se incluye igualmente los documentos de carácter oficial que se hallan relacionados con los brotes epidémicos, es decir, la legislación donde los políticos de la época respaldaban el desarrollo de las distintas actividades relacionadas con la manifestación de la Fiebre Amarilla en dicho territorio, en las cuales se comprenden las actividades de saneamiento y profilaxis, el apoyo económico y demás respuestas que recibieron los organismos encargados de hacer frente a las actividades médicas que se llevaron a cabo con la aparición de ésta enfermedad y la Codificación Sanitaria Nacional recopilada por García Medina en 1932.

En tercera medida se reconocen como testimonios de la época los artículos de los periódicos como: El Tiempo, Vanguardia Liberal, El Nacional, La Unión Obrera y demás, donde los comunicadores planteaban las problemáticas con la divulgación de la epidemia en la región y donde se entrevistaban a diferentes personalidades relacionadas con el tema en cuestión; ya que se puede sugerir que en el proceso de diagnóstico de la Fiebre Amarilla en el Departamento indicado, no existió un criterio unánime de los médicos frente a la posibilidad de la certificación de la misma y ello, permitió el desarrollo de los debates y polémicas que se registraron en los mismos, apareciendo escritos a favor y en contra en los periódicos ya citados. Finalmente, se incluyen algunos documentos que forman parte

69 LÉRTORA, Celina. Prologo. Historia Social de las Ciencias: sabios, médicos y boticarios. 45 Congreso de Americanistas. Colciencias. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1986. p.147-164.

del archivo personal de la familia Serpa Flórez y que presentan relevancia para la investigación y que se ha posibilitado su consulta gracias a la disposición del Dr. Roberto Serpa Flórez.

Entre los Archivos visitados se mencionan: El CDHIR, El Archivo General de la Nación, el Centro de documentación del Ministerio de Salud, la Biblioteca Nacional –Sala de Investigadores, Hemeroteca, sala Daniel Samper, y la sección de libros raros y curiosos; Biblioteca Luis Ángel Arango, Biblioteca del Instituto Nacional de Salud, el Archivo de la Academia Nacional de Medicina, Hemeroteca de la Universidad Nacional de Colombia y el Archivo de la Fundación Rockefeller visitado por el Dr. Emilio Quevedo en E. U.

RECOLECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó de la siguiente manera: después de delimitar el tema de investigación, la búsqueda de las fuentes se centró en la pertinencia al tema y se dividió de acuerdo a la periodización establecida para la presentación por capítulos; aunque en un primer momento se pretendía abarcar hasta la década de los cincuenta. En cada período se ubicaban tanto las publicaciones médicas como también los periódicos locales y nacionales que hiciesen referencia a la dinámica objeto de estudio, sin dejar de lado la legislación de la época.

Después de recoger la información se procede a la sistematización de la misma para dar paso al desarrollo del cronograma y con ello llevar a cabo los procesos de análisis e interpretación de las fuentes iniciando por un proceso de construcción interna de la cuestión que conduce seguidamente al proceso de contextualización de la misma tanto en el ámbito local como en el Nacional y aún en algunos casos con procesos de carácter internacional.

Los capítulos propuestos en la presente investigación son organizados según la periodización de los brotes de Fiebre Amarilla que se presentaron para la época indicada en el Departamento de Santander, en su modalidad urbana, pero no sin antes acercarse a los antecedentes que permitan una mejor comprensión de la dinámica en Santander. De esta manera el primer capítulo hace referencia a los antecedentes de la misma en

Colombia antes de 1910. Seguidamente se hará mención a la presencia de la epidemia en el Valle de Soto, documentada por David Mac. Cormick y Andrés Gómez ubicada en 1910- 1911.

Posteriormente se documentarán los procesos que rodearon la presencia de la Fiebre Amarilla en la ciudad de Bucaramanga para el año de 1923 y que goza de diversas publicaciones; en un primer momento se indicará el estudio de la epidemia como tal, desde la ciencia médica, para dar paso en el siguiente capítulo al análisis de los actores socio políticos implicados en la misma y su relación con el ámbito local, nacional e internacional. Para finalmente, señalar la construcción de algunas conclusiones sugeridas por el proceso de investigación.

1. DE LOS MIASMAS AL MOSQUITO: LA FIEBRE AMARILLA EN COLOMBIA ANTES DE 1910

*“La Medicina no es una parto
de la inteligencia humana, es
la hija del tiempo”
Giorgio Boglivi.*

*“En los procesos de aparición
y desaparición de estas orientaciones
dominantes ve tanto una sucesión
como una coexistencia de “criterios
conceptuales inconmensurables”
históricamente entrelazados”
Ludwik Fleck.*

Este capítulo de investigación*, aborda el proceso de reconstrucción histórica de los antecedentes científicos que se ubican en el período anterior a la presencia de la Fiebre Amarilla en el Valle de Soto en 1911; con el mismo se pretende citar los eventos de la ciencia médica que rodean dicho acontecimiento, acercándose de una manera más clara a las dinámicas de la ciencia que anteceden el desarrollo científico de los médicos locales frente al brote epidémico. En éste capítulo se incluye además, los principales cambios internacionales que rodean el concepto de la Fiebre Amarilla a lo largo del citado período, permitiendo conocer su devenir histórico e identificar los principales actores socio políticos que integran la trama de la historia de la Fiebre Amarilla.

1.1 LA FIEBRE AMARILLA

Al estudiar los autores para indagar el origen de la Fiebre Amarilla, se encuentra la más absoluta diferencia de opiniones entre los que se han ocupado de la materia. Para unos el origen de esta enfermedad se asigna al Oeste de África⁷⁰, mientras que para otros las

* Antes de dar paso a ésta síntesis deseo reconocer que la materialización de la misma se debe al trabajo realizado en los meses anteriores por el grupo de investigación, del que en gran medida esta tesis forma parte. El grupo de ciencia se conforma de la siguiente manera, el Director principal y Director de la presente tesis, el Dr. Emilio Quevedo Vélez; como compañeros de investigación se encuentran, Carolina Manosalva, Giovanna Matiz, Mónica Tafur y Alaín Camacho. A todos ellos, mi gratitud.

primeras manifestaciones de la misma se transmitieron en América. De éstos últimos, unos consideran que las primeras nociones que se tenían sobre ésta enfermedad son posteriores al descubrimiento del continente americano, más exactamente en el período que distinguimos como: Conquista.

El otro grupo que asigna el foco original en América, sostiene que la Fiebre Amarilla se consideraba una enfermedad propia de los naturales que habitaban el Nuevo Mundo. Tomás Carrasquilla citando a Carlos Finlay, quién a su vez distingue el relato del obispo de Yucatán, afirmaba que “no cabe duda que la existencia de Fiebre Amarilla es una enfermedad americana” y ello, se comprobaba mediante las investigaciones realizadas a los códigos Mayas y manuscritos indios⁷¹. El Dr. Toro Villa asignando el foco original al litoral mejicano, distinguía según las relaciones de los cronistas el nombre de Cocolitzla, a tal enfermedad. De igual manera, se indicaba que en dicha región la enfermedad producía muchos estragos en la población nativa y reconocía que un caso similar ocurría entre los Caribes quienes la denominaban: Poulicatina⁷².

Con este breve esbozo de las diferentes aproximaciones realizadas por los citados investigadores podemos considerar, que el origen de la Fiebre Amarilla se ubica para unos en el Oeste de Africa, mientras que los otros sostienen su presencia original en el continente americano. De éste último, unos distinguen que las primeras presencias epidémicas se manifestaban en los naturales antes de la conquista, mientras los otros investigadores refieren el carácter epidémico al proceso de encuentro con el Nuevo Mundo.

70 Para los doctores Pian y Andouard la Fiebre Amarilla es oriunda del Golfo de Guinea y afirman que sólo se conoció en América hasta mediados del siglo XVII. En contra de ésta postura el Dr. Beranger Ferand, afirma que no apareció en África occidental sino hasta 1768. Además, se indica que las relaciones de Europa y África datan de un siglo anterior al descubrimiento de América y si ella hubiese existido no resultaba probable que quedase en el anonimato. En 1635 había sido denominada en América y aún no se le conocía en África. (CARRASQUILLA, Tomás. Datos históricos sobre la Fiebre Amarilla. II Congreso Médico Nacional. Bogotá: Escuela Tipografía Salesiana. 1913. p.153).

El Dr. Angelo Simues afirma que del Golfo de Guinea llegó al Brasil la Fiebre Amarilla en 1606 y atacó a Recife y después a Olmida (Ibíd.).

71 Ibíd., p.152.

72 TORO VILLA, Gabriel. Consideraciones sobre el desarrollo y propagación de la Fiebre Amarilla en Colombia. II Congreso Médico Nacional. Bogotá: Escuela Tipografía Salesiana. 1913. p.123.

1.2 LA TEORÍA MIASMÁTICA DE LA FIEBRE AMARILLA Y SU PREFERENCIA POR LOS PUERTOS

Entre las primeras manifestaciones epidémicas que se relacionan en las diferentes investigaciones, en orden cronológico se sugiere que la primera manifestación de Fiebre Amarilla en América tuvo lugar en 1494, con la cuál pereció la población de la Isabela, *“pues es tan corto espacio de tiempo comenzó la gente tan de golpe a caer enferma y por el poco refrigerio que había para los enfermos a morir también muchos de ellos, que apenas quedaba hombre de los hidalgos y plebeyos, por muy robustos que fuese, que de calentura terrible no cayera enfermo”*⁷³.

Gabriel Toro Villa afirma que la primera epidemia que atacó a los europeos en América, fue la que tuvo lugar en Santo Domingo con el segundo viaje de Colón, después de la Batalla de Vega Real a la que acudió enorme cantidad de indígenas. Seguidamente, a medida que avanzaban las tropas conquistadoras pasando por diferentes islas ó al Continente, se fue propagando considerablemente la enfermedad. En 1509 se notificaba su presencia en las Costas del Darién, donde perdió Nicuesa las dos terceras partes de la expedición con que pretendía conquistar aquella región. Desde esta época del descubrimiento y la anterior epidemia hasta 1634, “la Fiebre Amarilla no hizo sino extenderse por las Antillas y parte del Litoral”; de 1634 en adelante se registra la invasión de la enfermedad hacia Estados Unidos: Boston, Filadelfia, New York, Charlestown y New Orléans, desde donde se propagó al Mississippí, subió hasta el Memphis, ciudad del interior⁷⁴.

Para el año de 1691, se alude su presencia en la Isla de Barbada, para afectar seguidamente a los pobladores de Caracas en el año de 1696⁷⁵. A partir de estas epidemias, la calamidad se extendió rápidamente a la Habana y a otros sitios de América y Europa; hacia 1700 se manifestó la primera vivencia trágica de Fiebre Amarilla en el Puerto de Cádiz y de ahí en adelante, los brotes que se presenciaron en otros puertos

73 DE LAS CASAS, Fray. Citado en: CUERVO MARQUEZ, Luis. Historia del aparecimiento y propagación de la Fiebre Amarilla en Colombia. II Congreso Médico Nacional. Bogotá: Escuela Tipografía Salesiana. 1913. p.131.

74 TORO VILLA, Gabriel. Op. cit., p.124.

75 CARRASQUILLA, Tomás. Op cit., p.154.

Europeos fueron múltiples y frecuentes, poniendo en peligro la seguridad sanitaria europea y confirmando a su vez, la idea epidémica de su carácter urbano, una enfermedad de los grandes puertos. Luego de su presencia en Cádiz, apareció en Lisboa en 1723 y en Málaga en 1741⁷⁶.

Siguiendo las teorías médicas de la época, “infestadas” las Antillas resultaba comprensible suponer que la Fiebre fuese “llevada”, si no se distinguiese antes su presencia, a las ricas y populosas ciudades del litoral Atlántico, especialmente, en Portobelo y Cartagena, focos de riqueza y centros de escala obligados para todo el comercio del Perú y de las posesiones del mar Caribe. Pero se distingue el año de 1729⁷⁷ cuando por primera vez, se señaló la presencia de la enfermedad en Cartagena y Santa Marta, proveniente de Portobelo. Este brote se conoce por la prolongación del mismo y su carácter mortífero, dando la muerte a muchos combatientes españoles al mando de Domingo Justiniani; la epidemia parecía ceder cuando se manifestó nuevamente la presencia epidémica febril, debido a la llegada en 1730 de un nuevo contingente con los galeones de Manuel López Pintado. “Desde entonces se destaca la presencia endémica en esta región, ya que de tiempo en tiempo se observaban recrudescencias de la misma, especialmente, cuando se contemplaba la llegada de pobladores no aclimatados”⁷⁸.

El puerto de Colón se vio constantemente asediado por la enfermedad, y por el año de 1730 todos los buques que permanecían allí algún tiempo, “dejaban sepultada la mitad ó las dos terceras partes de su tripulación”⁷⁹. Después de la llegada de Lesseps y de sus compañeros en 1881, para la apertura del Canal de Panamá, miles de europeos encontraron allí su sepultura. En Panamá fue estudiada la epidemia desde 1740, donde se extendió la Fiebre Amarilla a las islas cercanas. Gabriel Toro Villa, afirma que los conquistadores pasando el istmo de Panamá, llevaron la Fiebre a muchos puertos del

76 QUEVEDO V. Emilio, CAMACHO Aláin, MANOSALVA Carolina, MATIZ Giovanna, MORALES Elquin y TAFUR Mónica. Informe de investigación (Grupo 1: Ciencia) "Antecedentes". Bogotá. 2005. s.p.

77 CUERVO MARQUEZ, Luis. Op. cit., p.132, TORO VILLA, Gabriel. Op. cit., p.124 y CARRASQUILLA, Tomás. Op. cit., p.154.

78 TORO VILLA, Gabriel. Op. cit., p.124.

79 CARRASQUILLA, Tomás. Op. cit., p.154.

Pacífico, como Guayaquil, de donde éste consideraba que se había propagado la enfermedad a Buenaventura⁸⁰.

“A finales del siglo XVIII, la incidencia de la enfermedad aumentó con el auge de la actividad marítima que se desarrollaba tanto con fines comerciales como militares. Una epidemia que había empezado en Cádiz en 1800, se expandió hacia 1804 a Córdoba, Granada, Valencia, Cataluña y Gibraltar. Finalmente, estas epidemias menores terminaron con la terrible epidemia de Barcelona de 1819 a 1821. Desde ese momento, sucesivas epidemias volvieron a Barcelona en 1870, Madrid en 1878 y Gibraltar en 1828”⁸¹.

La primera teoría médica que acompañaba esta enfermedad se apoyaba en la descripción de los síntomas. Por lo regular, la enfermedad considerada como Fiebre Amarilla comenzaba con un fuerte y súbito dolor de cabeza, dolores en la parte superior del abdomen y en la parte posterior de la cintura, y debilidad generalizada. Seguían las náuseas y la sed. La lengua se tornaba enrojecida y se manchaba de blanco en el centro. Los ojos se inflamaban e irritaban. El pulso se aceleraba y la fiebre era severa. Las condiciones de salud se deterioraban rápidamente. El pulso se iba debilitando, el dolor agudo persistía y la orina se hacía escasa. Más o menos al tercer día, los ojos y la piel tomaban un tinte amarillo pálido que rápidamente se convertía en amarillo - verdoso. Luego las náuseas desembocaban en un vómito fuerte y constante que inicialmente era líquido y bilioso; pero que luego se tornaba negruzco, manifestación clínica que le daba el otro nombre a la enfermedad: “enfermedad del vómito negro”. Al final del tercer o cuarto día, sobrevinía una gran postración y la muerte. Muy pocos sobrevivían, pero los que lo lograban quedaban inmunes de por vida.

La explicación causal de la Fiebre Amarilla, estuvo en un comienzo referida a la teoría miasmática, que durante los siglos XVII a XIX consideró a los mismos la razón de las

80 TORO VILLA, Gabriel. Op. cit., p.124.

81 COLEMAN, William. Yellow Fever in the North. Madison, Wisconsin: University Press. 1987.

enfermedades agudas, pútridas y febriles⁸². De acuerdo con ésta teoría médica, el agua estancada en los puertos se consideraba el origen de los miasmas, que provocaban la enfermedad. Por tanto, las medidas sanitarias tomadas para impedir su avance, fueron todas de carácter ambientalista, encaminadas a garantizar la adecuada circulación de las aguas estancadas, el drenaje de los pantanos y la movilidad del aire infectado.

Cabe anotar que en la segunda década decimonónica se presentaron algunas polémicas en torno al origen de la Fiebre Amarilla. La epidemia de Barcelona en 1821 se considera el punto de partida que llamó la atención de los franceses, ingleses y españoles, quienes desde ese momento plantearon que la Fiebre Amarilla, enfermedad con una mortalidad muy alta, podía extenderse incluso hacia la región Norte de Europa. En un intento por entender y con ello, controlar la propagación de ésta, tanto franceses como ingleses destinaron observadores a Barcelona. Los miembros de dicha comisión sostuvieron que el flagelo se transmitía de persona a persona, es decir, se propagaba por contagio⁸³ y además, afirmaron que la Fiebre Amarilla era una enfermedad importada de otras tierras.

De este modo, en el año siguiente, en 1822 el gobierno Francés promulgó una ley donde implementó un sistema de vigilancia sanitario en las fronteras. Sin embargo, ese mismo año, el médico francés Nicolás Chervin⁸⁴ intervino en una confrontación ideológica donde se opuso a los postulados dictados por los médicos franceses.

82 *Ibíd.*, p.XIV. Los miasmas se consideraban partículas pútridas que emanaban de la tierra en descomposición y por ello, contaminaban el aire, el cual se consideraban “inficionado”. Una vez desprendidos los miasmas en el aire invadían el cuerpo penetrando los poros de la piel y de tal manera pasaban a circular en la sangre produciendo los cuadros inflamatorios que se acompañaban de fiebre y pus (QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005 Pág. 2).

83 En dicho período se consideraba que una enfermedad era contagiosa cuando ésta pasaba directamente de una persona a otra, es decir, por el contacto de una persona sana con una enferma. Por otro lado, se denominaba enfermedad infecciosa o producida por inficción cuando ésta se originaba por la penetración de los miasmas del medio ambiente al cuerpo, es decir, que la enfermedad no se producía por el contacto de persona a persona sino por el contacto con el aire inficionado de los miasmas de los pantanos y de las emanaciones telúricas. A ésta últimas generalmente se les denominaba fiebres palustres, paludosas ó palúdicas, derivadas de las palabras palus que significa pantano, laguna, estanque (BLANQUEZ, Agustín. Diccionario Latino-Español. Tomo II. Barcelona: Ramón Sopena. 1975. p. 1185).

84 Chervin era un médico entrenado en París, quién posteriormente viajó a América del Norte y Antillas, en donde estudió la Fiebre Amarilla desde 1815 hasta 1822, y sostenía que ésta era una enfermedad ocasionada por las condiciones locales (miasmas) por lo tanto, no contagiosa y tampoco importada. Como resultado se opuso a la ley expedida por el gobierno francés. COLEMAN, William. Op cit., p.25 - 26.

Durante los años siguientes las teorías de no contagio y de la no importación defendidas por éste (Chervin) triunfaron. Rechazó la posibilidad del contagio, enumerando los múltiples casos en los cuales se manifestaba la inexistencia de pruebas de transmisión de persona a persona. De igual manera, negó la posibilidad de la importación de la enfermedad a través de barcos provenientes de tierras exóticas, defendiendo su teoría de la Fiebre Amarilla como la evolución de varias “fiebres” donde se pasaba de unas formas más sencillas a otras más severas.

Finalmente, calificó a éstas teorías de administrativas, debido que apoyaban la vigilancia sanitaria en las fronteras, que según éste, resultaban innecesarias. Las consecuencias de una economía sin restricciones hicieron de Nicolás el líder de la campaña anti - cuarentena durante la década de 1830 –1840⁸⁵.

No obstante, el concepto inicial de la enfermedad fue enriquecido por nuevos elementos explicativos sobre su epidemiología, surgidos en la segunda mitad del siglo XIX. En 1861, se presentó una epidemia de Fiebre Amarilla en el Puerto de Saint Nazaire, en Francia. La epidemia fue estudiada y enfrentada por Francois Méllier, quién además de reconocer su ciencia desde la teoría miasmática, realizó un seguimiento y estudio cuidadoso de los casos llegando a la conclusión que la Fiebre Amarilla era una enfermedad importada de América, por el barco Anne – Marie, que procedía del Caribe, explícitamente de la Habana. Con ello, se planteó que los miasmas podían viajar a largas distancias, encerrados en el aire contenido en los barcos pequeños. Éste se puede considerar como un cambio de giro teórico de la ciencia ya que permitía concebir que el problema no radicaba en la putrefacción de la tierra de los puertos locales, sino que el “veneno” podría llegar con el aire encerrado de otras tierras. De esta manera, se explicó su no presencia en el aire local antes de la epidemia⁸⁶.

Por otra parte, los Estados Unidos se comenzaron a interesar de una manera más concreta por la Fiebre Amarilla, ya que ésta enfermedad representaba un claro obstáculo frente al desarrollo comercial con América Latina, el cuál crecía de manera evidente. En 1878, se constituyó la Comisión Chaille para que viajase a Cuba con el fin de estudiar la

85 Ibid., p.30 – 55.

86 Ibid., p.59.

Fiebre Amarilla. El General George Sternberg, cirujano de la armada norteamericana, conocedor ya de las teorías de Pausteur y Koch, quién había estado en contacto con la enfermedad desde hacía varios años atrás, fue nombrado miembro de dicha comisión. Después de estudiar la enfermedad en Cuba, y de no lograr descubrir ningún germen causante, la comisión acogió la teoría propuesta desde 1858 por Carlos J. Finlay, médico cubano que formó parte de la Comisión, quién afirmaba inicialmente que la Fiebre Amarilla era causada por la alcalinidad de la atmósfera cubana⁸⁷.

En 1879, el Congreso norteamericano expidió una ley de inspección de barcos, por funcionarios consulares de los Estados Unidos, en los puertos con los cuales ese país desarrollaba actividades comerciales; se exigía que cada nave tuviese un certificado de sanidad para poder anclar en los puertos norteamericanos. De esta manera, se puede señalar como las concepciones teóricas de la ciencia toman cuerpo en las decisiones del Estado, puesto que el gobierno norteamericano, al comprender que el miasma se transportaba en tal mecanismo decidió aplicar la citada ley, y unido a ello, al año siguiente invitaba, con el apoyo del Presidente de los Estados Unidos, a la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington, con la finalidad de convencer a los funcionarios europeos, que se interesaban sólo por el cólera y la peste, de la importancia del control de la Fiebre Amarilla y la Malaria⁸⁸.

De esta manera se percibe como Estados Unidos se empieza a interesar por el saber médico de la Fiebre Amarilla y en esa medida, tomaba para sí las teorías médicas de la época, pero con un acercamiento más concreto al campo bacteriológico. Aunque en el mundo del estudio de las bacterias no presentaba aún, una modificación clara en este saber (la Fiebre Amarilla) como sí había ocurrido en otras patologías como la tuberculosis.

87 QUEVEDO, Emilio. Et al., 2005. Op. cit., p.4.

88 *Ibid.*, p.5.

1.3 LA CONTROVERSIA POR SU NATURALEZA PALÚDICA: LAS FIEBRES DEL MAGDALENA

Infectados los puertos marítimos de Colombia sobre el Atlántico, la enfermedad se presentó a orillas del Río Magdalena y se consideró, que gracias al auge comercial, de ésta franja con los puertos, se lograba extender la Fiebre Amarilla en ésta zona; que asimismo, se apreciaba como la principal arteria de movilización que tenía la República. Igualmente, se señalaba una característica particular de la Fiebre Amarilla en cuanto a su forma de propagación por los grandes ríos, ya que se destacaba que de manera similar había ocurrido en el Mississipi para los Estados Unidos y el Río Amazonas para el interior del Brasil⁸⁹. De esta manera, se contemplaba que con los adelantos de la navegación se aumentaba el “contagio” por la citada enfermedad⁹⁰.

Entre los lugares confirmados por la presencia de la Fiebre Amarilla en la zona, se destaca su presencia en 1830 en Ambalema⁹¹, donde después se registraron otros brotes epidémicos; de allí, pasaron con efectos similares a Honda en 1856 para manifestarse ese mismo año en Guaduas, Girardot y Peñalisa. En 1870, se desarrolló la primera epidemia en el Espinal, mientras que su primera aparición en Neiva se distingue en el año de 1881, de donde se logró extender a las poblaciones de Aipe y la Unión. En Tocaima, se conoció la Fiebre en el año de 1884, al igual que en Purificación; en 1889 se registraron cerca de Tocaima, en Jerusalén, casos de la enfermedad. Finalmente, en el año de 1900, se observaron eventos de ésta, en Anapoima, la Mesa, y al occidente de ésta última, en San Joaquín⁹².

El interés especial que reciben las Fiebres del Magdalena, dentro del objeto de esta investigación, radica en la importancia que incluye su denominación en la construcción

89 TORO VILLA, Gabriel. Op. cit., p. 126.

90 El Dr. Luis Cuervo Márquez consideraba que la invasión de la Fiebre Amarilla al país se había efectuado por dos vías: El río Magdalena y el río Zulia, y añade que en éstos casos se presenciaban la aparición de las fiebres en regiones que hasta entonces se consideraban indemnes coincidiendo con el “establecimiento de medios rápidos de comunicación entre focos marítimos y población del interior”. CUERVO MARQUEZ, Luis. Op. cit., p. 132 y 133.

91 El Dr. Cuervo Márquez señala que fue tal la intensidad de éste brote, que durante los tres primeros meses del mismo, murieron en Ambalema 1.800 personas, en una población que apenas alcanzaba 4.000 habitantes. *Ibíd.* Pág. 133.

92 CARRASQUILLA, Tomás. Op. cit., p.156 y 157.

social del concepto de Fiebre Amarilla en Colombia⁹³. El punto de partida se construye alrededor de una discusión que tuvo lugar en Febrero de 1880, en la ciudad de Bogotá, cuando se comunicó la presencia de una epidemia de ictericia que se manifestaba repentinamente, produciendo un dolor en el epigastrio, náuseas, y vómito teñidos de verde o amarillo, la duración de la misma era de tres días y se consideraba que después de su padecimiento, se producía la inmunidad a la ictericia epidémica.

Como registro de los acontecimientos que tuvo lugar en mención de las fiebres del Magdalena se conocen los informes que presentó el Dr. Nicolás Osorio* en la sesión del 22 de Febrero de 1881, de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales⁹⁴, donde citaba las epidemias que se estaban presenciando en algunas poblaciones, que se ubicaban en las riberas del Río Magdalena y sugirió que la Comisión de Epidemias, presentase un estudio de las mismas y con éste, un informe a la Sociedad.

En el aspecto que nos ocupa de la construcción social del concepto de Fiebre Amarilla en Colombia, un aspecto central hace referencia a la naturaleza de la enfermedad, que con las Fiebres del Magdalena revistió una preocupación central. De esta manera, el Dr.

93 Este tema ha sido estudiado con mucha dedicación por Claudia Mónica García en su tesis para optar por el título de Magíster en Historia: GARCÍA, Claudia Mónica. "Las fiebres del Magdalena: la construcción de una noción médica colombiana, 1859-1886". Departamento de Historia. Tesis de Magíster en Historia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004. Además de indicar ésta noción médica como una construcción colombiana, argumenta la visibilidad que en la misma presenta la geografía, la epidemia, la política y la economía. Todo ello, en el marco de la ciencia médica de su período de estudio: 1859 – 1886.

* Médico especializado en Francia y miembro de la Sociedad de Higiene de París.

94 La sociedad de Medicina y Ciencias Naturales creada en 1873. OBREGÓN TORRES, Diana. "Sociedades científicas en Colombia. La invención de una tradición, 1859 – 1936". Bogotá: Banco de la República. 1992. Pág. 51. Donde se consideró como parte de la estrategia emprendida por los médicos naturalistas y la profesión médica en Colombia frente a la denominada "crisis de la salud de medio siglo" donde se dispuso el cierre de las Universidades y se abolió el título profesional como requisito para el ejercicio médico (QUEVEDO, Emilio. Et al., 2005 Op. cit.).

Sobre ésta temática se encuentran además de los estudios ya citados, los de MIRANDA CANAL, Néstor. "Apuntes para la historia de la medicina en Colombia." Ciencia, Tecnología y Desarrollo: 8 (1 - 4): 1984. p.121-209. y La Medicina colombiana de 1867 a 1946. En: QUEVEDO, Emilio. Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VIII. Bogotá, Colciencias - Tercer Mundo Editores. VIII: 1993. p.15-160. Sin embargo, la importancia que representan éste tipo de organizaciones en ésta dinámica particular se encamina en los procesos de comunicación del conocimiento que bajo diferentes denominaciones como: La Lanceta en 1852, la Gaceta Médica de Colombia en 1864 y la Revista Médica de Bogotá en 1873 circulaban los nuevos estudios, cohesionaban su identidad profesional y daban cuenta de sus intereses y representaciones.

Vargas Reyes⁹⁵ basándose en Grisolle, pero aportando su conocimiento, clasificaba las fiebres en continuas (aquellas que se producían por una comunicación directa con las personas afligidas por los miasmas, ó por los miasmas exhalados por los enfermos) y discontinuas (se producían por la infección que se ocasionaba por el contacto con el entorno en el que se producían los miasmas emanados de ríos, lagos y lugares con aguas estancadas). Estas últimas, las dividía en intermitentes que podían ser simples* o perniciosas** y remitentes que pueden ser a su vez, simples o perniciosas. En este esquema clasificatorio, Vargas Reyes concibe la fiebre Amarilla como una fiebre del género discontinuo, de la especie intermitente pernicioso y de la variedad amarilla; de igual manera, le asignaba un carácter infeccioso más no contagioso⁹⁶.

Por otro parte, el Dr. Domingo Esguerra, basándose también en Grisolle y otras publicaciones de reconocidos médicos del exterior en la materia, como Levy, Bayle, Dutrouleau y Valleix, clasificaba las fiebres en cuatro géneros: continuas, palúdicas o periódicas, eruptivas y malignas o pestilenciales, ubicando la Fiebre Amarilla en éste último género, junto con la Peste de Oriente y el Cólera Asiático⁹⁷. Con ello, resulta claro que los doctores Vargas y Esguerra manejan un concepto diferente de Fiebre Amarilla, para el primero era una fiebre intermitente pernicioso y para el segundo, era una fiebre pestilencial que no tiene ninguna asociación con las fiebres intermitentes⁹⁸.

Unido a las clasificaciones de las fiebres, los doctores Nicolás Osorio y Proto Gómez, apoyándose en Dutrouleau, reconocían que las fiebres palúdicas se dividían en intermitentes y remitentes, éstas las consideraban de carácter bilioso y a su vez, las subdividían en biliosa hematórica y biliosa inflamatoria. A la Fiebre Amarilla la consideraban una enfermedad diferente producida por el fósforo⁹⁹. De lo anterior, se puede sugerir la inexistencia de un criterio único que concretase la Fiebre Amarilla dentro del grupo de las fiebres teniendo en cuenta sus características, manifestaciones y

95 VARGAS REYES, Antonio. Clasificación de las fiebres. Trabajos científicos. Bogotá: Schering Corporation: USA. 1859. p.45 - 95.

* Aquellas fiebres que se presentan generalmente por crisis y se terminan solas y rápidamente.

** Aquellas fiebres que tienen un carácter maligno y son mortales.

96 QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op cit., p.6.

97 GARCIA, Claudia Mónica. Op cit., p.109 –110.

98 Ibid.

99 QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op cit., p.7.

duración en el tiempo. Igualmente, basándose en el aspecto clínico de ésta enfermedad y comparándose con las publicaciones médicas del exterior en cuanto a la misma, se indicaba como probable que las Fiebres del Magdalena asociaran una manifestación febril diferente a la Fiebre Amarilla, pero resulta fundamental señalar los intentos concretos por acercarse a una concepción etiológica de la Fiebre Amarilla en Colombia.

El 26 de Agosto de 1884, el Dr. Josué Gómez Mora presentó para su ingreso a la Sociedad un trabajo titulado “Contribución al estudio de las Fiebres del Magdalena”, donde concluía la inexistencia Fiebre Amarilla en la Hoya del Alto Magdalena, ya que para él éstas fiebres eran fiebres palúdicas. Los médicos encargados de revisar esta investigación para la admisión fueron: Daniel E. y Manuel Plata Azuero.

Otro de los médicos que se interesó por el tema de las Fiebres del Magdalena fue Luis Cuervo Márquez, quién en el mes de Julio de 1886, publicó la primera parte de un trabajo que denominó las Fiebres del Magdalena, donde distinguía la controversia que sobre el tema se generaba, ya que mientras unos las interpretaban como palúdicas, otros la consideraban influenciadas por la Fiebre Amarilla; éste consideraba la Fiebre Amarilla como una enfermedad causada por los miasmas y no descartaba que en algún momento, las fiebres pudiesen unificarse en una misma entidad, considerándolas como variantes de una misma esencia. En la segunda parte, publicada al siguiente mes (Agosto 20) las opiniones de los investigadores previos, llegando a la conclusión que las Fiebres del Magdalena se comportaban como una epidemia importada, probablemente por un barco que transportaba mercancías traídas de New York, que iba ascendiendo por las márgenes del Río Magdalena.

Seguidamente, criticaba las publicaciones de Vargas Reyes y Domingo Esguerra, en cuanto a la confusión que sostenían respecto a la Fiebre Amarilla con las perniciosas amarillas e identificaba que las Fiebres del Magdalena no eran producidas por miasmas locales de naturaleza palúdica, debido a las condiciones locales pantanosas, señalando que éstas no se habían modificado y por ello, la enfermedad debía haber sido importada a este territorio¹⁰⁰.

100Ibíd., p.10.

En la tercera entrega el Dr. Luis Cuervo realizaba una comparación de las Fiebres del Magdalena con la Fiebre Amarilla, afirmando que las dos se comportaban de manera similar en cuanto a la propagación y asentamiento en diversos territorios relacionados con las dinámicas comerciales, pero no compartían las condiciones climáticas y geográficas específicas que se asignaban a la Fiebre Amarilla. En una nueva clasificación de las fiebres, Cuervo Márquez las dividía en dos grupos: las primeras denominadas palúdicas, también llamadas palustres o telúricas que eran producidas por la Malaria, y se dividían en intermitentes y remitentes, las que a su vez podían ser simples o perniciosas; las segundas eran las no palustres en la que comprendían las eruptivas y las tifoideas, en éstas se incluían la fiebre tifoidea, el tifo, la fiebre recurrente, la fiebre amarilla y las del Magdalena. Con ello, sugiere que para él las fiebres del Magdalena y la Amarilla eran del mismo tipo; pero a su vez, las consideraba entidades distintas y añadía que ésta última no era tampoco una enfermedad de carácter intermitente ni remitente¹⁰¹.

Como ya se indicó, un aspecto claro en la propagación de las Fiebres del Magdalena hace referencia al auge del transporte en ésta región y al dinamismo económico que se generó en el período citado en esta franja, resultando clara la asociación que compartían los transportes y la economía y unido a ello, la invasión de nuevas tierras "insalubres" donde se enfermaban los nuevos trabajadores. La compañía teórico médico que acompañó a éstas fiebres exhiben la preocupación de los médicos colombianos por dominar teóricamente la enfermedad y para ello, argumentaban sus hipótesis en las publicaciones extranjeras pero es posible identificar en éstos, un dominio de su ciencia y la superación de una propuesta difusionista en una problemática tan propia.

1.4 LA BÚSQUEDA DE LA BACTERIA EN FIEBRE AMARILLA

Mientras se daba la discusión entre los médicos más distinguidos de la élite nacional por la naturaleza palúdica de la Fiebre Amarilla en Colombia, basada en el modelo anatomoclínico y nosológico de las fiebres, otros conocimientos se generan en el exterior en lo que respecta al saber sobre la enfermedad. Por un lado se divulgaban los estudios

101 CUERVO MÁRQUEZ, Luis. "Apuntes para el estudio clínico de las fiebres del Magdalena. Tercera parte." Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Septiembre 20: Serie X (106): 1886 e. p.232.

de Robert Koch y Louis Pasteur, inaugurando la mentalidad etiopatológica y los fundamentos de la nueva ciencia: La bacteriología.

En Julio de 1884, aparecía en la Revista Médica de Bogotá, la noticia sobre las nuevas aproximaciones que desde el campo bacteriológico se llevaban a cabo en Fiebre Amarilla al publicarse la traducción e ingreso sobre Fiebre Amarilla al Diccionario Anual de ciencias Médicas. En éste, se describía la investigación que sobre la enfermedad había iniciado en el año anterior, en Brasil, Domingo José Freire. Desde la teoría parasitaria y bacteriana de Pasteur, éste médico identificaba el hongo *Cryptococcus Xantogenicus*, el agente causal de la Fiebre Amarilla y creaba a su vez, una vacuna. En la publicación se cuestionaba la validez de la propuesta terapéutica, ya indicada, pues no tenían ningún indicio que comprobase la eficacia de dichos procedimientos¹⁰².

En el mes de Junio de 1886, después de la Guerra Civil, el Dr. Gabriel Castañeda publicaba en la Revista Médica de Bogotá, un extracto sobre los trabajos del Dr. Carmona y Valle en México. En dicha publicación es clara la posición bacteriológica del citado investigador, quién adjudicaba al hongo *Peronospora Lutea* la etiología de la Fiebre Amarilla. El Dr. Carmona indicaba que el citado hongo sólo se encontraba en la orina, sangre y órganos de las personas enfermas, agregando que una característica fundamental en la diferenciación de las fiebres se presentaba por la disminución de urea, que se relacionaba en la orina de los amarilícos; además, indicaba las fases en las que se desarrollaba el microbio y los tratamientos que no revestían efecto alguno.

En cuanto a las inoculaciones que venía realizando el Dr. Carmona, se comunicaba que éstas se producían inyectando las zoosporas de la Fiebre Amarilla en el brazo izquierdo, vía subcutánea, aplicando los residuos de la orina (donde se encontraba el microorganismo) como método preventivo para la enfermedad. Finalmente, se invitaba a realizar inoculaciones para validar su eficacia a pesar de que el método no contase con una aprobación oficial¹⁰³.

102 QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op cit., p.8.

103 CASTAÑEDA, Gabriel. Fiebre amarilla: extracto de la Etiología y profilaxis de la fiebre amarilla. Revista Médica de Bogotá. Julio 20: Serie 10(103).1886: 75 – 83.

1.5 LAS EPIDEMIAS DE CÚCUTA

En la hoya del Río Zulia, el estudio de la importación y desarrollo de la enfermedad se relaciona al año de 1883, donde se identificaba a Maracaibo como el foco endemo-epidémico de Fiebre Amarilla y puerto marítimo obligado de las poblaciones que conformaban el Valle de Cúcuta. En las relaciones sobre éstos brotes epidémicos, se destaca la relación que mantenía el desarrollo de los medios de transporte fluvial y la propagación de la enfermedad; de esta manera, Cuervo Márquez mencionaba que hasta el año de 1879 entró en servicio el primer vapor sobre el río Zulia, denominado: vapor Zulia, las comunicaciones se llevaban a cabo por medio de bongos, que empleaban de ocho a diez días en hacer la travesía de Maracaibo al Puerto de los Cachos, sobre el río Zulia y luego dos o tres días en camino de tierra para llegar a Cúcuta. Después, se regularizó la navegación del Lago y la fluvial, se estableció el Ferrocarril de Puerto Villamizar a Cúcuta y con ello, el recorrido se efectuaba solamente en tres días¹⁰⁴.

Figura 1. Los vados, lugar donde permanecían los viajeros para evitar contraer la fiebre amarilla en la ciudad de Cúcuta.



Tomado de: GALVIS, Gast.1982. p.40.

Siguiendo la búsqueda de la bacteria en la Fiebre Amarilla es de apuntar que en Febrero de 1887, se leía en la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales la solicitud del Ministro de Fomento¹⁰⁵ que enviaba a la Organización el libro de Carmona y Valle para su análisis.

104 CUERVO MÁRQUEZ, Luis. Op cit., p.134.

105 Carlos Michelsen Uribe era el jefe de la sesión tercera del Ministerio de Fomento, encargada entre otras cosas de la Higiene, también era miembro de la sociedad y su expresidente (1884 –

Con tal objetivo, se comisionó al Dr. Castañeda, quién ya había publicado en el número 103 de la Revista Médica de Bogotá, un extracto de esta obra. En la misma sesión, se leyó un informe del Dr. Julio Uricoechea sobre los resultados de las inoculaciones que éste venía realizando sobre pacientes con Fiebre Amarilla en Cúcuta¹⁰⁶.

En la sesión del 24 de Febrero de 1887 se leyó una carta de éste Dr. Uricoechea, médico del Hospital Militar de Cúcuta, dirigida al Dr. Nicolás Osorio, en la cuál informaba haber leído la reseña realizada por el Dr. Castañeda acerca del texto de Carmona, publicado en la Revista Médica, donde se recomendaba ejecutar inoculaciones experimentales como método profiláctico contra la Fiebre Amarilla. De la misma manera advierte que siguiendo tales recomendaciones practicó varias inoculaciones en perros y otros animales, con los esporos de la enfermedad, para producir la *Peronospora Lutea*, con resultados que apreciaba como “favorables a la ciencia”¹⁰⁷. También comunicaba a Nicolás Osorio que debido a la carencia de un adecuado microscopio no había podido continuar con sus investigaciones y en un correo aparte le enviaba una muestra de orina de un alemán que murió de Fiebre Amarilla y que fue preparada siguiendo las recomendaciones de Carmona y Valle, junto con las observaciones que se realizaban sobre la epidemia de Cúcuta.

Respecto a éstas últimas, Uricoechea mencionaba las inoculaciones realizadas desde Noviembre 11 de 1886 a Enero 24 de 1887, además adicionaba una segunda carta fechada 10 de Marzo de 1887, en la cual presentaba un informe de las muestras de orina recolectada antes de inocular, agregando no haber observado ningún microbio o germen extraño. Agregaba que luego tomó nuevas muestras y observó gérmenes parecidos a los de la Fiebre Amarilla. Inoculó 279 personas, reiterando que ninguno de estos inoculados

1886). Michelsen Uribe tenía contacto con todos los consulados de Colombia en el exterior, pues desde 1872 fungía además como Vicecónsul de Dinamarca en Colombia, y recibía correspondencia y libros de todas partes del mundo (QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op.cit., p.p.19.

106 URICOECHEA, Julio. "Observaciones sobre las inoculaciones profilácticas de la fiebre que se ha desarrollado en Cúcuta. Carta al Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales fechada en Enero 20". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Marzo 20: Serie X (112). 1887b. p.543.

107 URICOECHEA, Julio. "Comunicación del doctor Julio Uricoechea sobre el cultivo de zoósporos de Fiebre Amarilla, mandados por el mexicano doctor Carmona". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Serie X (112): 514- 543. 1887^a. p.514.

había padecido la enfermedad y que apreciaba como bueno el procedimiento profiláctico ya que éste no señalaba resultados negativos.

El informe que el Dr. Castañeda elaboró acerca de la obra de Carmona y Valle cuestionaba las conclusiones que abordaba éste, afirmando que carecía de una base científica clara. De la misma manera sugería, que la Junta Central de Higiene asignara un médico para que estudiase la epidemia en Cúcuta y otro con igual función para la del Magdalena, en segundo lugar proponía que se comunicase al ministro de Fomento que tal obra, contenía datos importantes sobre la etiología y profilaxis de la enfermedad pero que las teorías del autor y las conclusiones preventivas que aconsejaba, requerían una confirmación científica; en tercer lugar pedía la entrega de informes mensuales y detallados del estado sanitario de los soldados que se habían inoculado en Cúcuta; y finalmente, que se continuasen con las medidas tradicionales de control ambiental que hasta la fecha se practicaban para la vigilancia de enfermedades.

Por su parte, el Dr. Luis Cuervo Márquez, le enviaba desde Cúcuta una carta dirigida al Dr. Nicolás Osorio, fechada el 29 de Marzo de 1887, donde publicaba un informe de la epidemia presentada en esta ciudad. Comentaba que los médicos de la misma reconocían que las fiebres eran de naturaleza amarilla y que la inoculación se consideraba una medida profiláctica segura. Éste mismo médico afirmaba haber llevado a cabo exámenes microscópicos del líquido que se inoculaba sin encontrar hallazgos similares a los denominados: *Peronospora Lutea* ó al *Criptomococcus Xantogenicus*. Dudaba además que los síntomas presentados fuesen deducidos de los agentes de la Fiebre Amarilla o de la putrefacción de las sustancias inoculadas¹⁰⁸.

Después enviaba otra carta dirigida al Dr. Nicolás Osorio, fechada el 14 de Abril de 1887 donde ratificaba sus ideas y manifestaba inapropiadas las inoculaciones. Igualmente, comentaba de una carta que habían recibido en Cúcuta enviada por el Dr. Carmona y Valle donde plasmaba las indicaciones para la preparación del caldo y unido a ello, enviaba un frasco con la citada sustancia. Cuervo Márquez estudió éste sin encontrar el microorganismo que hablaba el Dr. Carmona lo que le hacía dudar aún más del supuesto

108 CUERVO MÁRQUEZ, Luis. Fiebre de Cúcuta. "Cartas de marzo 29 y abril 14 de 1887 a Nicolás Osorio". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Abril 20: Serie X (113).1887. p.575 – 577.

hallazgo. Con ésta carta el Dr. Cuervo adjuntaba dos tubos con cultivos de zoosporos de *Peronospora Lutea*, dos tubos de orina de pacientes, un tubo con orina normal y un tubo con vómito¹⁰⁹.

En el siguiente número el Dr. Gómez hacía una serie de cuestionamientos que no quedaban claros en el desarrollo del procedimiento, dejando interrogantes acerca de la efectividad de las inoculaciones y de la cientificidad de optar por el mismo. Comentaba además que el Dr. Pablo García Medina le había comunicado el caso de dos hombre de Sogamoso que viajaban a Cúcuta cada quince días, llegando en las horas de la mañana y regresando en las horas de la noche sin haber enfermado, pero después de aplicarse la inoculación profiláctica encontraron la muerte¹¹⁰.

Durante las sesiones que tuvieron lugar en el mes de Mayo del mismo año, se discutió el informe realizado por el Dr. Castañeda al libro de Carmona y el Dr. Proto Gómez fomentó una propuesta teniendo en cuenta que

1. Que es un deber oponerse por cuantos medios estén a su alcance a los ataques que se dieran a la vida humana, en cuanto se rocen con las enfermedades y con la higiene pública;
2. Que todavía no está demostrado que la fiebre que reina actualmente en Cúcuta sea la verdadera fiebre amarilla;
3. Que los experimentos de los Dres. Carmona de Méjico y Freire de Brasil, relativos a la inoculación como medio profiláctico, en caso de que dieran buen resultado práctico, sería únicamente para la verdadera fiebre amarilla;
4. Que los especialistas en estudios micrográficos, no están todavía de acuerdo sobre el organismo que la produce, puesto que para el Dr. Carmona es uno diferente del que dice haber hallado el Dr. Freire;
5. Que el Dr. Cuervo M. y el señor Julio Uricoechea uno de los más entusiastas propagadores de las inoculaciones, como medio profiláctico de la fiebre que se ha apoderado de Cúcuta, lo mismo que algunos particulares han manifestado que la inoculación no solamente no ha puesto al abrigo de la fiebre epidémica a los inoculados sino que algunos han muerto por causa de ella; y,
6. Que el método de las inoculaciones ha venido a ser manos de individuos indignos de ejercer nuestra

109 *Ibíd.*

110 GÓMEZ, Proto. "Algunas consideraciones sobre las inoculaciones profilácticas de Cúcuta". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Abril 20: Serie X, No. 1887^a. p.581 – 583.

profesión, un medio de especulación que no hace honor al cuerpo médico, resuelve:
Excitar respetuosamente al Gobierno Nacional para que por medio de sus agentes, impida, cuanto antes, que se sigan haciendo inoculaciones, que hoy se practican como preventivo de la fiebre reinante en Cúcuta, hasta que estudios serios y prudentes demuestren su utilidad¹¹¹.

Ésta propuesta fue aprobada y se dispuso se enviara copia de la misma a los principales periódicos y al Ministerio de Fomento.

El 20 de Mayo el Dr. Proto Gómez llamaba la atención sobre el delicado asunto de las inoculaciones, ya que se conocía que las mismas habían causado diferentes muertes en la población cucuteña; ésta afirmación la realizaba apoyándose en las cartas del Dr. Cuervo Márquez donde afirmaba que las inoculaciones son “*a lo menos pura ilusión*”¹¹². Después de ello, la Junta ordenaba suspender las inoculaciones y que el Dr. Nicolás Osorio estudiase el asunto; la respuesta del gobierno Nacional no dio espera y con la resolución fechada 15 de mayo y publicada en el diario oficial No. 7050 se prohibió la práctica de las inoculaciones.

Pasados 10 días se informó el regreso de una comisión enviada a México por la Junta de Sanidad de San José de Cúcuta, para estudiar las inoculaciones de Carmona y se solicitaba que el Dr. Felix María Hernández, presentase un informe con los resultados de su visita. Hernández respondió que por una parte, las personas que habían avalado el procedimiento de las inoculaciones no eran personas autorizadas; por otra parte, sostenía que las teorías de Carmona ya se habían rechazado en la Academia de Medicina de México. De la misma manera expresaba su desconfianza hacia los informes presentados por Uricoechea y se complacía del hecho de que muchas personas no hubiesen podido pagar los \$10 que se cobraban por éstas, pues de lo contrario, hubiesen aumentado el número de muertos. Añadía que la opinión expresada por el Dr. Cuervo Márquez en contra de dicha práctica impidió que muchas personas hubiesen incurrido en “semejante

111 QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op cit., p. 12.

112 GÓMEZ, Proto. "La Fiebre Amarilla y las Fiebres Paludosas graves". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Mayo 20: Serie XI, No. 114. 1887b. p.626 – 630.

calamidad”. Finalmente, agregaba que la epidemia de Cúcuta sí era de Fiebre Amarilla, aunque reconocía la presencia de otras clases de fiebres que abundaban en la región¹¹³.

A principios de 1889 se publicaba en la Revista Médica de Bogotá unos artículos que sintetizaban una tesis presentada por el médico colombiano: Daniel Gutiérrez Arango y dirigida por los doctores: Proto Gómez y Gabriel Durán Borda, donde después de realizar un seguimiento a las teorías bacterianas en Fiebre Amarilla y encontrar muchas confusiones y aún contradicciones, emprende la tarea de ejecutar observaciones de laboratorio en compañía de los doctores que le dirigían su investigación, repitiendo los exámenes practicados por Carmona, identificando la *Peronospora Lutea* en orinas de personas sanas, indicando con ello, que el mencionado hongo no era el agente específico de la Fiebre Amarilla y descartando las afirmaciones apuntadas por Carmona.

Se puede considerar en primer lugar, que fue entonces, en 1833 cuando la Fiebre Amarilla fue importada a Cúcuta y se propagó la enfermedad. En ese mismo año se encontró invadido el Rosario; al año siguiente apareció en San Cayetano, importada de Cúcuta y tiempo después en San Antonio.

Además se comprende el proceso de asimilación teórico médico que se implementó frente a los brotes epidémicos de Fiebre Amarilla y los desarrollos prácticos como las inoculaciones de la “bacteria”, donde médicos locales se esforzaban por dominar las corrientes bacteriológicas imperantes en su tiempo. De igual manera, se concibe la inexistencia de un diagnóstico certero frente a éstas manifestaciones febriles; los médicos colombianos que mantenían las comunicaciones científicas se oponían a utilizar métodos que no hubiesen pasado por una comprobación clara de éste tipo y persuadían la continuación de investigaciones serias sobre la materia. Sin embargo, también se aprecia el trabajo de otros médicos que basándose en estudios extranjeros llevaron a cabo procedimientos en los cuales no era comprobada la eficacia de los mismos. Por otra parte, el gobierno respondía a las exigencias de la sociedad, pero el aspecto central radica que eran los mismos actores socio –políticos los actuantes a lado y lado de la

113 HERNÁNDEZ, Félix. “Carta a Nicolás Osorio del 7 de junio de 1887.” Bogotá: Revista de Higiene. Junio 27: Serie 1(1). 1887^a: p.69 – 72.

cadena científico - política pues eran miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y simultáneamente integrantes de la Junta Central de Higiene.

También es claro que en el centro del campo social se encontraba Carlos Michelsen Uribe, quién además era, entre ellos, el que sostenía una mayor red de contactos con personas del exterior, éste desempeñaba el cargo de Vicecónsul de Dinamarca en Colombia, pero al mismo tiempo era Director de la Sección Tercera del Ministerio de Fomento, encargada de la Higiene, Presidente de la Junta Central de Higiene, y miembro de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

Unido a ello, se añade que la epidemia en Cúcuta coexistió con la importación de los zancudos saraviados de cuerpo y alas rayados con anillos alternativamente blancos y negros. En la época se consideraba que los zancudos habían sido importados en los sacos que transportaban sal marina en los buques de vapor sobre cubierta y después, en vagones de ferrocarril. De esta manera se concluía que el apareamiento de una epidemia en una localidad específica, en el interior, estaba precedido por: la instauración de medios rápidos de comunicación entre esa localidad y otra donde reinaba la fiebre, la llegada de un individuo enfermo de Fiebre Amarilla y la aparición de una oleada epidémica en litoral, o en el Río¹¹⁴. La importancia de ésta epidemia radica en su ubicación respecto al valle de Soto, pero pasemos a la búsqueda del vector.

1.6 LA PREGUNTA POR UN VECTOR: EL MOSQUITO COMO TRANSMISOR DE LA FIEBRE AMARILLA

“De todos los seres animales que pueblan las selvas y animales del trópico, el mosquito con sus formas gráciles y sus alas de encaje, es con mucho, el más temible; el ligero pinchazo de su aguijón, que apenas si interrumpe nuestro sueño, puede ser más mortífero que la embestida de un búfalo furioso o que el zarpazo del tigre”¹¹⁵.

Desde el siglo XVIII se distinguía que Drysdale en Baltimore y Rush en Filadelfia, habían identificado la abundancia de los zancudos durante las epidemias; más tarde Nott sospechaba que un insecto podía ser el transmisor de la enfermedad y Daniel

114 CUERVO MÁRQUEZ, Luis. Op cit., p.135.

115 HAYWARD, J. Historia de la Medicina. México: Fondo de Cultura Económica, 1956. p.161.

Beauperthuis en 1858 acusaba que el *Culex Fasciatus* como el agente vector; en 1881 Carlos Finlay dio cuerpo a la teoría y con apoyo de procesos experimentales trató de argumentar el papel del zancudo ya indicado por Beauperthuis¹¹⁶, dando un cambio radical en la concepción etiológica de la enfermedad.

Simultáneamente con el fin de la guerra hispanoamericana en 1900, se comunicaban los grandes estragos que hacía la Fiebre Amarilla en la Habana; por la intervención del general Wood, gobernador de la isla, el Gobierno norteamericano decidió enviar una misión compuesta de médicos militares (Reed, Garoll, Agramonte y Lazear) con el objetivo de examinar las diversas hipótesis y de buscar la causa de la enfermedad; después de algunas discusiones fijaron su atención en la teoría de Carlos Finlay, y a la verificación de la misma dedicaron sus esfuerzos.

De las experiencias y observaciones llevadas a cabo por la misión, dos de sus miembros resultaron víctimas de la Fiebre Amarilla, encontrando la muerte uno de ellos: (Lazear). La comisión llegó a las siguientes conclusiones, que más tarde fueron ampliadas por la Misión Francesa quien estudió la fiebre que se manifestó en Río de Janeiro:

1. El agente productor de la Fiebre Amarilla existe en la sangre de los amarílicos durante los tres primeros días de la enfermedad; 2. El microbio de la Fiebre Amarilla es un microbio invisible; 3. El agente de transmisión de la fiebre es un mosquito, el *Stegomya Fasciata*; pero sólo se hace infectante a partir de los doce a los dieciocho días después de haber picado al enfermo; 4. El período de incubación de la Fiebre Amarilla experimental ha variado de cuarenta y un horas a cinco días y diez y siete horas; 5. Los objetos de los enfermos no desempeñan ningún papel en la transmisión de la fiebre; 6. La fiebre puede ser yugulada por la destrucción del *Stegomya* y por la protección de los enfermos de las picaduras de los zancudos¹¹⁷.

Además de lo anterior, encontraron que era posible transmitir la infección inyectando a una persona sana el suero del enfermo en pleno período de fiebre, demostrando, que el virus era uno de los denominados "filtrables"¹¹⁸.

116 TORO VILLA, Gabriel. Op cit., p. 127.

117 *Ibid.*, p. 128.

118 HAYWARD, J. Op., cit. p.97.

Con tales conocimientos los requisitos que se consideraban necesarios para incubar la enfermedad eran: el germen de la enfermedad (desconocido), y su agente transmisor, el *Stegomya Fasciata*. El germen sólo requería que existiesen personas no inmunizadas por accesos previos; y el *Stegomya*, mosquito de distribución geográfica muy vasta, que las condiciones de temperatura y humedad le resultasen favorables; estas condiciones se presentaban en el territorio colombiano, donde eran común encontrar población flotante mayor o menor y entre ellos, pobladores no inmunizados, donde la temperatura no bajase de 16 grados, escala mínima que soporta el zancudo y donde éste encontraba circunstancias favorables para su reproducción en los depósitos de aguas naturales o accidentales. Estos lugares como los originarios en la Costa se consideraban focos endémicos propiamente dichos; a pesar de las nuevas teorías en cuanto a la enfermedad se reconocía que sólo se consideraban epidemias de Fiebre Amarilla si éstas se presentaban en tales focos y que la enfermedad aparecía hasta que nuevas importaciones las ocasionaban¹¹⁹.

Sin embargo, el Dr. Quevedo y su equipo de trabajo distinguen que desde “1887, Patrick Manson, médico británico que trabajaba en China, había postulado la teoría de que el mosquito era el vector transmisor de la Filariasis. Manson proponía que el mosquito, al picar al paciente enfermo, extraía la *Filaria* del torrente sanguíneo y luego iba a morir en los lagos durante el desove. Allí las personas se contaminaban con las *Filarias* al tomar el agua”¹²⁰. El 12 de Enero de ese mismo de 1887 publica su teoría en la Revista *The Lancet*¹²¹.

Aclarando además, que según la propuesta de Delaporte es Finlay quién concibe la teoría del Mosquito *Stegomya Fasciata* como al agente vector, que al picar a los seres humanos, estando contaminado, transmitía la Fiebre Amarilla¹²². Sin embargo, cuando la teoría fue presentada por primera vez, en la V Conferencia Sanitaria Internacional, en Washington,

119 *Ibid.*, p.128.

120 WORBOYS, Michael. *The Emergence of Tropical Medicine: a Study in the Establishment of a Scientific Specialty*. In: G. Lemayne and all. *Perspectives in the Emergence of Scientific Disciplines*. Paris: Maison des Sciences de l’Homme. 1976. p.75 – 98.

121 DELAPORTE, François. *Historia de la fiebre amarilla. Nacimiento de la medicina tropical*. México: CEMCA/IIU –UNAM. 1989.

122 FINLAY, Carlos. *El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla*. En: C. J. Finlay. *Obras Completas*. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba / Museo Histórico de las Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". 1965. p.247-261.

“no fue entendida ni aceptada”. Luego, más tarde, ese mismo año, Finlay volvió a presentar su teoría de manera ya explícita ante la Academia de Ciencias Médicas y Naturales de La Habana. El trabajo titulado “El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre Amarilla” afirmaba que “teniendo en cuenta que la Fiebre Amarilla está caracterizada clínica e histológicamente por lesiones vasculares y alteraciones físico –químicas de la sangre, parecía natural buscar el insecto que hubiera de llevar las partículas infectantes del enfermo al hombre sano entre aquellos que penetran hasta el interior de los vasos sanguíneos para chupar la sangre humana... llegué a preguntarme si no sería el mosquito el que transmite la Fiebre Amarilla”¹²³.

Las primeras noticias que se tienen del conocimiento de la teoría de Carlos Finlay, en Colombia refieren el año de 1887, más exactamente a mediados del mismo, cuando en la Revista Médica de Bogotá con fecha 20 de Junio, el Dr. Proto Gómez publicaba un trabajo denominado: “Los mosquitos y la Fiebre Amarilla”¹²⁴. En el artículo se describen las características y los comportamientos que identificaban el Culex mosquito, los experimentos realizados por Carlos Finlay donde se concluye que la Fiebre Amarilla tiene un límite para el desarrollo y transmisión según el ciclo de vida del mosquito “temperatura de 60 a 90 grados y una altura menor de 3 a 4000 pies”¹²⁵ y que el aguijón del Culex mosquito es el que cargaba los esporos de la enfermedad en el interior del mismo donde además se multiplicaban para ser descargados cuando picase y contagiase a la persona sana¹²⁶. En el texto se menciona que Finlay relata el desarrollo de inoculaciones practicadas en la Habana e indicaba que los resultados favorables se obtenían después de 22 días (período de incubación).

123 *Ibíd.* y QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op cit. p. 14.

124 GÓMEZ, Proto. Los mosquitos y la Fiebre Amarilla." Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Junio 20: Serie XI, No. 115.1887c. p. 653 – 659.

125 *Ibíd.*, p. 656.

126 El artículo en mención se denominaba: “Yellow Fever, its Transmisión by Jeans of Culex Mosquito” publicado en The American Journal of Medical Sciences, de Filadelfia y reproducido en el Tomo I de las Obras Completas de Carlos Finlay, ya citaas. En ese momento particular, el Dr. Carlos Finlay había descubierto esporos de hongos en los aguijones de los mosquitos y proponía que dichos hongos eran los responsables etiológicos de la enfermedad en la medida en que los mosquitos extraían éstos de los enfermos y los inoculaban en las personas sanas (QUEVEDO, Emilio. Et al. 2005. Op., cit. p.15).

Finalmente, se menciona que las conclusiones presentadas por Finlay eran: 1. Sin los mosquitos y algunos otros insectos que puedan llevar por medio de sus picaduras el contagio a las personas sanas no se produce la enfermedad, 2. La Fiebre Amarilla no se propaga si no existen los insectos y 3. Los mosquitos se consideran los agentes naturales de la transmisión de la enfermedad.

Sin embargo, este médico colombiano hace especial énfasis al declarar que solamente el médico cubano (Finlay) asume la responsabilidad de sus afirmaciones e invitaba a los médicos locales a observar las propuestas plasmadas en el artículo y relacionarlas con las condiciones locales que se presentaban donde reinaba la Fiebre, para dar informaciones a la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales con el fin de estudiar con entendimiento tales consideraciones.

Resulta interesante sugerir como en la primera ocasión que se menciona la teoría de Finlay, en Colombia, y se realiza en torno a la misma una publicación es manifiesta la desconfianza que frente a la misma se tenía. Otro elemento claro de apuntar es como en éste modelo teórico médico de la Fiebre Amarilla un desarrollo conceptual ó paradigmático, en éste caso el del vector no desplaza al otro, ya que si bien se consideraba el mosquito como el agente principal de la propagación de la enfermedad, el desarrollo bacteriológico cumplía su función en la medida que se identificaba que tal mosquito era el directo culpado de descargar los esporos de la Fiebre Amarilla.

Por otra parte, en el ámbito internacional, en el año de 1901 el General William Gorgas, cirujano del ejército norteamericano, teniendo en cuantas las teorías antes mencionadas, inició una campaña sanitaria donde combatía los mosquitos incluyendo los portadores de la malaria. Las medidas que se incluyeron en ésta eran “1. Una estricta vigilancia e inspección de todas las tomas de agua en las casas; 2. El desagüe de todos los charcos, albañales, etc.; 3. Rociar con parafina todos los lugares donde probablemente se criaran y reprodujeran los mosquitos, con objeto de matar las larvas; 4. Aislamiento de todos los pacientes de fiebre amarilla en chozas provistas de tela metálica”¹²⁷.

127 HAYWARD, J. Op. cit., p.159.

Tres años después Estados Unidos renueva la tentativa que habían abandonado los franceses en 1888, debido en gran medida a la pérdida de vidas humanas por la malaria y la fiebre amarilla, de construir el Canal de Panamá. En éste espacio Gorgas adoptó los mismos métodos que había aplicado en la Habana, agregando el uso de peces como método para erradicar los mosquitos que transmitían las citadas patologías y tal hallazgo se logró al identificar que en una de las islas de las Antillas, conocida en la época como Barbada, permanecía libre de paludismo gracias a que en sus aguas “pululaban pequeños peces llamados millones” que ingerían las larvas de los mosquitos¹²⁸.

No obstante, a pesar de los anteriores logros en la comprensión de la Fiebre Amarilla, a continuación se indicarán otros procesos investigativos que dan cuenta del proceso de construcción del conocimiento y la búsqueda por la apropiación del mismo, para entre otras cosas, emprender las actividades necesarias en el enfrentamiento de la misma.

1.7 EL TRABAJO DE FRANCO Y SUS COLABORADORES

Según Toro Villa¹²⁹ la Fiebre Amarilla apareció en Muzo por los años de 1885 año en que la epidemia de manifestaba en Honda, producida por la tropas militares que llegaban de la Costa; se consideraba ésta la trayectoria epidémica que había seguido la enfermedad para llegar a Muzo¹³⁰ camuflada en los soldados “que venían a las minas en busca de salario”.

En el año de 1907 se conoce en la historia de la medicina en Colombia, la aparición de una epidemia de Fiebre Amarilla, sin causa bien conocida que motivó el envío de una

128 *Ibíd.*, p. 160.

129 TORO VILLA, Gabriel. *Op. cit.* p. 125.

130 Muzo se encontraba situada a bastantes lenguas de Honda, quedando separada de ésta por varias montañas poco transitadas, cubiertas de selva virgen y cuya temperatura no descendía de los 25 grados. Toro Villa distingue que al estar allí la enfermedad, en una localización con muy poco movimiento y separada de toda la población, “hizo muchos estragos, hasta el punto que hubo veredas que desaparecieron por muerte o por fuga de sus habitantes aterrados con la mortandad” (*Ibíd.*). Desde éste acontecimiento se considerada allí estacionada la enfermedad, con sus períodos de calma y de recrudescencias que resultan comunes en las epidemias.

misión médica bajo la dirección de Roberto Franco¹³¹ con el fin de estudiar la naturaleza de la misma que para la fecha se consideraba muy controvertida, ya que éstos casos de la fiebre grave preocupaban al Sindicato Administrador de las Minas de Muzo. Éste, después de realizar una discusión con diferentes médicos de la región decidió encomendar a la misión médica, ya citada, la tarea de realizar un estudio epidemiológico sobre éstos acontecimientos¹³².

Emilio Quevedo destaca que Roberto Franco (1874 - 1958) se había graduado como médico en la Universidad Nacional en 1897. Luego de graduarse había viajado a Francia, en donde volvió a estudiar la carrera de Medicina en la Facultad de Medicina de París. Allí, asistió a la cátedra de parasitología que dictaba el profesor Raphael Blanchard, donde fecundó la idea acerca de la importancia de la parasitología y del laboratorio para comprender y diagnosticar mejor las enfermedades tropicales¹³³. Una vez terminados sus estudios básicos de medicina en la Facultad de París, en 1903, el doctor Franco había continuado estudiando durante un año más en el recién creado Instituto de Medicina Colonial (*Institute de Medicine Coloniale*). Una vez terminados sus estudios en Francia, Franco se había matriculado en la Escuela de Medicina Tropical de Londres, en donde realizó una corta pasantía. Después de completar este ciclo de estudios, Franco había regresado a Bogotá en 1904 y había creado la Cátedra de Medicina Tropical y el laboratorio de Bacteriología y Medicina Tropical en el Hospital San Juan de Dios.

Entre las actividades desarrolladas por la Misión médica se distingue su interés por investigar la naturaleza de las fiebres, determinar sus causas y recoger mosquitos y otros parásitos de la región, para proceder a su clasificación¹³⁴. Al partir para la mina los miembros de la Misión llevaban la idea de que reinaba allí el paludismo en grande escala,

131 Se conoce que la misión médica estaba compuesta por los médicos Roberto Franco, Jorge Martínez Santamaría y Gabriel Toro Villa. Éstos dos últimos eran discípulos del profesor Franco, quién se desempeñaba como docente de Clínica Tropical en la Facultad de Medicina.

132 PATIÑO CAMARGO, Luis. Notas sobre Fiebre Amarilla en Colombia. Bogotá: Editorial Cromos. 1936. p.13.

133 FRANCO, Roberto. Du Typhus Exanthématique. Notes sur quelques caso observés a Tunis. París: Henri Jouve. 1903. p.8.

134 FRANCO, Roberto. "Informe presentado al sindicato de Muzo por la misión encargada de estudiar la epidemia de fiebre observada en la mina en los meses de marzo y abril de 1907". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Año 28 (331). 1907. p.94 – 95.

pues esta había sido la primera opinión emitida en la Junta Médica del Sindicato, en la que se decidió la organización de la Misión. No obstante, en la medida que fueron asimilando los casos que se presentaban, sus dudas con respecto a la naturaleza palúdica de la enfermedad se fueron acrecentando hasta llegar a convencerse de que ninguno de sus enfermos estaba sufriendo de paludismo. Estudiaron clínicamente veintiún casos de fiebre practicando la observación microscópica de las sangre de todos los enfermos y en tres de ellos realizaron el estudio necrópsico macroscópico. Así mismo, adelantaron el estudio de los mosquitos de la zona y demás parásitos seleccionados. Los estudios microscópicos mostraron que en ninguna de las muestras de sangre de los casos estudiados estaba presente el hematozooario de Laveran, lo cual permitía descartar el paludismo como causa de la epidemia¹³⁵.

La Comisión permaneció en Muzo y en las minas de la región durante los meses de Abril, Mayo y Junio, rindiendo finalmente un informe donde el grupo de investigadores concluía lo siguiente:

1. La epidemia que estudiamos en las minas de Muzo en 1907 está compuesta por Fiebre Amarilla y Fiebre Espiroquetal, asociadas. Estas dos entidades existen en la región en estado endémico, y producen epidemias que son mantenidas y despertadas por la frecuente llegada de individuos receptivos de las tierras frías.
2. La Fiebre Amarilla tiene desde el punto de vista etiológico algunas particularidades:
 - a. es contraída en el bosque y no en la vecindad de las habitaciones
 - b. es transmitida por el *Estegomia Calopus*, y probablemente también por otros culícidos
 - c. Las inoculaciones se hacen durante las horas el día, que son las que los trabajadores pasan en donde predominan los mosquitos transmisores...

135 Franco estaba al día en los conocimientos sobre el paludismo: en sus notas de clase tomadas en 1902 en París, está explícita la clasificación de los hematozoarios, los distintos tipos de plasmodium, así como la clasificación de los mosquitos y el ciclo vital del plasmodium tanto en el hombre como en el mosquito. Franco, 1907. Op. cit., p.95 y FRANCO, Roberto. Notas de clase en París. Bogotá: Archivo del Centro de Historia de la Medicina. Universidad Nacional. 1902.

6. La Fiebre Espiroquetal de un solo acceso es muy difícil de distinguir de la Fiebre Amarilla, y hay muchos casos en que el diagnóstico clínico es imposible. Igual confusión es posible con algunas formas de paludismo

9. Son signos de pronóstico muy grave en la Fiebre Amarilla la aceleración del pulso en el segundo período, cuando baja la temperatura; la presencia y tenacidad del vómito, y la presencia en él de sangre (vómito negro); el hipo, la anuria, el delirio que acompaña el síndrome de ictericia grave¹³⁶.

En estas conclusiones se distinguen dos elementos que ubican a Franco y sus colaboradores en una posición contestataria con relación al conocimiento existente: 1) el origen y la existencia selvática de la enfermedad y, 2) la ausencia de *Aedes Aegypti* (aunque aparentemente encontraron otras especies de *Aedes* a las que le atribuyeron hipotéticamente su transmisión, como el *Aedes Calopus*). Y es que desde su primera aparición epidémica en Yucatán en 1648, la fiebre amarilla había sido considerada siempre como una enfermedad caracterizada por brotes de carácter urbano, una enfermedad epidémica de los grandes puertos marítimos, y desde el año 1900, la presencia de *Aedes Aegypti* en la zona afectada se consideraba condición necesaria para confirmar el diagnóstico de fiebre amarilla¹³⁷.

Según lo comenta Toro Villa quién perteneció a la Misión, los aportes de la misma correspondían en demostrar plenamente que “era verdadera Fiebre Amarilla, la que hacía estragos y que al lado de ella se encontraba la Fiebre Espiroquetal, descrita por primera vez en Colombia por Franco”¹³⁸. Se considera según éste mismo autor que bajo los hallazgos de ésta misión se iniciaron en la región muchos trabajos de profilaxis y saneamiento, “fundados en las últimas adquisiciones científicas” con resultados positivos en corto tiempo. Sin embargo, se destacaba que por el relajamiento de las medidas acordadas, las recrudescencias de la enfermedad no habían desaparecido en la zona.

136 PATIÑO CAMARGO, Luis. Op. cit., p.166.

137 QUEVEDO, Emilio. 2005. Op. cit., p. 14.

138 TORO VILLA, Gabriel. Op. cit., p. 125.

Es de reconocer que el microscopio jugó su papel diferenciador:* el análisis al microscopio de las muestras de sangre dejaba en claro que en Muzo no había paludismo (malaria) y que sólo cuatro casos se asociaban a la Fiebre Espiroquetal¹³⁹. El diagnóstico estaba claro para los miembros de la Misión: el mayor porcentaje de la epidemia correspondía a la Fiebre Amarilla¹⁴⁰. Lo curioso era que de los diez y siete enfermos observados como afectados de esta fiebre,¹⁴¹ nueve permanecían de día y de noche en el interior de la montaña, cuatro estaban solamente de día en los trabajos de los bosques y los cuatro restantes, sólo por corto tiempo y de un modo accidental, pasaban por estos lugares”¹⁴². Esta observación demostró pues que “la generalidad de las veces la infección es recibida en el bosque”¹⁴³ y no en la zona urbana. En esta medida se comprende la importancia que marcó su sentido de observación frente a la ciencia de su tiempo y el punto de partida para concebir la posibilidad de otra modalidad de Fiebre Amarilla.

De esta manera, los miembros de la misión llegaron a la conclusión que la epidemia era fundamentalmente de Fiebre Amarilla, pero que se trataba de una forma de fiebre amarilla no urbana sino de los bosques y que era transmitida por otros culicidios que picaban durante el día y no en la noche, cuando los trabajadores se dedicaban al trabajo en los mismos. Esta era pues, la primera mención a la posibilidad de la existencia de un tipo de fiebre amarilla de carácter selvático en ausencia de *Aedes Aegypti*¹⁴⁴.

* Vale la pena anotar que, en ese momento, el microscopio sólo se usaba con criterio microbiológico para observar las bacterias y parásitos en las muestras de sangre de los pacientes pero no como herramienta de análisis histopatológico, pues los estudios necrópsicos de los casos de fiebre amarilla, que en este trabajo son también claramente descritos, son de carácter macroscópico.

139 FRANCO, Roberto. 1907. Op cit., p.102.

140 *Ibid.*, p. 96.

141 Los otros cuatro de los veintiún mencionados tenían fiebre espiroquetal. En julio de 1910, Franco, Martínez y Toro, volvieron sobre el asunto. Durante las Sesiones Científicas del Centenario, organizadas por la Academia Nacional de Medicina entre el 26 de julio y el 2 de agosto de ese año, estos investigadores presentaron un trabajo titulado “Fiebre amarilla y fiebre espiroquetal, endemias y epidemias en Muzo, de 1907 a 1910”, en el cual volvieron a discutir, ya de una manera más técnica y dirigiéndose más directamente al cuerpo médico, el asunto de la fiebre amarilla selvática recopilando los hechos expuestos en el Informe al Sindicato de Mineros de Muzo, de 1907 (Franco et al., 1907. Op cit.,).

142 *Ibid.*, p. 97 y 98.

143 *Ibid.*, p.101.

144 QUEVEDO, Emilio. Et a. 2005. Op. cit., p.15.

Finalmente, una vez realizadas las recomendaciones sanitarias del caso para que el Sindicato de Muzo las pusiera en práctica para el control de la enfermedad, la Misión médica encabezada por Franco sintió que había terminado su cometido. La Fiebre Amarilla no era en ese momento una enfermedad que jugase un papel epidemiológico importante en Colombia y, en vista de que la epidemia de Muzo se auto- controló, el grupo abandonó el trabajo del tema, dedicándose al estudio de la uncinariasis o anemia tropical, y el descubrimiento de Franco y colaboradores quedó en el aire.

Tabla 1. Brotes catalogados como Fiebre Amarilla en Colombia antes de 1910

| Año | Territorio | Año | Territorio | Año | Territorio |
|------------|---------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|
| 1729 | Cartagena | 1870 | Espinal | 1885 | Guaduas |
| 1729 | Santamaría | 1871 | Barranquilla | 1885 | Muzo-Veredas |
| 1768 | San Luis de Senegal | 1872 | Espinal | 1886 | Cúcuta |
| 1830 | Ambalema | 1878 | Honda | 1886 | Cumaral-Meta |
| 1830 | Honda | 1879 | Guaduas | 1886 | Neiva |
| 1830 | Ambalema | 1879 | Espinal | 1887 | Neiva |
| 1857 | Honda | 1880 | Guaduas | 1888 | Honda |
| 1857 | Guaduas | 1880 | Espinal | 1888 | Ocaña-Sant |
| 1861 | Ambalema | 1880 | Carmen-Sant | 1889 | Barranquilla |
| 1864 | Honda | 1881 | Neiva | 1900 | Anapoima |
| 1865 | Ambalema | 1881 | Tolima | 1900 | Rioacha |
| 1865 | Girardot | 1883 | Cúcuta | 1900 | Neiva |
| 1865 | Peñaliza | 1884 | Tocaima | 1906 | Muzo |
| 1866 | Mompóx | 1885 | Honda | 1907 | Buenaventura |

Tomado de: GALVIS, Gast. 1982.

2. DE LA FIEBRE GRAVE DE GIRÓN A LA FIEBRE AMARILLA EN EL VALLE DE SOTO

... *“La ciencia no tiene porqué negar la existencia y la naturaleza de una epidemia, por insidiosa o benigna que ella se presente en una comarca; su deber es observarla, analizarla y discutirla con lógica y serenidad, aconsejando al mismo tiempo a las autoridades y a la sociedad todas las medidas higiénicas que sean convenientes para el bien general y el bien particular”.*

Dr. Andrés Gómez.

El origen de la presencia de la Fiebre Amarilla en el Valle de Soto no era claro para 1910 y al mismo proceso hacía referencia David D. Mac Cormick en el II Congreso de Medicina Nacional, que tuvo lugar en 1913 en la ciudad de Medellín*. En la publicación se sugería la inexistencia de brotes epidémicos de la citada entidad antes del período que nos ocupa y como soporte de ello, se indica que en las Crónicas de Bucaramanga, sólo se mencionaba, la existencia de una epidemia no febril, ictérica y de carácter benigno que tuvo lugar en los años de 1867 a 1868.

De las características de la misma, José Joaquín García, autor de las Crónicas, mencionaba el color amarillo que adquirían los enfermos a causa probable según el mismo de un derrame de bilis que les hacía permanecer de mal humor, desagrado mortificante y fastidio. De igual manera, se decía que la ropa tomaba el mismo color que cubría la piel de éstos, al igual que los ojos, órgano donde más se notaba la enfermedad y el desarrollo de la misma. García nos informa que la citada enfermedad de fiebre ictérica había existido antes pero sin propagarse ya que sólo se conocían de ésta, casos aislados

* David Mac Cormick era el delegado para Santander en dicho evento y por ello, participó con una conferencia titulada La Fiebre Amarilla en el Valle de Soto.

que recibían el nombre de ictericia y se curaban de diversas maneras, indicando también que tal epidemia no revestía un carácter mortal⁸⁹.

Con respecto a este contagio de ictericia no febril, se distingue que en 1867 la presencia de la enfermedad se presentó más fuerte en Bucaramanga, proporcionando en algunos casos la muerte; ocasionada según José García, por descuido del enfermo. Afirmaba que cuando ocurría de tal manera y los síntomas se prolongaban, éstos se caracterizaban porque el color de la piel del enfermo pasaba de amarillo claro a amarillo oscuro, hasta que el rostro se tornaba de un tono “renegrido o amoratado”, terminando en algunas ocasiones con extravasamiento de la sangre, que se manifestaba con la presencia de manchas por el cuerpo. Este mismo autor agrega que a esta enfermedad de tipo epidémico se conoció el nombre de “La Liga”, alejándose de la denominación inicial de ictericia.

El Dr. David Mac Cormick, sostiene que la epidemia antes descrita podía obedecer a “una ictericia epidémica, benigna, probablemente catarral, con algunos casos graves que se acompañaban con manchas de púrpura terminales”¹⁴⁵, reconociendo que esta alteración ictericia era muy diferente a la que tuvo lugar en el Valle de Soto dos años atrás de la publicación del citado artículo. Mas exactamente en el mes de Abril de 1910 en Girón y a principios de 1911 en Bucaramanga, para pasar simultáneamente por Florida, Rionegro y Piedecuesta. Unido a lo anterior, se señala que las anteriores poblaciones se hallaban ubicadas sobre el Río de Oro ó en algunos de sus afluentes y además se hallaban situadas a distancias muy cortas entre ellas; hecho, que les permitía mantener diversos tipos de relaciones, entre las que se resaltaban las de tipo comercial, de manera especial con Bucaramanga*; a tal punto que los habitantes pasaban el día ó la noche en un territorio y al siguiente día ó noche permanecían en otro lugar.

89 GARCIA, José Joaquín. Crónicas de Bucaramanga. Bogotá: Medardo Rivas 1896.

145 MAC CORMICK, David. Fiebre amarilla en el Valle del Soto. Segundo Congreso Médico de Colombia, Bogotá: Imprenta Salesiana. 1913. p.38.

* La situación de ésta en palabras de Mac. Cormick es la siguiente: “Bucaramanga está en el centro; a una legua al Sur, y a otra al Suroeste están Florida y Girón; a cuatro leguas al Sur y al Norte están respectivamente Piedecuesta y Rionegro, población esta última situada en una cañada cuyas aguas van también al Río de Oro. En todas ellas hay estegomias desde hace unos seis años aproximadamente.

La otra publicación que hace referencia a éste brote epidémico es publicada con el nombre de: “La fiebre de Bucaramanga en 1911” por el Dr. Andrés Gómez¹⁴⁶, en la Revista de Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá¹⁴⁷.

Este médico identificaba en los antecedentes de la misma, un evento ocurrido cuatro años previos a la epidemia en cuestión, donde había observado en los alrededores de Bucaramanga tres casos mortales de Fiebre Amarilla: en primer lugar, refería dos individuos que de Ocaña transitaban por el camino que del Playón conducía a Rionegro, donde los enfermos habían muerto; y el otro caso, presenciado en el barrio de las Piñitas de Bucaramanga, identificado como: Isaías Naranjo, quién había llegado de San Vicente de Chucurí, muriendo al tercer día de “vómito negro clásico”¹⁴⁸. Agregaba que en aquel tiempo, no se había propagado la epidemia por la intervención de la Policía y la Junta de Higiene, en cuanto a la desinfección de la casa y la inhumación del cadáver. Estas afirmaciones se pueden considerar como un aspecto central de nuestro estudio ya que de una manera clara éste médico sugiere que en dichos territorios, especialmente en San Vicente de Chucurí, la Fiebre Amarilla era endémica y se podía propagar en la ciudad de Bucaramanga.

Otro antecedente epidémico se precisa en el año de 1906 cuando los habitantes de la ciudad empezaron a identificar la presencia de un nuevo e incómodo huésped, un mosquito de trasegar diurno, desconocido a la fecha, con manchas blancas en el cuerpo y patas anilladas con colores blanco y negro, inquieto y “tenaz en el ataque y cuya picadura era dolorosa”¹⁴⁹, causaba malestar a los pobladores que realizaban tareas domesticas, en especial a quiénes trabajaban la costura o el tejido de sombreros. Es por ello, que en el año de 1908 el Dr. Pablo Villar dictó una conferencia sobre el mosquito propagador de las enfermedades, “y anunció que el nuevo huésped tenía las características del agente

146 Andrés Gómez reconocía al iniciar la publicación, que tiempo atrás de permanecer en el territorio de Santander, había observado en diferentes oportunidades casos de Fiebre Amarilla en el Tolima, más exactamente “durante la última sangrienta guerra que tanto desoló a Colombia; la mayor parte de los casos que atendí en Purificación, Natagaima, Chaparral y otras poblaciones fueron de intensidad media y nos arrebataron unos cuantos valerosos e interesantes compañeros” (GÓMEZ, Andrés. La Fiebre de Bucaramanga. Bogotá: Repertorio de Medicina y Cirugía. 1912. p.59). De esta manera, éste médico nos referencia su experiencia acerca de la Fiebre Amarilla antes de presenciar la misma en 1911 en Bucaramanga y sus alrededores.

147 GÓMEZ, Andrés. La Fiebre de Bucaramanga. Bogotá: Repertorio de Medicina y Cirugía. 1912. p. 59 – 69.

148 Ibíd.

149 Ibíd. p. 61.

inoculador de la Fiebre Amarilla, y que por lo tanto, debían tomarse las medidas que tendieran a impedir la propagación de tan terrible enemigo”, evento que aquejaba a la gran mayoría de los pobladores*. De ésta manera, es posible identificar que el Dr. Pablo Villar conocía la teoría médica de Carlos Finlay y de allí su preocupación por la presencia del mosquito en la región.

De igual manera, haciendo referencia al tema de los mosquitos en Bucaramanga, el Dr. Mac Cormick recordaba que a finales de 1906, algunos habitantes de la ciudad, notaron la presencia del nuevo mosquito, ya caracterizado. También reconocía que los médicos de la localidad identificaron en éste, el *Stegomya Fasciata*, dando lugar para que el Dr. Paulo E. Villar dictase una conferencia pública promovida por la Sociedad de Medicina, donde advertía el peligro y enseñaba a combatir el huésped maligno, que anunciaba de antemano la posibilidad de la presencia de la Fiebre Amarilla en la región. Con el paso de los días y con ellos, la invasión de los mosquitos a las regiones cercanas, la presencia de la enfermedad resultaba probable especialmente en aquellas regiones donde se podía albergar al nuevo visitante. Las características ya citadas, indicaban que los mosquitos presentes en Bucaramanga era el *Stegomya Fasciata*, y ello, se respaldaba en las publicaciones presentadas por Theobald** donde caracterizaba los mismos.

2.1 EL ORIGEN DE LA EPIDEMIA

En el mes de Abril de 1910 se presentaron numerosos casos de una enfermedad febril, que cedía a los tres días siguientes de la ingesta de purgantes que eran formulados por los médicos de la región. Pero el signo de alarma se concretó al evidenciar la muerte de dos enfermos que al ser visitados por dos médicos locales los consideraron en estado terminal y se les diagnosticó ictericia grave, correspondiendo con la observación del tinte amarillo que cubría totalmente el cuerpo de éstos. Después, se introdujo un período de calma al descender la intensidad de la enfermedad y el número de los atacados con la epidemia. Sin embargo, se distingue que no se presenció una ausencia total de los casos,

* Es una lástima no contar con el documento original de ésta conferencia a pesar de indagar en diferentes publicaciones de éste período.

** Theobald, asignaba al *Stegomyas Fasciata* las características que Mac Cormick identificó en los mosquitos presentes en la ciudad.

ya que el Dr. Gregorio Consuegra asistió varios enfermos en Girón, en los que se apreciaba “fiebre repentina y alta, con estado saburral de las vías digestivas, sin ictericia y que mejoraban con la toma de los purgantes”¹⁵⁰, éste médico considero, según Mac Cormick, que se trataba de fiebre efímera*.

En el mes de Septiembre del mismo año se contemplaron de acuerdo con las tradiciones de la región, las romerías al Señor de los Milagros. Muchos habitantes de las cercanías de Girón y aún de poblaciones lejanas contrajeron la citada epidemia, volviendo a sus casas infectados y algunos de ellos, muriendo en sus habitaciones, mientras que otros fallecían en los caminos**. Con tal evento, se habló nuevamente de la fiebre grave de Girón; pero los atacados con ella, adoptaron por su cuenta el tratamiento ya conocido en los primeros enfermos, sin buscar la orientación de los médicos de las localidades; es más, Mac Cormick es enfático al afirmar acerca de la “errada tenacidad de creer inverosímil la presentación de la Fiebre Amarilla entre nosotros, aunque algunos que la habían pasado en otras partes la nombraban, nadie pensó seriamente que era esa entidad la que teníamos delante”¹⁵¹.

Frente a esta fiebre en la población de Girón, el Dr. Andrés Gómez la asemejaba a una “fiebre epidémica con vómito de sangre” que según el mismo, fue considerada por los colegas que la trataron como una forma gástrica de paludismo hemorrágico. De igual manera, comentaba la solicitud emprendida por la Junta de Higiene para realizar en conjunto, un “estudio clínico y bacteriológico” completo de la citada epidemia, pero reconoce que cuando llegó del campo, la Gobernación le informó el cese epidémico de la fiebre grave en Girón¹⁵².

150 MAC. CORMICK, David. 1913. Op cit., p.139.

*Mac Cormick señalaba que éste tipo de fiebre era considerada por algunos médicos, entre los que cita a Hericourt, como un tipo de Fiebre Amarilla atenuada. El diagnóstico al que hizo referencia el Dr. Consuegra fue compartido por los doctores Sánchez y Pérez que observaron casos similares en la región y contemplaron la misma determinación.

**Es de aclarar que no todos los infectados murieron. Mac Cormick recuerda haber diagnosticado un enfermo de apellido Valdivieso, quién al sentir los síntomas de la fiebre decidió desplazarse para Bucaramanga, a caballo, y en el camino fue encontrado por un pariente suyo, sin tener conciencia de lo ocurrido. Según el Dr., fue éste un caso de fiebre benigna, sin vómitos y con ausencia de signos alarmantes.

151 *Ibíd.*, p.139 -140.

152 GÓMEZ, Andrés. Op. cit., p.60.

Este mismo médico indicaba que desde el mes de Febrero de 1911, habían observado con los Dres. Mac Cormick y Gregorio Consuegra*, algunos casos de una fiebre sospechosa de tres o cuatro días con cefalalgia, vómitos biliosos, albuminuria y sub - ictericia o ictericia típica; y unido a ello, eran conocedores del caso de dos individuos que habían muerto cerca de la Plaza de Mercado, vomitando sangre; la Junta de Higiene resolvió informar al Gobierno para que tomasen las medidas preventivas que fuesen necesarias, ya que la población se encontraba en peligro de una epidemia que se originaba con carácter benigno, pero que de igual manera, se ignoraba las proporciones que pudiese tomar.

La respuesta del Gobierno fue acertada ya que actuó rápidamente en “una localidad donde todavía no existe ni la higiene pública ni la privada en muchos hogares particulares, y donde todavía no se ha puesto en vigor el “Proyecto de Acuerdo sobre Aseo e Higiene de la ciudad” que a la fecha ya se había aprobado”¹⁵³.

Pocos meses después, más exactamente el primero de mayo de 1911, el Doctor Julio Vanegas, conocedor de la Fiebre Amarilla**, anunció a los médicos locales la presencia de un caso típico en un barrio de la ciudad de Bucaramanga; ante dicha eventualidad acudieron los miembros de la Junta Asesora de Higiene y otros médicos de la ciudad, con el interés de investigarlo. Encontraron un enfermo cercano a la muerte, con la piel completamente amarilla, de lengua seca, con presencia de fuliginosidades sanguinolentas en las encías, sin fiebre, con orina escasa, albuminosa y muy oscura; se encontraba en el doceavo día de la enfermedad y al día siguiente murió. Mac Cormick señalaba la inexistencia de vómitos para su examen pero agregaba, que por sus antecedentes palúdicos el diagnóstico del mismo quedó confuso¹⁵⁴. Este se puede considerar el punto

* Miembros de la Junta de Higiene.

153 Este proyecto había sido aprobado por la Corporación Municipal, cuando este mismo médico lo había lazado en calidad política de concejal en el año de 1911. De igual manera, esta referencia nos indica el estado higiénico de la ciudad y los pobladores, en el período de interés. *Ibíd.*, p.61.

** Julio Vanegas había ejercido su profesión en la ciudad de Cúcuta y Maracaibo, donde la presencia de la Fiebre Amarilla se había hecho notable.

154 Por su parte, el Dr. Andrés Gómez indicaba que con éste caso se presentó la gran divergencia de opiniones entre las que se encontraban: Fiebre Amarilla, ictericia grave, paludismo bilioso, fiebre hemoglobinúrica, envenenamiento por el fósforo ó el arsénico y hasta de una picadura de serpiente no sentida por la víctima pero agregaba, “cuyo punto de inoculación no pudimos encontrar”

de partida del diagnóstico de Fiebre Amarilla en la región ya que despertó la atención en los médicos locales acerca de la enfermedad y con la puesta en marcha de nuevos análisis y estudios de otros casos que se presentaron en los días siguientes, se decidieron afirmativamente en el diagnóstico propuesto por el Dr. Vanegas.

Identificaron que en el caso aludido anteriormente, el enfermo se encontraba en la ciudad de Bucaramanga, se sospechó que la enfermedad se había contraído en el mismo lugar, aunque recordaron los casos de ictericias graves presenciados en Girón, pero ello se mantuvo en expectativa y se dedicaron a examinar los enfermos que resultaban sospechosos de haberse contagiado, el fenómeno no dio espera, “no tardamos en ver numerosos casos que se presentaron en toda la población: hubo días de contar hasta cien casos nuevos, la mayor parte benignos”¹⁵⁵.

Se procedió a investigar el contagio y aplicando las teorías médicas de la época decidieron realizar autopsias en los cuerpos sospechosos; desde aquel momento se reconoce que los médicos de la localidad observaban la enfermedad en vivo y en el cadáver, lo que les permitía confirmar el diagnóstico de Fiebre Amarilla y defenderlo de manera terminante*, a pesar de ser conscientes de las implicaciones que éste acarrea. Razón por la cuál, muchos pobladores sentían amenazados sus intereses económicos, especialmente por el desarrollo de la actividad comercial; decidiendo entonces, luchar en contra del diagnóstico y probablemente en contra de los médicos que mantenían tal dictamen.

Seguida de una epidemia de Róseola, en los primeros meses de 1911 se propagó rápidamente, “a casi todos los barrios de la ciudad”¹⁵⁶ (), la Fiebre Amarilla, que según éste medico muchos no habían querido aceptar particularmente por dos razones:

(GÓMEZ, Andrés. Op Cit. p.60). En la historia del paciente se declaraba que él, había participado de las funciones de Semana Santa, y se había ausentado de la ciudad el lunes de Pascua, para caer en cama al día siguiente cuando le habían traído en camilla de un paraje lejano, con los mismos síntomas ya indicados.

155 MAC. CORMICK, David. Op. Cit. p.140.

* Un apunte descrito por Mac Cormick hace referencia a la no infección de él y el Dr. Consuegra siendo los mismos los que atendían una gran cantidad de éstos enfermos de Fiebre Amarilla ya que en las habitaciones en las que permanecían se encontraban protegidas con mallas de alambre.

156 GOMEZ, Andrés. Op cit., p.62.

1. Algunos “doctos, profanos y órganos de la prensa local” negaban la existencia de Fiebre Amarilla en Bucaramanga, porque los enfermos ni se veían, ni se morían, ni aún se presentaban las pruebas para aceptar el diagnóstico. “Como si la cuestiones científicas fueran asuntos momentáneos de relumbrón, de charla y de alarma, y no de estudio y observación, de análisis y experimentación, para que ellas reciban en la inteligencia el sello del facultativo, el sello de la veracidad, de la evidencia”¹⁵⁷. Este médico afirmaba que si no se veían los enfermos era porque éstos permanecían en sus casas, en el Hospital creado para tal objetivo, otros se ocultaban por temor a hospitalizarse y también, porque algunos confundían esta enfermedad con otras epidemias¹⁵⁸.

2. La mayoría de los casos observados eran de carácter benigno, ya que el avance de la epidemia presentaba en todos los aspectos, la forma abortiva, frustra o incompleta hasta la fulminante y fatal, que en cifras era bastante casual, con ello, se pensaba que la forma abortiva con sus diferentes variedades era la más frecuente. En cuanto a este referente, de la mortalidad epidémica, el Dr. Andrés Gómez recordaba que ésta no era semejante en todos los lugares donde irrumpiese la epidemia, ni aún eran similares las cifras donde ella se consideraba endémica y por diferentes motivos se revertía a epidémica. Por esto, aludía

*“exigir de una epidemia que para poder creer en ella tiene forzosamente, que presentarse con la misma mortalidad que tuvo en otras partes, con idéntico cuadro clínico y anatomopatológico en todas y cada uno de los atacados es como exigirles a todos los anglosajones la perfección estética del Apolo de Belvedere para poder aceptar que ellos pertenecen a la raza blanca; o pedirles también a nuestros mármoles que para estimarlos como tales, deben tener todos indefectiblemente la blancura nívea de los del célebre Pentélico! Precisamente lo que más se observa en la naturaleza y en la vida es la infinita variedad en los seres, en las cosas y en los fenómenos!”*¹⁵⁹.

157 *Ibíd.*, p.61.

158 *Ibíd.*, p. 66.

159 *Ibíd.*, p.67.

Sin embargo, éste médico era enfático al destacar la inexistencia de una relación constante entre la intensidad de una epidemia y las condiciones sanitarias de la localidad invadida, ya que se apreciaban niveles muy altos de mortalidad en ciudades aseadas, pero sin desconocer tampoco “los triunfos adquiridos por la Higiene y los descubrimientos científicos”¹⁶⁰.

Una de las razones que comunicaban tanto médicos como aquellos dedicados a otras labores, en contra del diagnóstico de Fiebre Amarilla en la región, radicaba como ya se indicó, en la relativa benignidad de la epidemia. En comentarios de la época el argumento se recoge de la siguiente manera: “hemos visto en la Costa, en Maracaibo, etc., la Fiebre Amarilla y es tan grave, que apenas se salva el diez por ciento de los atacados”. Para Mac Cormick se constituía éste en un grave error que debía ser perdonado en los profanos pero no en los profesionales ya que se recordaba la existencia de muchas publicaciones en las cuales se probaban, después de largos y concienzudos estudios realizados en los lugares amarillógenos y en otros, que la enfermedad invadía algunas regiones en formas muy benignas y que en los mismos focos endémicos, al lado de las formas francas, se manifiesta en otras tan embozadas, que se confundían con otras entidades como la fiebre catarral, la efímera, la de aclimatación, la inflamatoria, etc.¹⁶¹. Añadiendo que estas formas a pesar de ser atenuadas conferían inmunidad aún para las formas más graves de vómito negro.

De esta manera, se puede apreciar además de los argumentos en contra del diagnóstico de Fiebre Amarilla, la respuesta y justificación que frente a los mismos, presentaban los médicos que consideraban claro y oportuno, el diagnóstico de la enfermedad en la región. Del mismo modo se observa que en sus publicaciones acerca del dictamen, se recurría a las publicaciones científicas internacionales que afirmaban y argumentaban la posibilidad del diagnóstico de Fiebre Amarilla en forma benigna.

Como población de alto riesgo a contraer la epidemia, se señalaba a “las gentes del pueblo, pobres, mal alimentadas, mal abrigadas, y, sobre todo, que abrazan de la bebida popular llamada guarapo”, indicando que éstos eran los que mayor tributo pagaban con

160 *Ibid.*

161 MAC. CORMICK, David. 1913. *Op cot.*, p.147.

sus vidas, como ocurría en todos los brotes epidémicos¹⁶². Asimismo, se incluía entre la población más afectada a los “vivanderos, agricultores y comerciantes que pernoctaban en la ciudad sin ninguna precaución y salían contaminados”; muchos de éstos resistían la fiebre en sus hogares ó encontraban la muerte con vómito negro en territorios distantes. De igual manera, se indicaba en el periódico “La Unión obrera”¹⁶³ que “a pesar de las rogativas, la Fiebre Amarilla seguía su curso natural; pero en su mayoría se apreciaba la muerte de gentes pobres que no podían cuidarse”.

En éste periódico, que a la fecha se reconocía a sí mismo como un órgano de la clase obrera, se relacionaba un evento de saneamiento donde se distingue la confrontación de intereses que se daban con la puesta en marcha de las medidas sanitarias en este primer momento epidémico; las medidas sanitarias de una enfermedad como la Fiebre Amarilla involucraba de manera directa la población ya que las viviendas debían ser revisadas en su totalidad, la presencia de los enfermos en las habitaciones recibían otros tratamientos y en los casos de resistencia se asignaban los recursos legales para dar cumplimiento a las mismas. Sin embargo, el caso que nos ilustra a continuación nos sugiere como algunos seres escapaban al margen de la legalidad y en éste caso del cumplimiento de las medidas sanitarias.

El artículo se denominaba: “mal que no tiene cura”¹⁶⁴, en éste se indicaba que ante el acuerdo realizado por el Consejo Municipal de Girón referente a la puesta en marcha de una medida higiénica, con el fin de “preservar a los habitantes de los estragos que viene haciendo la fiebre benigna” se impedía la tradición de sepultar los cadáveres en el cementerio central “situado en condiciones nada higiénicas”. Esta disposición respondía también con la existencia de otro cementerio que existía en la población de Girón, caracterizado por estar ubicado a una distancia considerable del poblado y con una “extensión suficiente”; esta medida se identificaba en el comunicado periodístico como saludable, “en momentos en que la epidemia se lleva por delante tantas víctimas”. Sin embargo, la misma no se podía llevar a cabo porque el “Sr. Cura, que tan positivos recuerdos dejó en Piedecuesta” había recibido una bonificación especial, “además de los

162 GÓMEZ, Andrés. Op. cit., p.63.

163 La unión obrera: Periódico Socialista. Julio 08 de 1911.

164 ANONIMO. “Mal que no tiene cura”. La Unión Obrera, Periódico eleccionario: Órgano de los intereses generales de la clase obrera. Bucaramanga: Marzo 18 de 1911. No. 7.

derechos ordinarios de enterramiento” con el fin de sepultar los cadáveres en el cementerio central de Girón.

La bonificación que recibió el siervo de Dios no generó pérdidas ya que se mencionaba que éste, “contra viento y marea y por encima de los dispuesto en el Consejo Municipal” practicaba los actos religiosos en el cementerio central, “arriesgando la salud de los feligreses”.

2.2 LA EXTENSIÓN DE LA EPIDEMIA

La epidemia de Fiebre Amarilla que azotaba en 1911 la ciudad de Bucaramanga se extendía a los municipios de Rionegro, Florida y Piedecuesta “causando gran alarma”¹⁶⁵; se consideraba de carácter urgente atender con procedimientos médicos adecuados, la epidemia en los municipios citados, en base a lo cual, se dictaban varias disposiciones y se hacían otros nombramientos de médicos oficiales para atender la propagación de la misma¹⁶⁶.

Entre las nuevas disposiciones se destacaba la de nombrar dos médicos encargados de reconocer los casos dudosos de Fiebre Amarilla que se presentasen en la ciudad y en los municipios vecinos de Rionegro, Florida y Piedecuesta, asimismo debían atender los “enfermos pobres” que se fueran hospitalizando en Bucaramanga. Estos médicos debían actuar de acuerdo con las prescripciones de la Oficina de Sanidad además de presentar a la misma, informes detallados sobre el curso que seguía la epidemia. El nombramiento para dicho cargos se decretó a los doctores Julio Vanegas y Gregorio Consuegra con una asignación mensual de ochenta pesos mensuales que se cancelarían con el fondo destinado para el saneamiento de la ciudad de Bucaramanga.

165 Gaceta de Santander. Miércoles 14 de junio de 1911. No. 4012. Pág. 307. El Dr. Andrés Gómez distingue que en las zonas a donde se propagó existía el mosquito inoculador y unido a ello, se apreciaban medios favorables para su conservación y propagación, agregando que le resultaba probable que éstos fuesen llevados a dichos territorios por las corrientes de aire que “soplaban” en dirección Norte – Sur (GÓMEZ, Andrés. Op. cit., p. 63.

166 Decreto 167 de 1911. Junio 03 de 1911.

Con la propagación de la epidemia el trabajo de los agentes de salud aumentaba; especialmente, el de aquellos que desarrollaban una tarea asistencial, ya que con el brote sus trabajos se incrementaban¹⁶⁷, mientras su remuneración económica se percibía insignificante y por con tal argumento, se autorizaba a la Oficina Departamental aumentar los sueldos de los empleados subalternos¹⁶⁸. Esta última era la encargada de elegir los empleados que necesitaran un sobresueldo ya que el mismo estaba decretado en nueve pesos mensuales.

A continuación en la Tabla 2 se ubican en sentido horizontal los territorios afectados por la presencia de la Fiebre Amarilla, seguidamente se relacionan unos datos correspondientes al período, en los que se incluye: nivel del mar, temperatura, número de habitantes. Cada población se divide en urbana y rural para identificar con ello, la preponderancia de la una y la otra añadiendo a ellos, la morbilidad de cada grupo. Finalmente, se relacionan los porcentajes de letalidad que se alcanzaron con la presencia de la Fiebre Amarilla en la región*.

Tabla.2 Fiebre Amarilla en el Valle de Soto

| Pueblos | Nivel mar | Temp. | Habitan. | Pob. Urbana | Morb. Urbana | Pob. Rural | Morb. Rural | Letalid. | Letali % |
|----------------|----------------------|--------------|-----------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| Bucara | 925 | 22 | 18827 | 10354 | 2071 | 8473 | 169 | 69 | 3,08 |
| Florida | 873 | 22 | 4413 | 1408 | 704 | 3005 | 60 | 91 | 11,09 |
| Girón | 563 | 24 | 5898 | 1338 | 669 | 4560 | 91 | 33 | 4,34 |
| Piedec | 1009 | 22 | 7849 | 3240 | 1080 | 4609 | 92 | 117 | 10,00 |
| Rionegr | 967 | 22 | 14360 | 1422 | 474 | 13154 | 263 | 31 | 4,02 |

167 Gaceta de Santander. Miércoles 14 de junio de 1911. No. 4012. Pág. 308.

168 Decreto 167 de 1911. Junio 03 de 1911.

* Esta estadística es tomada del trabajo ya citado del Dr. David Mac Cormick y presentado en el II Congreso Nacional de Medicina. Es probable que con la creación del Hospital para la atención especial para éstos enfermos se llevase a cabo un registro completo de los casos atendidos. Es de reconocer que a pesar de la búsqueda de éstos casos no ha sido posible encontrar el registro de los mismos ni en las instituciones locales ni en las nacionales. Sin embargo, ésta estadística confirma las publicaciones y apreciaciones a que da lugar la presente pesquisa y en esa medida se considera relevante su presentación.

En esta relación se aprecia en cuanto a la temperatura que todas las poblaciones afectadas por la Fiebre Amarilla se encontraban en el rango promedio de los 22 grados centígrados a 24. En cuanto al número de habitantes (Figura 2) se identifica que Bucaramanga mantenía la cantidad mayor de habitantes, seguida de Rionegro, Piedecuesta, Girón y finalmente, Florida. Correlacionando el aspecto rural y urbano (Figura 3) se aprecia que en Bucaramanga más de la mitad de estos pobladores eran urbanos (serie 2), siendo éste un caso excepcional de las poblaciones afectadas, ya que el resto mantenía en sus límites una mayor cantidad de pobladores rurales (Figura 3, serie 3).

Figura 2. Distribución de habitantes por territorio afectado.

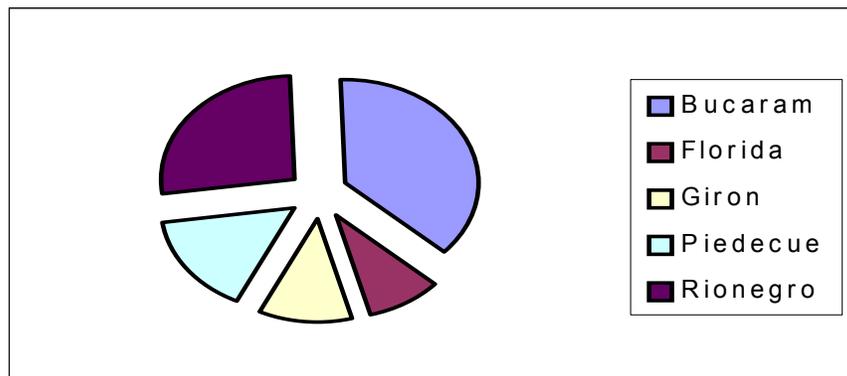
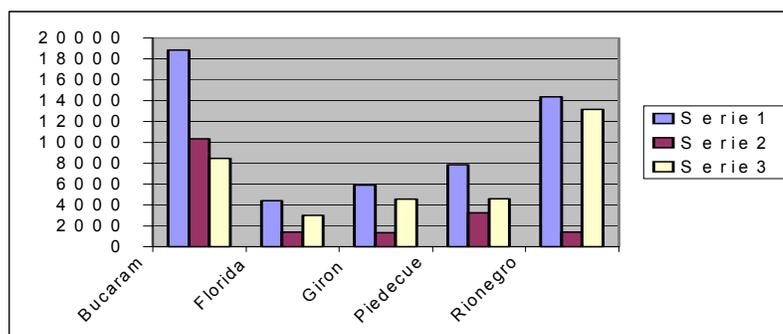


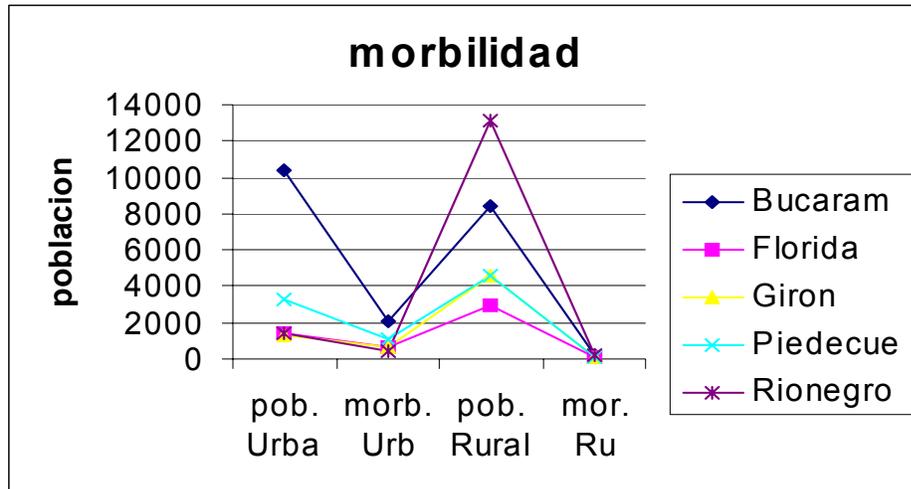
Figura 3. Distribución rural/urbano por territorio



En la siguiente gráfica (Figura 4) se refieren los índices de morbilidad que presentó cada población, mostrando aparte la población urbana y la rural; de esta manera se aprecia el predominio urbano que caracterizó la epidemia ya que se relaciona que los habitantes rurales que enfermaron fueron contagiados en los poblados. Finalmente, (Figura 5) se

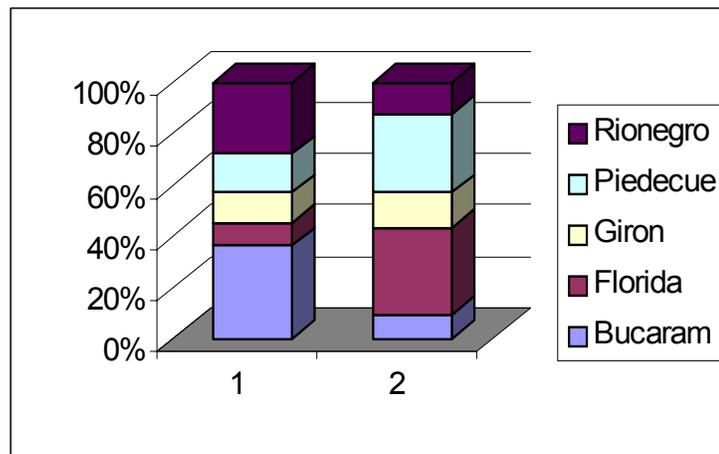
presenta el porcentaje de la letalidad en comparación con la cantidad de habitantes que albergaba cada territorio apreciando los porcentajes más altos en Piedecuesta y Florida respectivamente.

Figura 4. Morbilidad de la Fiebre Amarilla por territorio afectado



Como se puede observar en la misma gráfica (Figura 5) la primera columna referencia el número de habitantes que corresponde a cada territorio y relacionado con ello, en la segunda columna se asigna el porcentaje de letalidad que padeció cada población de acuerdo a los índices de morbilidad.

Figura 5. Letalidad de Fiebre Amarilla por población



Sin embargo, se observa que los índices de morbilidad al ser relacionados con las poblaciones (urbana y rural) exhiben la caracterización urbana que mantuvo la epidemia. De igual modo, aunque no se desconocen los casos los casos rurales que padecieron la epidemia sí se distingue un mayor registro de los casos urbanos y además, en los estudios de la época, se mencionaba el padecimiento en pobladores rurales con contagio en los poblados, sustentando la caracterización urbana del brote. En cuanto a los índices de letalidad y su relación con el número de pobladores se aprecian los niveles más altos en Piedecuesta y Rionegro, pero de manera generalizada se comprueba el carácter benigno que manifestó la misma en la región, siendo éste como ya se indicó, uno de los argumentos más solicitado en contra del diagnóstico de la Fiebre Amarilla en el Valle de Soto.

2.3 LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA PERSISTE EN PIEDECUESTA

Con el paso de la Fiebre Amarilla a otros municipios en los que se incluye Piedecuesta, es de apuntar que en éste territorio la epidemia se tornaba persistente y por ello, resultaba necesario realizar un nombramiento para un médico de sanidad encargado de atender a los *enfermos pobres contagiados* y quién además, comunicaría las medidas higiénicas que considerasen necesarias para el saneamiento del citado municipio, igualmente, debía rendir informes semanales a la Oficina de Sanidad de Bucaramanga. El desarrollo de su gestión debía permanecer acorde con las disposiciones dispuestas por la misma. El nombramiento fue dado al médico Francisco Sórzano.

En la ciudad de Piedecuesta se había constituido una Junta de vecinos¹⁶⁹ para concertar lo relativo al establecimiento de una Junta de Sanidad la cual debía recibir las autorizaciones e instrucciones correspondientes para la instauración de la misma, conjuntamente debían mencionar la urgente necesidad de instaurar un establecimiento u Hospital de Sanidad en la referida población para el tratamiento y la curación de los enfermos pobres con Fiebre Amarilla.

169 Gaceta de Santander. Martes 18 de julio de 1911. No. 4019.

La Gobernación Departamental le dio el reconocimiento a la Junta de Sanidad existente¹⁷⁰, la cual, a la fecha se constituía por los señores prefectos de la provincia, el alcalde municipal, el presidente del Consejo Municipal, el médico de sanidad y los vecinos los señores: Luís J. Serrano y Eladio Díaz G; ésta misma estaba autorizada para acordar el permiso concerniente a la instauración del hospital ya citado. Esta Junta nombraría un Sindico Tesorero para la administración del Hospital que podía ser un individuo que formase parte de la misma u otro que estuviese fuera de ella, el cuál debía asegurar el manejo del dinero con sus fianzas personales.

El Hospital de Piedecuesta estaría auxiliado por una suma de 50 pesos mensuales, que se pagarían de las cantidades que se recaudasen en Bucaramanga para atender á la extinción de la Fiebre Amarilla y estaría dado por el Sindico Tesorero de la ciudad. En Piedecuesta, el médico nombrado para el enfrentamiento de la epidemia había renunciado (Francisco Sórzano) *, y por ello, se nombraba al doctor Eulogio Uscátegui para tal cargo.

En este mismo mes de Agosto la dinámica de la Oficina de Sanidad en lo referente a la situación epidémica de Piedecuesta respondía con el nombramiento urgente de un médico que colaborara con el ya escogido en Piedecuesta, para que emprendiesen el saneamiento de la citada ciudad¹⁷¹. Asimismo, los recursos con que se contaban para la extinción de la epidemia no permitían el envío a dicha ciudad de otro médico con carácter permanente. Por ello, se le asignó al médico de sanidad doctor Julio Vanegas la obligación de trasladarse a Piedecuesta a lo menos una vez por semana para resolver allí las consultas que en materia de sanidad se presentasen y también para que ordenase las recomendaciones que el curso de la fiebre fuese haciendo necesarias. La suma asignada para ello fue de cuarenta pesos mensuales pagaderos por la Oficina de Sanidad, para los gastos de viaje, mientras las circunstancias epidémicas de la Fiebre Amarilla tornasen necesaria la prestación del servicio.

170 Decreto No. 215 de 1911. (7 de julio de 1911).

* Es de reconocer que se desconocen los motivos que albergó éste médico para renunciar al nombramiento

171 Gaceta de Santander. Viernes 1 de septiembre de 1911. No. 4027.

De la misma manera el Dr. Andrés Gómez reconocía las proporciones que en Piedecuesta había tomado el brote, considerándolo como alarmante, y afirmando la existencia de días con más de sesenta casos reportados e incluidos en ellos, una tasa considerable de mortalidad, que en muchos casos fue asistida entre otros, por los Dres. Sórzano, Uscátegui y Vanegas.

Para el año siguiente de 1912 aún los médicos no apreciaban causas convincentes para explicar la persistencia del brote epidémico en la región, pero se destacaba en la publicación el Dr. Andrés Gómez, que en ésta, se apreciaban variaciones notables de temperatura, se diagnosticaba con frecuencia la Fiebre Tifoidea y el Dr. Sórzano aseguraba “haber observado indiscutiblemente la Fiebre Espiroquetal”¹⁷².

Los periódicos locales no permanecieron ajenos a ésta dinámica y a manera de ejemplo se cita: *“terrible flagelo se ha presentado de Fiebre Amarilla en Piedecuesta. Muchísimos lugares están de luto, entre ellos, el de la familia Rey con tres defunciones seguidas, y el de nuestro personal amigo D. Luís F. Mantilla, sinceramente acompañamos en su desgracia a los afligidos Piedecuestanos”*¹⁷³.

De esta manera se concreta la posibilidad de la agudización del brote epidémico de Fiebre Amarilla en Piedecuesta y unido a ello, se relacionan las respuestas que desde el Estado recibió el brote epidémico.

2.4 LAS INSTITUCIONES

2.4.1 La Junta Departamental de Higiene La Junta Departamental de Higiene era la institución encargada de proponer las reglamentaciones en lo concerniente a los asuntos que revestían una naturaleza higiénica y que resultaban necesarias para el mejoramiento del estado de salud de los individuos presente en el territorio de su cobertura. Su actuar en los procesos epidémicos era relevante, ya que durante los mismos se constituía en el órgano encargado de postular las medidas necesarias que el gobierno debía emprender para el enfrentamiento de la misma en los diferentes territorios. A continuación, se

172 GÓMEZ, Andrés. Op cit., p. 64.

173 ANONIMO. La Unión Obrera. No. 20 de 1911.

destaca una problemática que se alberga en el seno de la historia de la medicina en Colombia y que como se demuestra, sobrevivía aún a principios del siglo XX causando la inconformidad de los médicos titulados que cumplían con los requisitos ordenados por los organismos de control de la practica médica y aquellos que no.

Para el año de 1910 la Junta Departamental de Higiene estaba compuesta por los doctores David D. Mac Cormick, Andrés Gómez y Gregorio Consuegra y estaba reglamentada desde el 14 de Abril del mismo año. Para el mes de octubre los integrantes de esta Junta presentaban una observación a la Prefectura Departamental ya que en el desarrollo de la practica médica en el Departamento no se cumplía con los requerimientos que el Decreto número 592 de 1905 consagraba acerca del desarrollo de la profesión de medicina ya que la misma no era debidamente ejecutada en esta ciudad¹⁷⁴ y en las poblaciones circunvecinas, y que en contravención con las disposiciones establecidas ejercían en dicho territorio libremente la profesión de medicina los señores: Pedro Ardila, Antonio de Pastrana, David Villamizar y Gertrudis Otero. Por ello, se solicitaba al señor prefecto para que realizara las disposiciones en lo concerniente al estricto cumplimiento en la provincia el dicho decreto reglamentario. Esta era un problemática que se encuentra presente en nuestro territorio desde la época colonial.

2.4.2 La Oficina de Sanidad durante el primer brote de Fiebre Amarilla en Bucaramanga El primer brote epidémico que se conoce en la historia del Departamento de Santander, se ubica en 1911. Por tal motivo, el Gobierno Departamental creaba la Oficina de Sanidad¹⁷⁵, como repuesta al mismo y más específicamente a los informes presentados por los médicos de la ciudad, que enfrentaban la epidemia reinante de Fiebre Amarilla¹⁷⁶ y la sugerencia propuesta por éstos, encaminada a realizar un inmediato saneamiento en la ciudad de Bucaramanga, donde la epidemia se encontraba presente.

Esta institución estaría encargada de dictar y poner en práctica todas las medidas que se considerasen necesarias para obtener el saneamiento de la región, su actuar estaría reglamentado por las instrucciones propuestas por la Junta Departamental de Higiene y

174 Gaceta de Santander. No. 3967. Jueves 20 de octubre de 1910. Págs. 261-263.

175 Decreto 143. (10 de mayo de 1911).

176 Gaceta de Santander. No. 4006. 22 de mayo de 1911. Pág. 261.

los mandatos que la misma dictaminase; ya que estos, se consideraban de obligatorio cumplimiento por parte de la Oficina de Sanidad.

Del mismo modo, se ordenaba a las autoridades de Policía prestar un apoyo inmediato y eficaz, para dar cumplimiento a las órdenes emanadas por la Oficina de Sanidad; se reconocía que los empleados de la misma, en el ejercicio de sus funciones, tendrían un libre acceso á todas las habitaciones, predios urbanos y rurales, vecinos a la ciudad de Bucaramanga, con el objeto de cerciorarse acerca de las existencia ó no, de los diversos focos de infección y del cumplimiento de las medidas sanitarias que dictase la Oficina. En caso de que se presentasen contravenciones a las disposiciones y ordenes establecidas, éstas serían castigadas con arresto (cuando los asuntos de la salud se convierten en ley) y multas que la institución impondría de acuerdo con las prescripciones legales y las ordenanzas sobre Policía. En esta medida se puede apreciar la correspondencia que existía en la ley y los castigos frente a los comportamientos que se consideraban peligrosos para el mantenimiento tanto de la salud privada como la pública.

Esta Oficina debía rendir cada quince días un informe detallado á la Gobernación del Departamento sobre los procesos acordados, el desarrollo de los mismos y los resultados obtenidos. La Oficina de Sanidad estaría conformada por el Alcalde de la ciudad, un médico específico para el enfrentamiento de la epidemia¹⁷⁷, el médico legista, el médico jefe de la Junta General de Higiene, un vecino: Cristóbal Uribe y diez agentes de policía de los cuales uno cumplirá las funciones de secretario de la Oficina y otro las de escribiente. El período de funcionamiento de la recién creada institución estaría reglamentado por el espacio de dos meses, pero éste, se podía prolongar de acuerdo al comportamiento infeccioso que presentara la epidemia en los casos que se reportaran en la ciudad. En otras palabras se consideraba que la Oficina de Sanidad funcionaría en acuerdo a las exigencias epidémicas.

Por otra parte, el Dr. Andrés Gómez, indicaba que la Oficina de Sanidad, creada por el Gobierno y emprendida por los Dres. Mac Cormick, Vanegas y Consuegra, “actuaron con mucha actividad, hospitalizando los infelices y atendiendo cuidadosamente a los que no quería ir al hospital, haciendo poner mosquiteros o toldillos en el lecho de los enfermos y

177 Creado según decreto 158 de 1911 del cual se hará referencia más adelante.

ordenando la destrucción de las larvas y mosquitos que hubiesen en las habitaciones”¹⁷⁸. Con ello, se concibe la presencia de éstos actores socio políticos a cada lado de las instituciones, son integrantes de la Junta Departamental de Higiene y miembros ó asesores de la Oficina de Sanidad Departamental.

Unido a lo anterior, se distingue que las autoridades del Departamento y del Municipio apoyaron el diagnóstico de la Fiebre Amarilla, y con la recolección de los fondos suministrados por el gobierno y recaudados por el Dr. Ismael Enrique Arciniegas* en la ciudad de Bogotá, se inició el desarrollo de la campaña de saneamiento en la ciudad. Llevar a cabo dicha labor en las condiciones que se mencionarán enseguida, no debió ser tarea fácil a pesar que Bucaramanga se encontraba en el plano ideal para la realización de los desagües, puesto que presenta una inclinación tanto al Sur como al Occidente, pero en aquel tiempo no contaba con acueducto, y las aguas que se necesitaban se mantenían en diferentes vasijas de diversas clases ó en cisternas donde se recogían las aguas que caían como lluvia. Igualmente, se concibe la existencia de muchos hoyos en los solares, que recibían aguas de diversas procedencias, y los excusados consistían en fosas ciegas, muchas de las cuales permanecían descubiertas, los mosquitos asediaban en todo momento y por ello, el mosquitero se convertía en una verdadera necesidad.

En la puesta en marcha de las actividades gubernamentales es posible indicar la estrecha relación que se dio entre el Gobierno Departamental y la Junta de Higiene. Especialmente, en las actividades de saneamiento como: cegar los pozos y excusados de aguas estancadas, que se consideraban semilleros constantes de mosquitos, la inspección diaria de las casa para que en las mismas se mantuviesen tapadas las tinajas y ollas grandes (ures), en donde se depositaba el agua del servicio¹⁷⁹, y todo depósito de agua que se considerase criadero permanente de mosquitos. Sin embargo, tales labores se dejaron de realizar y al siguiente año (1912) la ciudad estaba “soportando tan detestable plaga” (Ibíd.).

178 GÓMEZ, Andrés. Op., cit., p. 62.

* En la época éste era reconocido como el “distinguido hijo de Santander” que se desempeñaba como periodista en la ciudad de Bogotá.

179 A la fecha no existía acueducto.

2.4.3 El médico especial para la epidemia De acuerdo a los conceptos presentados por la Junta Central de Higiene en lo referente a los casos de Fiebre Amarilla, en la ciudad de Bucaramanga y a la rápida propagación de los mismos, según la confirmación del Alcalde y las autoridades de Policía, se consideraba de carácter urgente atender debidamente los casos que se presentaban, con el propósito de evitar una mayor propagación¹⁸⁰. El Gobierno Departamental adicionaba el presupuesto¹⁸¹ del primer semestre del año (1911), con el fin de establecer el cargo de médico especial de la epidemia, para que identificase los casos dudosos que se manifestaban en lo referente a la enfermedad y ordenase los tratamientos y las medidas necesarias para la recuperación de la población afectada. Además podía sugerir la puesta en marcha de actividades necesarias para evitar un aumento de morbilidad en la región.

En esta ocasión se nombró al señor doctor: Julio Vanegas, con una asignación mensual de \$60 pesos oro. La duración de este empleo comprendía al igual que la Oficina de Sanidad dos meses pero en caso de que las circunstancias exigiesen su prolongación se podía realizar una prorroga por medio de un nuevo decreto. Además, el Alcalde de la ciudad suministraría al médico los practicantes que necesitase para llevar a cabo los servicios que le fueron encomendados. Por otra parte, se asignaba la suma de cien pesos para los gastos de medicinas y útiles indispensable para el tratamiento de los enfermos pobres.

2.4.4 El Hospital para los enfermos de fiebre amarilla en Bucaramanga El Hospital para los enfermos de Fiebre Amarilla se estableció de acuerdo a las disposiciones relacionadas con la Oficina de Sanidad en cuanto al saneamiento de la ciudad y la extinción de la enfermedad, especialmente por decreto de la Gobernación de Santander¹⁸², argumentando que la instauración del mismo obedecía al intento de hacer más eficaces las medidas y las recomendaciones realizadas por la Oficina de Sanidad.

La finalidad del hospital consistía en la protección y asistencia a los enfermos atacados con Fiebre Amarilla, en cuanto al sitio que se debía establecer para el mismo, éste sería

180 Gaceta de Santander. 31 de mayo de 1911. No 4008. Pág. 275.

181 Decreto 1580 de 1911.

182 Decreto 150 de 1911.

ubicado según las sugerencias de la Oficina de Sanidad, su administración estaría a cargo de un Síndico que debía rendir cuentas a la Oficina de la Contaduría del Departamento¹⁸³. Para el desarrollo de las actividades médicas, el hospital contaría en su servicio interno con dos enfermeros que serían tomados del cuerpo de Policía del Departamento y asistido en lo correspondiente a los servicios médicos por el doctor que designase la Oficina de Sanidad, el Síndico nombrado para la administración de este Hospital era el señor Cristóbal Uribe (miembro de la Oficina de Sanidad).

Finalmente, los gastos que se ocasionaban por la instalación y el sostenimiento del Hospital serían financiados tanto por los decretos departamentales creados para ello, como con los auxilios que la nación otorgase para el enfrentamiento de la misma. Sin embargo, como se indicará a continuación el Hospital para enfermos de Fiebre Amarilla recibió otros soportes económicos para su sostenimiento.

2.5 LOS AUXILIOS Y LOS DONATIVOS

En el aspecto asistencial para controlar el desarrollo epidémico de las epidemias se torna perenne la problemática en lo correspondiente a la captación y manejo de recursos, siendo ésta una función primordial, ya que de lo contrario, resultarían insuficientes las medidas sugeridas por los médicos. Precisamente, en este período epidémico, la Gobernación del Departamento declaraba la “urgente necesidad de activar”¹⁸⁴ las medidas sanitarias para lo cual, resultaba de suma importancia los auxilios y los donativos que permitiesen materializar las sugerencias presentadas por las instituciones en salud, encargadas de asistir y erradicar la epidemia de la ciudad.

Los auxilios y los donativos eran las contribuciones económicas y materiales que realizaban las diferentes personas e instituciones, con el fin de contribuir, en este caso, a la asistencia de los enfermos que padecían el contagio, así como también, a la erradicación del mismo. La tarea de establecer las actividades y los gastos que demandase la ciudad por el saneamiento y por el funcionamiento del Hospital, estaría a cargo de la Oficina de Sanidad.

183 Gaceta de Santander. Sábado 3 de junio de 1911. No. 4009. Pág. 285.

184 Gaceta de Santander. Miércoles 7 de junio de 1911. No. 4010. Pág. 292.

Igualmente, se aprecia que una de las tareas del Sindico del Hospital, que era el mismo Tesorero de la Oficina antes citada, consistía en recaudar los auxilios de la Nación y del Departamento, así como también los donativos que se destinarán para combatir la Fiebre Amarilla¹⁸⁵; los gastos desarrollados en dichas actividades estarían comprobados por la Oficina de Sanidad para luego, ser enviados a la Contaduría Departamental, llegando finalmente a la Gobernación cada quince días, por medio de una relación pormenorizada de las obras emprendidas y de los gastos realizados durante cada quincena. Sin embargo, se distingue, que el mismo actor que invertía y gastaba el dinero de los auxilios y donativos, era el mismo miembro de la Oficina de Sanidad, encargado de comprobar el manejo de estos recursos.

Por otra parte es relevante señalar que los comerciantes, miembros del sector económico de la región, negaron sistemáticamente la presencia de la Fiebre Amarilla, para lo cual, solicitaron el apoyo de dos médicos de la localidad*. Pero tales apreciaciones no desviaron la convicción que compartían los miembros de la Junta Central de Higiene: Andrés Gómez, Gregorio Consuegra y el Dr. Mac Cormick, que asociados con el Dr. Vanegas emprendieron la tarea de llevar a cabo campañas efectivas de Higiene en la población y el establecimiento de la profilaxis en contra de la enfermedad¹⁸⁶.

2.6 LA CIENCIA MÉDICA

2.6.1 Estudio clínico de la epidemia. El principio de la enfermedad se caracterizaba por la presencia de escalofríos más o menos intensos, que en la mayoría de los casos tenían lugar de las diez a las doce del día, seguido de una rápida elevación de la

185 Decreto 157 de 1911. Mayo 24 de 1911.

* A los médicos en cuestión que apoyaban la negación del diagnóstico de fiebre Amarilla en la región se les reprochó en muchas ocasiones el hecho de no acompañarles a visitar ningún enfermo ni mucho menos a realizar las autopsias gracias a las cuales se argumentaba la presencia epidémica de la citada enfermedad.

186 El autor señala igualmente que el inicio de tales actividades se emprendió en un medio completamente difícil, en el cual se hacía burla de la enfermedad y alguno de los médicos que sustentaba el diagnóstico fue silbado en la calle por ello. *“Después de pasar largos años en el asiduo estudio de las ciencias médicas, da tristeza profunda que en un momento dado, profesionales alejados há tiempo de todo estudio, dedicados a la política, que según el dicho popular “pasan las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio,” o particulares que no conocen más fiebres que las de un catarro, le digan a uno con inaudito dogmatismo: esto no es fiebre amarilla”* (MAC. CORMICK, David. 1913. Op cit., p.141).

temperatura que alcanzaba los 39- 39.5 grados centígrados la primera tarde; simultáneamente, la cara se enrojecía, se presentaba inyección en las conjuntivas y dolor en los glóbulos oculares, cefalalgia frontal viva y se indicaba en mayor grado la existencia de un dolor lumbar muy intenso. La piel se tornaba seca y ardiente, el pulso se aceleraba al igual que la respiración, de ciento a ciento seis pulsaciones y de veinte a veinticuatro respiraciones por minuto y con ello, mucha sed.

Al día siguiente, los síntomas permanecían estacionarios ó aumentaban de intensidad; se presentaban vómitos alimenticios y después mucosos, se manifestaba una sensación molesta en el epigastrio. La temperatura citada permanecía estacionaria o sufría pequeñas oscilaciones, la lengua se tornaba saburral en el centro de la cara superior, con bordes húmedos, rojos y brillantes; la orina permanecía en cantidad normal, de color subido y con huellas de albúmina. Al tercer día, la temperatura descendía lentamente hasta ser normal en las horas de la noche ó en las primeras del día siguiente, donde se notaba que los demás síntomas mejoraban notablemente; excepción de los vómitos que se tornaban frecuentes y en algunas ocasiones presentaban estrías o puntos sanguinolentos. Con el paso de dos ó tres días todo llegaba a la normalidad, donde se apreciaba que la mayoría de los enfermos quedaban en un decaimiento de fuerzas y ánimo por una ó dos semanas¹⁸⁷.

Se alude la existencia de casos muy benignos, en los cuales los fenómenos dolorosos fueron ligeros, sin vómitos, y la temperatura no pasaba de 39 grados centígrados, la misma empezaba a descender desde el segundo día y al siguiente el enfermo se encontraba restablecido. Los casos graves que igualmente se caracterizaron por su gran cantidad de síntomas como los anteriores¹⁸⁸, se distinguieron por una complicación notable de los mismos. Desde el primer día la temperatura alcanzaba a 40 y 41 grados, acompañada de mucho malestar y sed intensa, raquialgia violenta y ansiedad epigástrica, se presentaba también constipación al igual que vómitos alimenticios y mucosos. En éstos casos se notaban dos fenómenos muy característicos en el tercer día que consistían en vómitos biliosos rebeldes, con presencia de pequeños coágulos sanguíneos, y de

187 En pocos casos se notó un ligero tinte icterico de las conjuntivas y la piel, hacia le fin del tercer día y a veces en el cuarto. *Ibíd.*, p. 144.

188 *Ibíd.*

remisión rápida y corta de temperatura, que en poco tiempo subía de nuevo para quedar en 38 o 39 grados.

Del tercer al cuarto día, en estos casos graves, se empezaba a notar tinte icterico de las conjuntivas y la piel, los vómitos se tornaban incoercibles, muy negros; la temperatura quedaba alrededor de 38 grados, con enfriamientos bruscos y muy graves, mientras que el pulso se tornaban muy lento, cincuenta y aún, cuarenta pulsaciones por minuto. La orina que para entonces resultaba muy escasa, tomaba un color azafranado, densa, ácida y con gran cantidad de albúmina¹⁸⁹. En muchos de los casos citados la muerte se presenció en el sexto al octavo día, en gran postración interrumpidas por los accesos casi subintrantes de vómito negro y con la estancia de deposiciones raras e igualmente muy negras.

Otros de los enfermos que manifestaban los síntomas anteriores se restablecían muy lentamente, y se manifestaban de manera clara cuando la orina se encontraba completamente icterica, la mejoría se caracterizaba por la disminución y alejamiento de los vómitos, regularización de la temperatura y aumento del número de las pulsaciones. El período de la convalecencia era muy largo. También se notaba la presencia de casos caracterizados por ser “excepcionalmente graves”¹⁹⁰, en que los vómitos sanguíneos se presentaban desde el tercer día, vómitos negros como el hollín diluido; pulso lento precoz, orina muy escasa, albuminosa y oscura, ictericia intensa y enfriamientos terribles. Estos enfermos morían a más tardar en el quinto día de enfermedad. De la misma manera, se indicaba la existencia de casos particulares, donde quedaron los enfermos como siderados desde el primer día y murieron al segundo o al tercero con la presencia de la fiebre intensa y el delirio, sin presentar ni vómitos ni ictericia¹⁹¹. Finalmente, se señalaba

189 *Ibíd.*, p. 145.

190 *Ibíd.*

191 Mac Cormick recuerda el caso de un gendarme que con el médico del hospital especial (para enfermos de fiebre amarilla) Dr. Consuegra, señalaron constantemente el estudio de dicho casos a los colegas que negaban la existencia de la enfermedad en la región. Dicho individuo llegó a la ciudad cuando la enfermedad estaba en furor y quedó verdaderamente siderado, con gran fiebre de 41.5 grados, cara roja y bultosa, pulso rápido y fuerte el primer día, ya lento al segundo (60 pulsaciones por minuto), salto celiaco marcado; acompañado de la presencia de vómitos negros, y aproximadamente a las treinta y seis horas después de atacado murió sin haberse puesto icterico. Depositado el cadáver para realizar la autopsia al día siguiente, se encontró completamente

que tanto en los casos benignos como en todos los graves se presenciaron hemorragias de diversos tipos, gingivales, pulmonares, epistaxis y hemorroidales. Reconociendo a su vez, que los abortos no fueron raros.

En cuanto a la anatomía patológica se relacionaba la práctica de ocho autopsias efectuadas por el autor en asocio con algunos colegas. Las lesiones encontradas en los cadáveres pueden dividirse en dos grupos de acuerdo al tiempo en que la muerte hubiese tenido lugar. Uno de ellos asociaría aquellos donde la muerte hubiese ocurrido en el espacio de los tres primeros días de la enfermedad y los restantes en los días siguientes. En los cadáveres con muerte precoz, el plano anterior del cuerpo se notaba ligeramente amarillento siendo fácil establecer a primera vista diferencia entre un caso de muerte por la enfermedad que se estudiaba y otra de distinta entidad. En el plano posterior se encontraban sufusiones sanguíneas, el tejido celular subcutáneo también se presentaba amarillento; había congestión pulmonar, el estómago se encontraba vacío o con un líquido turbio y moreno.

Después de lavar la mucosa descubrían al nivel del cardias encontrando las rayas equimóticas y puntos hemorrágicos. El hígado se precisaba de consistencia y tamaño normal, presentaba en la cara superior fajas o islotes amarillos en contraste con el color rojo oscuro del parénquima normal de la víscera. En cuanto a la vesícula se presenciaba llena de bilis de un tono más amarillo que de costumbre; los intestinos se hallaban congestionados en fragmentos de cinco, diez o más centímetros que se alternaban con porciones de apariencia sana, las partes alteradas manifestaban un color vinoso, los médicos afirmaban haber encontrado psorentería en el íleon. El bazo con sus caracteres normales mientras que los riñones manifestaban equimosis subcapsulares e intersticiales.

La anatomía patológica de los casos que duraron más de cuatro días evidenciaba lo siguiente: el plano anterior del cuerpos se encontró completamente amarillo y más aún el tejido celular y todos los órganos con tinte amarillento; los pulmones se apreciaban muy congestionados, el estómago lleno de un líquido bastante denso, negro como hollín diluido, al lavarlo se notaba la mucosa arrugada y gruesa, con rayas equimóticas y puntos

ictérico y se presentó en el hígado, el estómago y los intestinos los caracteres más precisos de una Fiebre Amarilla (MAC. CORMICK, David. 1913. Op. cot., p.145.

hemorrágicos no sólo en el cardía sino en la vecindad del píloro, en las dos curvas y en ambas caras. Los intestinos se apreciaban congestionados, de color vinosos en su totalidad y algunas veces solo en el duodeno y en el yeyuno. El hígado se encontraba en degeneración grasosa, de tamaño normal de color que iba desde amarillo paja hasta amarillo oro, se podía apreciar seco, duro pero disgregable; en la vesícula se apreciaba una pequeña cantidad de bilis espesa, viscosa y casi negra ()¹⁹². Como evento particular del mismo, se relacionaba que al levantar el mesenterio se notaba una flogosis generalizada a todos los órganos de la parte superior, y en la parte inferior de apariencia y de colores normales.

En cuanto a los datos suministrados por el microscopio se indicaba la inexistencia de hematozoarios, bacterias y espirilas. Solo se comprobó en todos los casos la presencia de una degeneración granulosa del disco de los glóbulos rojos y deformaciones de sus bordes, deformaciones que desaparecían con el primer período de la enfermedad¹⁹³.

De esta manera se puede comprender como los médicos locales manejaban el conocimiento de la época en cuanto al conocimiento anatomopatológico a nivel macroscópico y microscópico como se indicará seguidamente. En las investigaciones realizadas por los médicos locales se aludía el hallazgo realizado por el Dr. Franco en el año de 1907, de la Fiebre Espiroquetal¹⁹⁴, y otros conocimientos de procedencia reciente en el pensamiento científico médico de su tiempo.

Es posible sugerir que para mantener el diagnóstico de Fiebre Amarilla, los médicos locales emprendieron la tarea de verificar sus conocimientos; de ésta manera se distinguía o se apreciaba la presencia de otro factor clave destacado por el Dr. Andrés Gómez,

los anofelinos viven hace muchos años en las habitaciones de Bucaramanga, y el paludismo se presenta entre sus habitantes no obstante la relativa inmunidad adquirida en

192 El Dr. Andrés Gómez reconoce de igual manera, que en asocio con los colegas encontraron el cuadro anatomopatológico correspondiente a la Fiebre Amarilla ya citado por Mac. Cormick. *Ibíd.*, p. 146.

193 Los trabajos al microscopio se afirma que fueron realizados por el Dr. Andrés Gómez de la localidad de Bucaramanga. (*Ibíd.*). A ello, se harán referencia seguidamente.

194 GÓMEZ, Andrés. *Op. cit.*, p. 64.

tanto tiempo, quise con los colegas de la Junta de Higiene, descartar de la epidemia que observamos el Hematozoario de Laveran y la Espiroqueta de Obermeyer. Con tal fin trasladé el microscopio al Hospital creado para tal fin y a la casa de algunos enfermos para examinar la sangre fresca en los casos de primero, segundo y tercer día de fiebre; en ninguno de los casos encontramos espiroquetas ni hematozoarios de paludismo¹⁹⁵

De esta manera, en palabras del mismo médico se aprecia el espíritu investigativo que acompañaba éstos médicos en el enfrentamiento de la epidemia y el manejo del conocimiento ó paradigma que para la época se daba en cuanto a las patologías epidémicas*.

Es apreciable reconocer la importancia que para éstos médicos implicó la puesta en marcha de procesos donde resultaba indispensable el uso del microscopio y señalar como aún desde éste período, el Dr. Andrés Gómez indicaba haber encontrado solamente “una degeneración granulosa en el disco de los glóbulos rojos y deformación de sus bordes, con un aumento de 1.400 diámetros”¹⁹⁶ que se puede asociar con el hallazgo que más tarde indicaría Hideyo Noguchi, con el nombre de *Leptospira icteroides* y que en el próximo brote epidémico profundizaría el Dr. David Mac Cormick, en su objeto de clarificar la naturaleza de la Fiebre Amarilla. Es de confesar que con estos aportes el desarrollo de la investigación cambió de curso.

Resulta admirable la apropiación del conocimiento bacteriológico que se incluye en la publicación del Dr. Andrés Gómez al señalar que las preparaciones montadas en el bálsamo del Canadá después de una simple y doble coloración no habían presentado ninguno de los agentes ya citados; pero en cambio, se apreciaba la misma degeneración granulosa y la deformación de los glóbulos rojos en la sangre de los pacientes que se encontraban en el primer período pero que desaparecía en los enfermos que se encontraban en el segundo. En palabras del mismo relaciona:

195 *Ibíd.*

* Es sincero reconocer que al inicio de la presente investigación no se conocía el desarrollo científico que habían alcanzado los médicos locales, pero la búsqueda secuencial y el azar permitió acercarnos a la publicación de documentos escritos por éstos médicos, que además de cambiar nuestro objeto de estudio, nos sorprendieron y nos permitieron generar un conocimiento nuevo en la historia de la Fiebre Amarilla.

196 *Ibíd.*

He visto varias veces el Hematozoario de Laveran en la sangre fresca de los palúdicos, en casos agudos y crónicos, en su inclinación permanente de atrapar los glóbulos rojos de la sangre; y es uno de los momentos más atractivos para el clínico, el contemplar vivos los agentes morbígenos en su ataque a los elementos celulares y todavía vivientes del organismo humano¹⁹⁷.

2.6.2 De vuelta al diagnóstico: su confirmación Al tener en cuenta el contagio enteramente comprobado, de los mosquitos, por los argumentos ya citados, el tiempo de la incubación, la aparición brusca, de los primeros fenómenos morbosos; la ascensión de la temperatura, que era rápida y que permanecía irreversible desde las primeras horas; la raquialgia, los fenómenos de emetismo del primer periodo; la remisión del tercero al cuarto día, acompañada de la mejoría de los dolores y la aparición de tinte icterico y los vómitos negros, en los casos graves; la duración general de la enfermedad, que en forma epidémica invadió el Valle de Soto en 1910, se consideraba sin miedo, que el diagnóstico era: Fiebre Amarilla.

Entre las obras en las que se basa el Dr. Mac Cormick, se encuentra el tratado de patología exótica de Le Dantec, donde se distinguían diversos argumentos en favor de considerar la fiebre inflamatoria de las Antillas, como una Fiebre Amarilla atenuada. En la misma obra se encontraban las relaciones de Amoux y Langellier Bellevue en la misma dirección; de igual manera se citaba a Sir Patrick Manson, relacionando la existencia de dos tipos ó dos formas de virus de la Fiebre Amarilla, el uno dotado de gran virulencia y el otro de una más débil, específicamente semejantes que conferían inmunidad.

Por otra parte, se distinguía que Beranger Feraud llamaba Fiebre Amarilla benigna a la fiebre inflamatoria, sosteniendo además la existencia de epidemias de ésta fiebre que eran a la Fiebre Amarilla grave, lo que a la tifoidea es a la fiebre tifoidea grave. De esta manera el Dr. David Mac. Cormick razonaba que la benignidad relativa de la epidemia en cuestión, no era en manera alguna un argumento serio en contra del diagnóstico presentado en el Valle de Soto, de la Fiebre Amarilla y menos aún, al tener en cuenta los

197 *Ibíd.*

casos fulminantes de vómito negro. Además de señalar, que el evento de carácter benigno de la misma, no establecía diferencia en la naturaleza de la enfermedad¹⁹⁸.

Igualmente, se citaba el texto de Hericourt titulado *Les Frontières de la Maladie*, donde el autor plasmaba las ideas sobre el peligro que revestían las enfermedades en sus formas atenuadas. Al comentar el caso de la Fiebre Amarilla y los estados icteroides, reconocía que hacía muchos años se sabía cuán frecuentes eran esos tipos de estados (icteroides y fiebre benigna) frente a la epidemia, ya que se consideraban que bien entendidos eran casos de Fiebre Amarilla, al igual que la fiebre de aclimatación; entre otras cosas también porque fuera de los períodos de predominio epidémico, éstos confería inmunidad contra los casos de vómitos graves de Fiebre Amarilla, razón por la cuál los aclimatados no adquirirían la citada epidemia.

El Dr. Mac Cormick señalaba la posibilidad de confundir la entidad de estudio con las siguientes fiebres: “biliosa hemoglobinúrica, ictericia infecciosa, benigna o grave, la fiebre gástrica biliosa, la remitente biliosa, palúdica, la tifoidea biliosa de Larray y Griesinger y la fiebre recurrente”¹⁹⁹, siendo las dos últimas excluidas en el diagnóstico del Valle de Soto, ya que se consideraban variedades de la entidad producida por la espirila de Obermeier, debido a su inexistencia en la investigación microscópica ya citada.

El autor se preguntaba si merecía la atención citar algunas entidades que destacaron algunos personajes en su afán de negar la existencia de la Fiebre Amarilla, entre los cuales se indicaban mordedura de serpiente, envenenamiento por fósforo, etc. Después de tal indicación se procedió a la realización del diagnóstico diferencial. En primera medida el Dr. Mac Cormick, indicó en relación con la Fiebre biliosa hemoglobinúrica la diferenciación con la Fiebre Amarilla, mencionando que la primera ataca a los antiguos residentes en los parajes palúdicos*, y ésta se constituía en condición exclusiva; y como evento curioso se destacaba que la misma atacaba cuando las otras manifestaciones asociadas al paludismo desaparecían del todo ó eran muy raras y atenuadas. Mientras que la Fiebre de Soto atacaba a todas las edades y con mayor frecuencia y gravedad, a

198 MAC. CORMICK, David. 1913. Op. cit., p.147.

199 *Ibid.* p.148.

* Para ello se basa en las apreciaciones de Le Dantec.

los extraños del valle, procedentes de regiones sanas y sin antecedentes palúdicos. Mientras que la hemoglobinúrica, afectaba a individuos que tenían la sangre tan desmineralizada que cualquier causa* originaba la disolución de la hemoglobina en el suero sanguíneo.

La fiebre de Soto se manifestaba en toda clase de individuos, anémicos, palúdicos, sanos y robustos; destacando que en los recién llegados, se manifestaban casos graves y como ocurría de manera natural en todas las epidemias, la mortalidad mayor se presentaba en aquellos que albergaban taras orgánicas sobre todo en los alcohólicos. En el curso de la fiebre hemoglobinúrica la tríada de síntomas, orina roja, cereza o negra, vómitos biliosos con ictericia y fiebre se presentan en un mismo tiempo y por ello, se convierte en un evento característico de tal fiebre. Mientras que en la fiebre de Soto nunca se había presenciado la tríada de esa manera, no se exteriorizó la hemoglobinuria, el síntoma principal de la ictericia aparecía con la remisión y jamás al principio; se manifestó remisión pero sin coincidir con los otros síntomas.

En la fiebre biliosa que se hacía referencia, la orina se manifiesta realmente hemoglobinúrica, se concebía de color hemático, rojo de grosellas, que se distinguía bien del color de las orinas ictericas, después se presentaba de tinte rojo oscuro de Málaga; en la Fiebre de Soto no cambiaba el color de la orina en la mayoría de los casos ni se presentaba hemoglobinuria. Igualmente, la orina de color ojo cereza de la fiebre hemoglobinúrica, contenía hemoglobina; y tal sustancia más otros componentes se manifiestan en el color rojo Málaga, mientras que la coloración oscura de la orina en los casos de la fiebre de Soto se ocasionaba por la alteración de los pigmentos biliares, a la urobilina. "Nunca se encontró hemoglobina ni sus derivados"²⁰⁰.

Además se añadía que el color de la orina en los casos más graves, era amarillo de color de ámbar, pardo rojizo, con el ácido cítrico tomaban el color caoba, demostrativo de ictericia hemafrica. En algunos casos no se presentaba la reacción de Gmelin; no se manifestaba la sucesión de colores, verde, azul violeta, rojo y amarillo sucio, del color

* Las causas hacían referencia a enfriamientos, exposición al sol, toma de quinina entre otros. De igual manera se basa en el autor ya referenciado.
200 Ibid.

verde se pasaba la bruno caoba lo que mostraba la presencia de líquidos biliares modificados. La última razón diferencial radicaba en la inexistencia de casos repetidos como aquellos que se apreciaban en la hemoglobinúrica.

En cuanto al diagnóstico diferencial con la ictericia infecciosa benigna y la infecciosa grave, consideradas por el autor, como enfermedades infecciosas que sólo diferían de la Fiebre Amarilla por la alteración de la célula hepática y por el grado de permeabilidad renal, se basaba en Chauffard, quién establecía que la ictericia grave se consideraba aquella en la cual, la célula hepática perdía de manera más ó menos rápida y definitivamente su estructura protoplasmática especial; y sus aptitudes funcionales, a la vez que resultaba insuficiente el filtro renal; mientras concebía la ictericia benigna aquella en que se conservaba la permeabilidad del riñón, a la vez que subsistía al menos una parte de las funciones químicas de la célula hepática. Entre las mismas, señalaba la existencia de diferencias en el grado de asociación de los anteriores factores. Además, exaltaba que los agentes infecciosos en las ictericias, localizados en las diferentes regiones (intestinos, vías biliares, tejido hepático) directamente ó por sus toxinas, alteraban o destruían las células hepáticas, al igual que el filtro renal²⁰¹.

Se mencionaba la similitud que existía en el proceso patogénico de las ictericias en relación con la fiebre que nos ocupa, el agente de la misma, asilándose probablemente en la sangre, o por medio de su toxina destruye la fibrina, causa la hemólisis de los glóbulos rojos, produce tomaínas y combustiones incompletas. La toxina microbiana junto con esos venenos, presentaba una tendencia electiva sobre las vías digestivas superiores, como si fuera el asiento originario de la enfermedad, de igual manera que la disentería y la fiebre tifoidea tiene por asiento las vías digestivas inferiores. De ésta manera Mac Cormick explicaba la relación con la flogosis que se observaba en el estómago, en el duodeno, el hígado y el peritoneo que las envolvía.

De la misma manera, se señalaba que el veneno amarillíco portaba la característica de ser dilatador y por ello, congestionaba las vísceras relacionadas; ocasionando de tal manera un exceso funcional en el hígado para transformar la hemoglobina disuelta en los pigmentos biliares, normales o modificados, además de atender la destrucción de toxinas

201 *Ibíd.*, p.149.

y ptomaínas, ubicándolo en eminencia morbosa²⁰². También se consideraba que la infección se realizaba por el mismo germen ó por otros que se unían al anterior y por ello, la ictericia de la Fiebre Amarilla tomaba el tipo de una ictericia infecciosa común, benigna o grave.

De tal manera, el autor, pretendía explicar porque la ictericia de la Fiebre Amarilla era hemafeica primero, luego hemafeica biliar, de pigmentos normales o modificados. Del mismo modo, explicaba la existencia de casos clínicos en la fiebre de Soto que relacionaban individuos que únicamente recorrían en primer período de la misma y que solamente evidenciaban un tinte sub- ictérico ligero, y en ocasiones el mismo no existía. Se entendía que de tales similitudes se originaba la dificultad para diferenciar las dos entidades.

Sin embargo, el Dr. Mac Cormick aseguraba que en el caso de la Fiebre de Soto no resultaba tan imposible realizar la diferenciación de los diagnósticos; veamos porqué: los factores etiológicos de la misma se consideraban completamente distintos, en la ictericia se alude a la absorción de sustancias pútridas o en vía de descomposición, o de aguas que albergaban en su interior las sustancias mencionadas, autointoxicación de origen intestinal, etc.; mientras que en la fiebre de Soto la intoxicación se producía por la picadura de los estegomyas, origen establecido para los médicos en acuerdo.

La forma epidémica de la fiebre de Soto donde la infección atacó un gran número de personas se diferencia a la ictericia donde los atacados eran siempre muy pocos²⁰³. Además, la ictericia tenía indispensablemente el síndrome del cuál deriva su nombre y se concebía la enfermedad, mientras que en la fiebre de Soto no se presentó en muchos casos el síndrome ictérico, y cuando se encontró, éste sólo no constituía la enfermedad, sino que hacía parte de un conjunto de síntomas iguales ó de mayor importancia. En las ictericias el síntoma característico antes citado se presenta en el inicio, en la fiebre que se venía discutiendo la ictericia se presentaba al tercer ó cuarto día después de la remisión clásica.

202 *Ibíd.*

203 En la bibliografía de la ictericia el número de atacados vincula de cinco a treinta casos. Unido a ello, se mencionaban epidemias de escuela, de cuartel, de la cárcel pero no de una magnitud como la del Valle de Soto (*Ibíd.*).

Asimismo, la ictericia en general producía un cortejo sintomático suave, en las que se aludía malestar, estado subfebril, inapetencia, pérdida de fuerzas, estado nauseoso, etc., éste mismo cortejo se presentó en Bucaramanga y sus alrededores pero acompañado de fiebre alta, ansiedad, dolor de cabeza intenso, raquialgia, vómitos, etc. Asimismo, la duración de la primera es de diez días a tres o cuatro meses y en el mayor número de casos se prolonga por varias semanas; mientras que la ictericia en la segunda entidad (Fiebre Amarilla) era pasajera, y sólo por excepción en los casos graves duró la coloración de la piel y las conjuntivas por un mes, pero no de la orina.

De igual manera, en la ictericia, predominaba en la orina los pigmentos biliares normales y en seguida aparecían éstos modificados y luego la hemafeina; conociendo que de benigna pasaba a grave. En la epidemia que tuvo lugar en 1911 predominó la ictericia hemafeica y los pigmentos modificados, sin que dejase de presentarse casos de ictericia bilifeica²⁰⁴. En la ictericia el hígado siempre se apreciaba de mayor tamaño y con dolor, en la epidemia de Fiebre Amarilla no se manifestaron tales síntomas; al igual que siempre el bazo se observó normal tanto en los enfermos como en las autopsias, mientras que en la ictericia el mismo, se infarta. Finalmente, como ya se había indicado la ictericia repite en algunas ocasiones mientras que en la Fiebre del Valle de Soto, como en cualquier epidemia de Fiebre Amarilla, no reincide en ningún caso.

En cuanto a la fiebre efímera se menciona que los primeros casos observados en Girón, fueron considerados como de ésta enfermedad, se menciona que todos los datos consignados anteriormente bastaban para diferenciar las mismas y por ello, no era necesario repetirlos. Además se agrega que los mismos médicos que realizaron tal diagnóstico no conocían ningún caso de la importación de la epidemia, pero cuando observaron nuevos casos, el carácter epidémico de la misma, con el conjunto de síntomas citados se desechó por completo la idea. Entre otras cosas, porque la fiebre efímera no presentaba carácter epidémico, ni terminaba en degeneración completa del hígado y los casos de muerte se consideraban excepcionales²⁰⁵.

Finalmente, el Dr. Mac Cormick apreciaba las aclaraciones frente a la entidad que dio lugar a diferentes intervenciones en su diagnóstico diferencial en un primer momento en

204 *Ibíd.*, p. 150.

205 *Ibíd.*

Colombia, el paludismo, agregando que la única entidad que verdaderamente se podría prestar a confusión es la remitente biliosa. Pero de igual manera, quedaba excluida al no presentarse el hematozoario de Laverán, ni el infarto de bazo en los casos de la epidemia de Soto, ni reincidencias; además que la Fiebre Amarilla atacó a individuos procedentes de tierras frías, indemnes de paludismo.

De tal manera el Dr. David Mac Cormick finaliza su estudio citando los médicos que compartieron tal diagnóstico de la Fiebre Amarilla en la región, entre los que se mencionaba: Andrés Gómez, Gregorio Consuegra, Francisco Sórzano, Julio Vanegas, Salvador Pérez y Evaristo Martínez, de los cuales algunos no compartieron en un primer momento tal apreciación pero después de observar los casos y el carácter epidémico de la misma quedaron convencidos de la certeza del mismo²⁰⁶. Es de anotar la importancia de reconocer el trabajo emprendido por este médico ya que de ésta manera se puede apreciar con sorpresa en la historia médica de nuestra región la argumentación que acompañó el diagnóstico de Fiebre Amarilla en el Valle de Soto, además de indicar los soportes teóricos que le acompañaban y el grado de asimilación científico – médico que mantenían los médicos locales.

En cuanto al tratamiento el Dr. Andrés Gómez identificaba que éste se reducía a una dieta absoluta de alimentos por cuatros días; desde que se principiaba el escalofrío o la fiebre, se administraba un purgante salino en una dosis de 60 gramos, en su concepto recomendaba el aceite de ricino, con el zumo de cuatro limones grandes. Además se realizaban fricciones de alcohol con agua y vinagre, cafeína; en algunos casos se aplicaban los enemas pero si a pesar de éstos esfuerzos los vómitos y las deyecciones persistían hasta ponerse negros, y los riñones dejaban de funcionar al mismo tiempo, la muerte era segura como según el Dr. Gómez, ocurría con un grupo de enfermos que “ignorantes de la enfermedad que sufrían, tomaban alimentos de toda clase y bebidas alcohólicas y fermentadas”²⁰⁷.

2.6.3 Factores de extensión de la epidemia: estegomyas y foco endémico. El Dr. Andrés Gómez afirmaba que, existiendo en Bucaramanga el Estegomia Fascista y

206 *Ibíd.* p. 150.

207 GÓMEZ, Andrés. *Op cit.*, p. 65.

estando ella, “cerca de lugares donde **es endémica la fiebre amarilla**, no se vio motivos para atribuir a los agentes de la flora intestinal una virulencia epidémica, que provocara una atrofia amarilla en el hígado en una ciudad de clima benigno”²⁰⁸. Además, como buen conocedor de la existencia del Estegomyia Fascista en la región, ya que le había clasificado como el propagador de la Fiebre Amarilla, le resultaba “pueril poner en duda la posibilidad del desarrollo de esa epidemia existiendo el agente transmisor”²⁰⁹, al mismo tiempo que podía presentarse en la región un amarillizo que viniese de Cúcuta, Ocaña y San Vicente de Chucurí, regiones que sugería como endémicas de Fiebre Amarilla.

De esta cita textual, que referencia la publicación del Dr. Andrés Gómez, se identifica claramente que éste denominaba, desde 1912, como: focos endémicos de Fiebre Amarilla a Cúcuta*, Ocaña y San Vicente de Chucurí; insinuando las posibles rutas por las cuales se hubiese propagado la enfermedad en el Valle de Soto. En este proceso se concibe la claridad del autor en cuanto a sus postulados.

Frente al “nuevo enemigo” el Dr. Andrés Gómez se dio al trabajo de clasificar, con el microscopio y tomando como referencia la Obra de Sergent, los mosquitos; indicó que se trataba del Estegomyia de Theobald, y de tal manera lo comunicó a los colegas para estar prevenidos en casos de manifestaciones epidémicas graves. Esta se puede considerar como una tarea científica previa frente al desarrollo de las actividades médicas que se llevaron a cabo con la presencia de la Fiebre Amarilla en la región²¹⁰.

De estas referencias se aprecian los dos principales factores para la extensión y propagación de la epidemia de la región: un territorio cercano donde resultase endémica la Fiebre Amarilla y la presencia del vector en la región. De la misma manera era reconocido por el Dr. Mac Cormick, al sentir como preocupación fundamental la posibilidad que la Fiebre Amarilla invadiese de nuevo la ciudad, y apuntaba que ello dependía de dos factores ó circunstancias:

208 Ibid. p.66.

209 Ibid. p.68.

* Sobre la presencia de la Fiebre Amarilla en Cúcuta y Ocaña se puede observar sus características en el capítulo anterior, de Antecedentes de la ciencia médica, respecto a la enfermedad.

210 Este mismo médico afirmaba en su publicación que el estegomyia “se cree que vino en los cajones donde llegó la estatua de García Rovira” (Ibid., p. 68).

1. La existencia de focos de esa enfermedad a una distancia no mayor de doce días, de acuerdo a los medios de comunicación propios en aquel tiempo.
2. La existencia de *Stegomyas Fasciata* o *Calobus* en estas poblaciones.

Ambas de las situaciones citadas se respondían de manera afirmativa. En el año de 1913, publicaba Mac Cormick, como focos de Fiebre Amarilla, San Vicente de Chucurí, que de distancia de Girón por un día; Cúcuta, a cinco ó seis días y Ocaña se encontraba a siete días de Bucaramanga. Con tales precedentes no le resultaba imposible el hecho de que un habitante infectado en San Vicente, Cúcuta u Ocaña, viniese a Bucaramanga y allí desarrollase la enfermedad convirtiéndose a su vez, en un individuo *infectante*.

Por su parte, Andrés Gómez, consideraba que la marcha epidémica podía ser influenciada también, por la idiosincrasia e inmunidad particular de los individuos, además de “las influencias cósmicas y metereológicas que pueden determinar variaciones y determinaciones en la marcha de unos mismos agentes patológicos”, de tal manera citaba los sabios que identificaban la inexistencia de enfermedades pero sí de enfermos, ó los naturalistas que sostenían la negación de las especies pero sí de las individuaciones sin conceder mayor interés por el estudio de las agrupaciones²¹¹.

Un aspecto a resaltar en este actor socio – político se aprecia, en cuanto a la mezcla teórico – médico que realiza frente a la enfermedad como tal; en su explicación no prima una única teoría, en ésta se incluyen sus reflexiones acerca del **origen telúrico** de la Fiebre Amarilla y su aparición en los puertos de la línea ecuatorial, a causa de la **descomposición de sustancias orgánicas y bajo influencias caloríficas y de humedad** (miasma) que en el litoral producían las hondas del mar y el torrente de los grandes ríos; agregando de la misma manera que con el desarrollo del **virus** era fácilmente reproducible y transmisible al hombre por el **mosquito**. “Cuando las condiciones cósmicas han permitido a la Fiebre Amarilla adquirir el carácter epidémico, ella recorre enormes distancias, y hasta el través de los mares va a hacer millares de

211 *Ibíd.* p.69.

víctimas en lejanos continentes pero es una lástima que nada existe de la salvadora higiene”²¹².

De igual manera, el hecho de que la enfermedad hubiese aparecido en primer lugar en Girón, en la vía de Chucurí, resulta probable que el individuo infectante viniese de ésta última región, donde se consideraba que la Fiebre Amarilla era “endemo – epidémica” ²¹³ y en donde, las primeras manifestaciones revistieron una gravedad extrema, pues se menciona que la mayoría de los atacados con la misma, murieron. Entre los médicos locales cercanos al autor en mención, se reconocía que conociendo los casos de fiebre que predominaban en la zona aludida, se acordaba que los mismos correspondían a la Fiebre Amarilla. En tal caso no resultaba incoherente pensar que pudo trasladarse a Girón uno de esos casos benignos de la Fiebre Amarilla que infectó los mosquitos existentes en el lugar y propagó la infección con las mismas características benignas que respondían a la naturaleza del contagio.

Al cumplirse las dos condiciones antes tratadas de presencia de mosquitos transmisores y existencia de focos amarílicos a distancias relativamente cortas, la “invasión de la fiebre no era solamente posible, sino inminente”²¹⁴. De igual manera, se aclaraba que no se pudiese llevar a cabo experimentos tan concluyentes como los realizados en la Habana, para verificar el diagnóstico, al no contar con la disposición de individuos que voluntariamente se quisiesen someter al proceso experimental²¹⁵. Pero sí, se habían logrado realizar otros procesos analíticos que les permitieron concluir que los mosquitos eran los encargados de propagar la enfermedad.

212 *Ibíd.* p. 69.

213 Se recuerda que antes del desarrollo de la epidemia en la cual se centra el presente capítulo Mac Cormick en compañía de los doctores Paulo E. Villar y Andrés Gómez, un individuo procedente de Chucurí, que respondía al nombre de Isaías Naranjo, que se encontraba en el curso de la edad juvenil y que presentó los síntomas característicos de la Fiebre Amarilla, con lo cual su diagnóstico no generó ningún desacuerdo debido a la claridad de los mismos. Sin embargo, el caso en cuestión con otros que se habían tratado en Bucaramanga, no propagaron la infección en la ciudad porque para ese entonces, se daba la inexistencia en la misma de estegomias. (MAC. CORMICK, David. 1913. *Op. cit.*, p.142).

214 *Ibíd.*

215 Se reconoce que en la localidad muchos individuos dudaban de tales afirmaciones. (*Ibíd.* p.143).

Se conocía la inexistencia de casos, en los cuales, la fiebre manifestada en los campos se hubiese albergado en personas que no hubiesen asistido a la ciudad, los habitantes de los campos que adquirirían la infección en los poblados y la manifestaban en las áreas rurales donde se presentaban la inexistencia del *Stegomyas*, no propagaban el contagio a sus familias; las personas que se protegían* bien contra los mosquitos no adquirirían la fiebre; pero aquellas que no se protegían y se exponían por distintas causas durante la noche, adquirirían la fiebre al tercer ó cuarto día²¹⁶. En cuanto al cuartel de la ciudad, que se hallaba situado en la parte alta de la población y que tenía un espacio abierto para el desarrollo de los ejercicios, donde corría mucho viento, hacía que la presencia de los mosquitos se constituyese en algo excepcional, por ello, sólo se notó que los soldados que adquirieron la fiebre habían permanecido fuera del cuartel**. De tal manera, se indicaba el carácter urbano de la Fiebre Amarilla y en ello, se puede relacionar las gráficas (3 y 4), donde se aprecia un porcentaje mayor de morbilidad en los pobladores de ésta zona (urbana).

Los extraños a la localidad que al llegar a la misma, tomaban precauciones frente al riesgo de ser picados por el mosquito, no adquirirían la Fiebre; mientras que aquellos que no tomaban las precauciones necesarias, en mayor medida los procedentes de tierras frías, se contagiaban con una sola noche y presentaban los síntomas mas graves de la misma, a éstos en algunas ocasiones, se les notificó la muerte, de regreso a sus lugares ó en los caminos a sus viviendas. Los casos que se agrupaban en esta clase de hombres ajenos en la ciudad, que se habían afectado en la localidad, hacían referencia a “individuos muy sanos, de hígados envidiables, exentos de paludismo, y cuya corta permanencia en la localidad excluía cualquier divagación sobre el hígado tropical”²¹⁷.

Por otra parte, se alude que en el enfrentamiento de la epidemia, se notaba una estrecha relación, en el decrecimiento del número de casos de fiebre en la medida que se combatían los zancudos. Unido a lo anterior, la enfermedad no se propagó a Lebrija (tres

* La protección consistía en el uso del toldillo ó la ubicación de mallas en las puertas y las ventanas.

216 Se agrega que estos casos fueron “muchos y muy precisos” (Ibíd. p.143).

** Mac Cormick, era quién ejercía en la localidad como médico militar.

217 Ibíd.

leguas de Bucaramanga), ni a Matanza (siete leguas), ni a los Santos (nueve leguas), poblaciones que mantenían muchas relaciones comerciales con Bucaramanga, pero donde se daba la inexistencia de estegomyas, y esto, a pesar que muchos individuos se infectaban con la Fiebre en Bucaramanga o Piedecuesta e iban a padecerla a los territorios mencionados. Es de anotar que las anteriores poblaciones se ubicaban a una mayor altura y en climas más frescos, pero ninguno de los anteriores inaccesibles a la fiebre²¹⁸ ().

Los apartados anteriores argumentaban la evidencia del contagio exclusivo por los mosquitos; no era posible asociar el contagio al consumo de carnes y otros alimentos en mal estado, porque en la aludida región donde persistió la epidemia, por poco menos de dos años, se distinguía por el consumo de carnes, legumbres y cereales producidos en la misma y que se renovaban con mucha frecuencia. De tal manera, se entendía que la enfermedad que había tenido lugar en el Valle de Soto, de 1910 a 1912, era una enfermedad infecciosa que únicamente se contagiaba por medio de los mosquitos, y en los casos en los cuales se conocía la fecha de la picadura de los mosquitos, el período de incubación se prolongaba de tres a cuatro días.

De la misma manera, se indicaba que con las medidas tomadas por la campaña se redujo la cantidad de mosquitos presentes en la población y de no ser por haber menguado el interés en la erradicación total de la plaga, se hubiese podido exterminar la misma completamente. Los casos epidémicos se conocieron hasta el mes de Noviembre, pero la mayoría de los mismos se reportaron en los meses de Mayo a Julio. La marcha de la epidemia en Girón y Rionegro, fue casi igual a la de Bucaramanga mientras que en la población de Piedecuesta²¹⁹ y Florida, se conocieron los casos más graves, (como se aprecia en la gráfica 5) prolongándose hasta febrero de 1912.

218 El autor recuerda que Manson sostiene la existencia de casos en Orizaba, a mil doscientos setenta y cuatro metros a nivel del mar, y el Cuzco, a dos mil seiscientos metros. *Ibíd.*, p. 143 – 144.

219 Se alude que en esta población se observaron primero los mosquitos antes de llegar la epidemia. *Ibíd.* p.141.

2.7 RESPUESTAS AL DIAGNÓSTICO

En un periódico de la ciudad, fechado 10 de Junio de 1911, en completo predominio epidémico, aparecía una nota que se titulaba: “la Fiebre Amarilla y el coro de los doctores”²²⁰; en ésta crónica se mencionaba como gracias a la Hamburgo Colombina, en la ciudad noble, se perdía la calma después de la “alarma cruel” que habían propuesto los médicos, quedando en ese momento la moda de lo amarillo, “amarillitis crónica y aguda”, pero permitamos a Manelich que nos hable:

“Puertas amarillas, monedas amarillas, caras amarillas. Esa febril amarillitis que no nos deja es la moda; sí señor, sí señor; El Dr. Caifás, es el de la aristocracia, y el Dr. Pilato es el del pueblo, porque dizque es más barato y sabe menos; eso dijo la china de Don Torcuato... yo no sé de eso, a pesar de que de “médico, poeta y loco todos tenemos un poco”. La cosa fue gorda. La Junta médica estuvo soberbia, acalorada, amarillada. Fiebre amarilla por todas partes. Por supuesto, como salían de una pieza oscura, todo lo veían amarillo, como para limpiar todas las casas; inclusive notificar a todos los zancudos para decretarles la sentencia de muerte. Los zancudos ayudan en derrota y la Junta Médica sí que lo mismo...

Interroguemos desde lejos a las esfinges de Egipto”²²¹.

De esta manera se considera como la Junta Médica al sostener el diagnóstico de la Fiebre Amarilla en la región, ayudaba en detrimento de la misma, y como era burlada en alguna medida el actuar de los médicos, su desarrollo social y sus actividades sanitarias. Por ello, la presencia de la epidemia de Fiebre Amarilla, se vinculaba a las calamidades que se evidenciaban en el Valle de Soto y especialmente en Bucaramanga, donde a la fecha del predominio²²² epidémico se indicaba conjuntamente que la Asamblea Departamental guillotina el exhausto Tesoro Municipal, no bastándole con el azote de la Fiebre Amarilla y la miseria en que la dejaba sumida la practica de los ejercicios

220 MANELICH (Seudónimo). “Crónica ligera: la Fiebre Amarilla y el coro de los doctores. En: Fulgores Rojos: Periódico Liberal. Bucaramanga: Junio 10 de 1911. Los Directores responsables eran: R. Román y Andrés Mercado.

221 Ibíd.

222 ANONIMO. “¡Pobre Bucaramanga!” En: La Unión obrera. Periódico socialista: todos para todos”. Bucaramanga: Julio 1 de 1911. No. 15.

espirituales, la Gobernación Departamental la “condenaba a las tinieblas” al decretar que el Municipio asumiera de sus fondos la cancelación del alumbrado público. En palabras del anónimo se indicaba:

Sí, señores, así como lo oyen, porque dispone que el Municipio pague el alumbrado público, equivale a suprimirlo. Con qué no ha podido dar local a la Escuela Superior, ordenado por la Asamblea, con qué no tiene con qué atender a sus hospitales y demás gastos y fuera a poder pagar el alumbrado. Como se nota el efecto en el Gobierno de la falta de hombres de esta ciudad! Como hoy todos son de fuera... pobre Bucaramanga!...

Se puede considerar que entre las calamidades o azotes que sufrían los pobladores del Valle de Soto en 1911, se apreciaban: el actuar médico y el diagnóstico de Fiebre Amarilla, las prácticas sanitarias ya citadas, los procesos encaminados a la erradicación del mosquito, las dolencias de la enfermedad y en algunos casos la muerte; unido a lo anterior, el desarrollo consecutivo de los ejercicios espirituales, y como se expresa en el artículo, el azote de la Asamblea Departamental al Tesoro Municipal. Manifestaban no contar con el dinero suficiente para el sostenimiento del Hospital pero sí para subsidiar el alumbrado público de la localidad, quedando como afirma el escrito: “condenados a las tinieblas”.

Sin embargo, es de anotar que en ésta epidemia todos los periódicos consultados compartieron la negativa frente al diagnóstico de la Fiebre Amarilla; en un periódico local denominado: Iris, se mencionaba que con el gasto del dinero colectado en Bogotá para la instauración del Hospital para los enfermos con Fiebre Amarilla, la misma llegaría definitivamente a su fin, y ello, le causaba felicidad, “*pues ello, será el mínimo efectivo del grave perjuicio que viene sufriendo la Provincia de Soto con el alarma causado sin fundamento, con la fiebre que aquí se apellidó amarilla*”²²³.

2.8 CUANDO CESA EL BROTE EPIDÉMICO

2.8.1 La clausura del Hospital Para el mes de Agosto la epidemia de Fiebre Amarilla no se había extinguido del territorio santandereano pero sí eran muy pocos los atacados con

223 Periódico Iris No. 10. Septiembre 20 de 1911.

la misma que ocupaban el Hospital creado para tal fin al igual que en las poblaciones vecinas de Rionegro y Florida, que también estaban contagiadas por la epidemia donde había disminuido el número de enfermos atacados por la misma²²⁴. Por ello, la esfera gubernamental de la localidad indicaba que el nombramiento de los médicos oficiales no se justificaba en éste período, como tampoco la atención que se brindaba en el Hospital de Fiebre Amarilla a los enfermos de la epidemia; el Gobierno Departamental decretaba²²⁵ que el reconocimiento de los atacados con la Fiebre Amarilla que se presentaría en la ciudad de Bucaramanga y las atenciones que demandasen los enfermos hospitalizados continuarían a cargo del doctor Julio Vanegas, quién además debía visitar frecuentemente las poblaciones de Rionegro y Florida.

En el informe suministrado por la Oficina de Sanidad correspondiente al mes de Agosto, el gobierno local sugería la función innecesaria que prestaba el hospital que se había fundado para atender a los pobres atacados por la epidemia²²⁶; se argumentaba que en el mismo se estaba atendiendo a un número reducido de enfermos que requerían hospitalización; además, indicaba el alto costo que ocasionaba el sostenimiento permanente de los enfermos y con ello, el arrendamiento del local. Por ello, se decretaba²²⁷ clausurado el Hospital de Sanidad y se autorizaba a la Oficina de Sanidad para que con previo acuerdo y de la mejor manera, auxiliara de los fondos correspondientes hasta con treinta centavos oro, diarios, á las personas que se contagiaron con la epidemia. De esta manera, se observa como la propuesta del Gobierno local se encaminó en cambiar la atención en salud por “pesos oro”. Todos los útiles, enseres y demás que existían en el Hospital pasarían por un riguroso inventario al señor alcalde que los mantendría a disposición de la Oficina de Sanidad.

Por otra parte, se apreciaba en los periódicos de la región críticas frente a las disposiciones legales acordadas por el Gobierno Departamental en cuanto a la clausura del Hospital. En el periódico Iris aparecía en éste mismo mes de Agosto un columna que

224 Gaceta de Santander. Martes 23 de agosto de 1911. No. 4019. Esta era la justificación del Estado para emprender el cierre del Hospital para enfermos pobre con Fiebre Amarilla.

225 Decreto 247 de 1911 (2 de Agosto de 1911).

226 Gaceta de Santander. Martes 3 de octubre de 1911. No. 4032

227 Decreto No. 286 de 1911. (17 de septiembre de 1911).

se nombraba: *Contra Bucaramanga*²²⁸, donde se acusaba al Gobernador de Bucaramanga, al Dr. Valdivieso, de obligar a los miembros de la Oficina de Sanidad, ordenar el pago de sumas por gastos que ellos no habían imputado, al Fondo de Saneamiento de la ciudad y “so *pretexto de amables economías, ha ideado cerrar el hospital para enfermos de la Fiebre Amarilla, sostenido con el auxilio del Gobierno Nacional y con el producto de la colecta que en Bogotá levantó el Señor D. Ismael E. Arciniegas, y a pasar tales enfermos al Hospital de Caridad*”.

Seguidamente se indica y se cuestiona: “*Dice el Dr. Valdivieso con lágrimas en los ojos, que de ese modo recibe el Hospital, las sumas que hubieran de invertirse en aquel. ¿Con qué, Doctor muchos temores para recibir la colecta de Bogotá, y luego... adiós escrúpulos? ¿Qué dirán los contribuyentes de Bogotá cuando sepan que su auxilio, para los enfermos de Fiebre Amarilla, lo pasó el Sr. Gobernador al Hospital de Caridad para reemplazar con él, la suma que a éste establecimiento ha dejado de pagarle el Tesoro del Departamento? Pero esto no es lo más grave del asunto; lo cruel, lo que lacera el corazón con sólo pensarlo, es que el Dr. Valdivieso en su deseo de hacerle daño a Bucaramanga, va a poner en práctica ya eficacísimo medio de el aumento de la propagación de la tuberculosis en la ciudad. Esto es claro como la luz del sol: la Fiebre Amarilla mantendrá por algún tiempo una corriente de enfermos hacia el Hospital de la ciudad de donde saldrán sin fiebre, pero contagiados de la Tuberculosis, enfermedad que reinará más tarde en sus hogares*”.

228 ANONIMO. “Contra Bucaramanga”. En: Iris: Periódico Liberal. Bucaramanga: Agosto 12 de 1911. Número 3. Serie I. Director: Ricardo Serpa.

* A propósito, se copiaba de la memoria del Sr. Gobernador a la Asamblea, en sus últimas secciones el siguiente párrafo del informe que con fecha 24 de Febrero último, rendían los médicos oficiales a la Secretaría de Gobierno. “*Creemos oportuno manifestar al Sr. Secretario que hay en la población otro foco más peligroso todavía que la cárcel para la expansión de la tuberculosis, foco que es una verdadera amenaza para la ciudad: el Hospital. La tuberculosis toma allí proporciones increíbles por la falta de salas dedicadas especialmente a esa enfermedad*”.

De lo anterior, se invitaba: “*Júzguese, por lo expuesto, del acierto de la medida del Sr. Gobernador*”.

En cuanto al estado del Hospital de Caridad de la ciudad de Bucaramanga, se indicaba en la publicación No 8 (iris: Periódico Liberal No. 8. 1911. Septiembre 10) del mismo periódico que en una visita practicada al Hospital, surgió el interrogante: “*¿Porqué una ciudad que tiene parques, jardines y estatuas, no se ha preocupado por seres tan infelices como los allí alienados?*”. De la visita los periodista y escritores concluyeron: “*Lo que vimos en el Hospital nos convenció de que el personal encargado de su administración, no solo cumple con sus deberes sino que hace grandes esfuerzos por conjurar la miseria que amenaza extinguir este establecimiento, y de que muy poco*

Es de anotar que esta publicación en el periódico local, despertó una disputa en los medios de comunicación escritos. Sin embargo, el Gobernador ya citado, no realizó ninguna respuesta al anterior escrito, pero la tarea fue emprendida por el Dr. Julio Vanegas (médico nombrado por el Gobierno local para el enfrentamiento de la Fiebre Amarilla), quien en una publicación denominada: “Ligerezas del Iris”, lejos de desmentir las afirmaciones ya citadas confirma lo siguiente:

1. Respecto a la actitud del Sr. Gobernador de obligar a la Oficina de Sanidad, ordenar el pago de sumas por gastos que ellos no han considerado como imputables al Fondo de Saneamiento de la ciudad. A este respecto, el Dr. Vanegas mencionaba el generoso envío hecho a Florida y Piedecuesta de parte del auxilio, que no era censurado por el escritor. Lo que éste sabía y sí censuraba era el caso de ciertos heridos de Girón, que el Gobernador deseaban fuesen atendidos con el dinero para el Saneamiento de la ciudad.
2. La idea del Sr. Gobernador, Dr. Valdivieso V., de cerrar el Hospital de amarílicos y pasar éstos al Hospital de Caridad. Esto lo confirmaba el Dr. Vanegas rodeando la idea de diversas conveniencias, de razones económicas y en su afán de componer el asunto hasta, declaró la existencia mínima de Fiebre Amarilla en Bucaramanga.
3. El la traslado de los enfermos de Fiebre Amarilla al Hospital de Caridad se consideraba un medio eficaz para aumentar la propagación de la tuberculosis también lo confesaba el Dr. Vanegas, y advertía que para evitar el peligro, se constituirá allí un sala especial; agregaba que la misma le quedaría al Hospital, y que con la suma de \$10.000 se remediarán muchas escasezes en el Hospital. En la siguiente publicación del Iris se cuestionaba: *¿Doctor, esas escasezes no serán provenientes del no pago del auxilio asignado a tal establecimiento por la Asamblea Departamental?*²²⁹.

se preocupa la ciudad de Bucaramanga por levantar este Asilo de la desgracia al nivel que demanda la categoría de una ciudad que sí alcanza a proporcionarle placeres y diversiones”.
229¿DEFENSA? Iris: Periódico Liberal. Serie I No. 5. 1911. Agosto 26.

Lo que se reportaba seguidamente como “Castigo y premio” refería el despido “por economía” del Dr. Gregorio Consuegra, como médico del Hospital para enfermos de Fiebre Amarilla; lo cierto es que el citado médico no había aprobado el proyecto para el traslado de los enfermos de Fiebre Amarilla al Hospital de Caridad. Sin embargo, por decreto del mismo Gobernador Departamental, el sueldo del Dr. Julio Vanegas aumentaba considerablemente²³⁰, ya que éste sí había aprobado el mencionado proyecto.

Con este caso se reconoce el acercamiento político que se apreciaba entre el Sr. Gobernador de Santander y el médico de la epidemia el Dr. Julio Vanegas y su interés por el cierre del hospital y con ello, el traslado de los enfermos al Hospital de Caridad. De otra parte, se aprecia el despido del Dr. Gregorio Consuegra como resultado de su negativa al evento antes citado; resultando probable que con el excedente de la medida económica del conveniente Gobernador, el Dr. Julio Vanegas, recibiese un aumento considerable en su sueldo. Procesos como el antes descritos, dan cuenta de la estrecha interrelación que alberga la sociedad política y médica, frente a la epidemia, en su dinámica de poder compartido.

2.8.2 La clausura de la Oficina de Sanidad Para el mes de febrero de 1912 se mencionaba²³¹ la desaparición de las causas que se habían tenido en cuenta para la creación de la Oficina de Sanidad, en la ciudad de Bucaramanga, así como también el agotamiento de las fuentes de recursos que habían existido en principio para su sostenimiento y la viabilidad que presentaba la Junta Departamental de Higiene de suplir las funciones que desarrollaba la Oficina de Sanidad. Por ello, se decretaba²³² la disolución de la oficina de Sanidad y todos sus muebles y archivos serían entregados con inventario al Tesoro General del Departamento, se puede sugerir que la discusión por el traslado de los enfermos de Fiebre Amarilla al Hospital de Caridad fuese una causa más para la clausura de dicho Organismo.

230 Decreto No. 257 de 1911.

231 Gaceta de Santander. No. 4059. Pág. 74. 1912. Febrero 20.

232 Decreto 14 de febrero de 1912.

Finalmente es de anotar que no se equivocó el Dr. David Mac Cormick al pronunciar en el II Congreso de Medicina Nacional las siguientes palabras: *“La epidemia ha pasado en Bucaramanga y en las poblaciones vecinas; pero nadie puede asegurar que no reaparezca con peores caracteres de las que tuvo, y con el abandono de las medidas profilácticas, el desastre puede ser muy grande”*²³³.

233 MAC. CORMICK, David. 1913 Op. cit., p.141.

3. MOSQUITOS, ESPIRILAS E HIGIENE.

LA FIEBRE AMARILLA REAPARECE EN BUCARAMANGA (1923): ESTUDIO DE LA EPIDEMIA

Este capítulo de investigación aborda el proceso de reconstrucción histórica del enfrentamiento a la presencia de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga en el año de 1923, desde la ciencia médica; indica las acciones que desde el ámbito científico se implementaron con el fin de erradicar su presencia en la citada ciudad. Sin embargo, para lograr tal objetivo se menciona en un primer momento las aproximaciones comprensivas en las cuales se insertaba la manifestación epidémica de la enfermedad, ya que para el período que nos ocupa en el presente capítulo, el manejo de la entidad mórbida se hallaba inmersa bajo dos teorías complementarias a saber: la teoría de los centros claves y la teoría bacteriológica.

3.1 LA TEORÍA DE LOS CENTROS CLAVES Y LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER

En el año de 1909 se fundó la Organización conocida bajo el nombre de Comisión Sanitaria Rockefeller, cuyo propósito consistía en llevar a cabo una campaña en el ámbito mundial, en pro del exterminio de la uncinariasis. La creación de tal empresa se incubó en la mente de Mr. John D. Rockefeller y se cristalizó cuando reconocidas personalidades²³⁴ aceptaron formar parte de la misma en calidad de socios. Después de un período experimental de cinco años, la comisión daba por finalizado el propósito que se había propuesto. No obstante, en ese mismo año de 1913, el Sr. Rockefeller realizó una dotación de cien millones de dólares con el objetivo de posibilitar el surgimiento de la Fundación Rockefeller, como una institución permanente y organizada en la promulgación

234 Dr. William H. Welch, Dr. Simon Flexner, Dr. Charles W. Stiles, Dt. Edwing A. Alderman, Dr. David F. Houston, Mr. Walter H. Page, Dr. H. B. Frisell, Mr. Frederick T. Gates, Mr. Starr J. Murphy, Dr. P.P. Claxton, Mr. J.Y. Joyner. ROSE, Wickliffe. FUNDACIÓN ROCKEFELLER: Junta de Sanidad Internacional. Noveno Informe Anual. New York, 1923. p.5.

legislativa del Estado de New York. Fue éste, el punto de partida para que la F. R., prestase cooperación a diversas autoridades gubernamentales de todo el mundo, en cuanto a patologías como la uncinariasis, la anquilostomiasis, el paludismo, la fiebre amarilla y los fenómenos relacionados con la salud pública (ver mapa).

Figura 6 Mapa geográfico de la extensión de la comisión sanitaria Rockefeller, donde se presentan las actividades mundiales de la Junta Sanitaria Internacional en el año de 1922.

Tomado de: ROSE, Wickliffe. FUNDACIÓN ROCKEFELLER. Junta de Sanidad Internacional:



Noveno informe anual. New York. 1923. p.VI.

El peligro amenazante de la Fiebre Amarilla fue sometido a discusión por primera vez a la Junta en 1914, como resultado de las observaciones comunicadas por Wickliffe Rose, director de la misma, quién observó en su viaje por las regiones del extremo Oriente, el temor e inquietud que se exhibía en éstas regiones por la apertura del Canal de Panamá y con ello, la circulación de la enfermedad en esta franja (Oriente) por los barcos que emprendiesen la ruta de Panamá, distinguida por su morbilidad en Fiebre Amarilla, trayendo consigo el contagio a la población no inmune de éstos países.

Con tal precedente, Wickliffe Rose se reunió con el General William C. Gorgas, quién para entonces desempeñaba el cargo de Cirujano General de la Armada Norteamericana, para

• Fundación Rockefeller.

discutir tal evento²³⁵. El General Gorgas reiteró con optimismo su anhelo por la erradicación de la enfermedad mediante la eliminación del vector y para ello, decidieron emprender planes de erradicación del mosquito por medio de costos y esfuerzos mancomunados y razonables.

Una siguiente reunión fue realizada con la asistencia de Henry Carter y Joseph H. White donde se acordó que la erradicación de la Fiebre Amarilla se consideraba un proyecto viable, de gran valor e indicaron lo propicio del momento para convencer a la Fundación Rockefeller que interviniese en el mismo. De allí, surgió la Teoría de los Centros Claves donde Wickliffe Rose resumía en una concepción epidemiológica, la teoría de la Fiebre Amarilla que condensaba el saber del momento: la enfermedad sólo se adquiría por la picadura del *Aedes Aegypti*²³⁶ que se encontraba infectado por alimentarse de la sangre de un humano enfermo de Fiebre Amarilla, se mencionaba la existencia de unos centros endémicos de la enfermedad (Centros Claves) que funcionaban como semilleros de la infección y por ello, sí se lograba la destrucción de tales focos la enfermedad desaparecería²³⁷. Esta teoría se convertía en el fundamento científico de los próximos planes de erradicación de la enfermedad y las propuestas de Manson* quedarían relegadas a un segundo plano.

Es claro que éste grupo de médicos internacionales, que compartían los propósitos de la Fundación Rockefeller, desconocían los planteamientos de los médicos colombianos como Roberto Franco y de los médicos santandereanos como: David D. Mac Cormick y Andrés Gómez, en cuanto a la posibilidad de otro origen de la Fiebre Amarilla, especialmente en lo referente a los brotes o manifestaciones epidémicas que se ubicaban en zonas alejadas de los puertos marítimos.

235 ROSE, Wickliffe. FUNDACIÓN ROCKEFELLER: Junta de Sanidad Internacional. Noveno Informe Anual. New York. 1923. p.11.

236 CUETO, Marcos, La sanidad desde arriba: la fiebre amarilla, la costa norte y la Fundación Rockefeller. El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos - IEP. 1997. p.62-63.

237 THE ROCKEFELLER FOUNDATION. Annual Report. New York: Rockefeller Foundation 1915. p. 71.

• Propuesta indicada en el primer capítulo.

médico militar de los EEUU, Eugene Whitmore: Bacteriólogo del Servicio de Sanidad Americano (Secretario de la Comisión) y William Wrightson, Ingeniero Sanitario²³⁸.

3.2 LA COMISIÓN NORTEAMERICANA VISITA COLOMBIA (1916)

En 1916 la recién creada Comisión de Fiebre Amarilla visitó los centros sospechosos de ser endémicos en Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela²³⁹ (). La Comisión visitó Colombia en Agosto de 1916, pasando por Puerto Berrío, la zona de Muzo, los Santanderes y la Costa Atlántica. A Muzo viajaron los doctores Gorgas, Lyster, Whitmore y Wrightson, quienes fueron acompañados por el médico colombiano y miembro del Servicio Nacional de Sanidad, José María Montoya. Los Doctores Carter y Guiteras se dirigieron a Puerto Berrío con objeto de estudiar el estado sanitario de este puerto y de la línea del ferrocarril de Antioquía; en su misión fueron acompañados por los médicos Emilio Henao y Gabriel Toro Villa. William Gorgas continuó su viaje hacia Barranquilla, en donde se reunió con Carter y Guiteras para estudiar la situación de la Costa Atlántica, mientras que Lyster, Whitmore y Wrightson, siguieron al Norte para visitar las ciudades de Bucaramanga y Cúcuta, de donde continuaron su ruta hacia Maracaibo con el fin de encontrarse con sus compañeros y continuar su travesía por los otros centros claves que distinguían en América Latina.

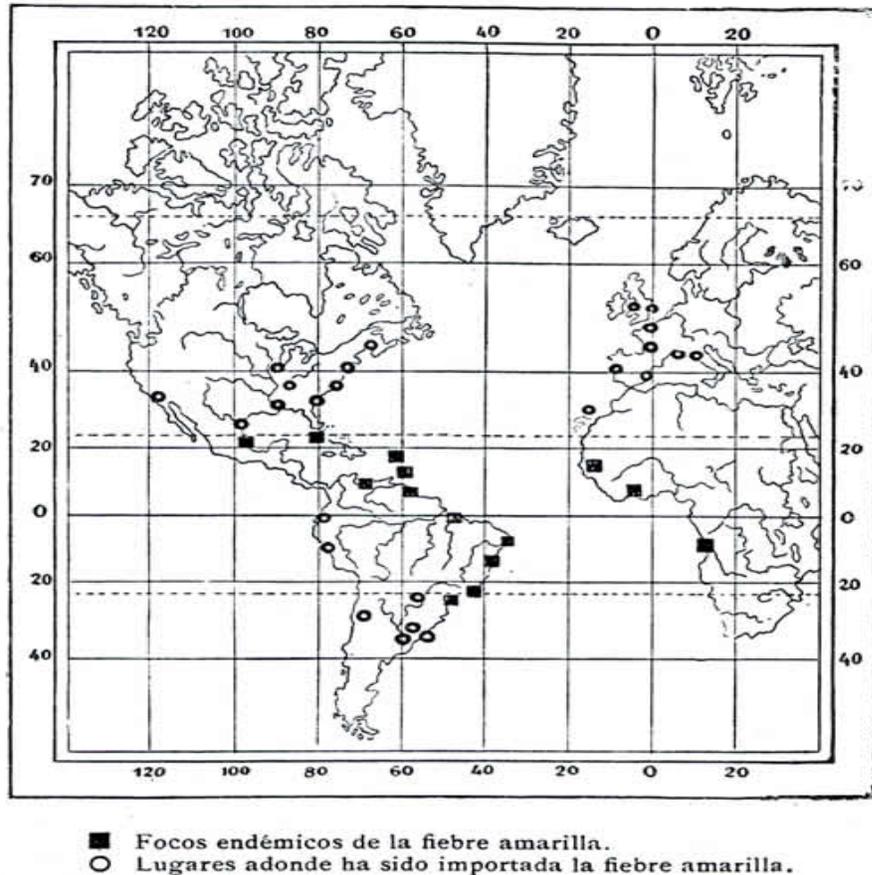
Después de realizar diferentes actividades en busca de los antecedentes de la Fiebre Amarilla, en los territorios ya citados, la Comisión negó la existencia de Fiebre Amarilla en Colombia. Gorgas afirmó que en la región de Muzo no existía la Fiebre Amarilla porque no encontraron el mosquito del tipo *Stegomyia Fasciata*, negando de manera directa el diagnóstico sugerido diez años atrás por Roberto Franco y sus colaboradores. El General opinaba acerca de la imposibilidad que hubiese existido el mosquito en 1907 en Muzo y hubiese desaparecido unos años después sin realizar ninguna campaña contundente para erradicarlo. Las dificultades radicaban que su búsqueda las ejecutaron en la ciudad y pasaron inadvertidas las anotaciones de Franco y sus colegas al señalar que la

238 GARCÍA M, Pablo. Comisión Americana para el estudio de la fiebre amarilla." Revista de Higiene 8 (100)1917. p.506 –507.

239 WARREN, Andrew. Landmarks in the Conquest of Yellow Fever. En: STRODE George. Yellow Fever. New York: Mac Graw – Hill Book. 1951. p.14.

enfermedad se contraía en el bosque y no en la ciudad; de la misma manera la comisión colombiana que visitó Muzo en 1907 fue enfática al indicar la existencia de otro culicideo que existía en la región como posible vector.

Figura 8. Focos endémicos y lugares de importación de fiebre amarilla



Tomado de: KOLLE, W y HETSCH, H. La bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas. Madrid: Saturnino Calleja. 1921. p.1345.

Como ya se indicó, de igual manera ocurrió en las otras regiones como Cúcuta y Tacamocho donde los médicos colombianos identificaban éstos territorios como epidémicos, pero que según los estudios de la Comisión Internacional, no existían tales focos²⁴⁰. Luego de visitar los principales puertos del Brasil, desde Río de Janeiro hasta Pará, la comisión decidió iniciar las labores de saneamiento en Guayaquil, único centro

240 Ver también en: El Gráfico. Serie XXX, Año VII. No. 304. Pág. 29. Bogotá: Agosto 26 de 1916.

identificado como endémico, manteniendo observaciones en las Costas del Brasil, y del litoral Sur del Caribe, extendiendo las investigaciones a México y al África occidental, regiones consideradas como sospechosas de albergar la Fiebre Amarilla.

3.3 HIDEYO NOGUCHI Y LA LEPTOSPIRA ICTEROIDES

Una Comisión especial llegó a Guayaquil en el mes de Julio de 1918 para emprender intensas investigaciones sobre las condiciones de la Fiebre Amarilla en éste lugar. Como parte de los resultados de la Comisión, el bacteriólogo del Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas, Hideyo Noguchi, anunció haber descubierto una *Leptospira* que producía lesiones sugestivas de Fiebre Amarilla en el cobayo²⁴¹. Según Darío Hernández²⁴²,

Morfológicamente se parece al espiroqueta ictero-hemorrágico de Weil, pero su cuerpo es un poco más delgado, alcanza de 4 a 9 micras de longitud, por 0.2 micras de espesor y presenta sus dos extremidades muy afiladas. La división es extravasal. Atraviesa fácilmente los filtros de Berkefield V. y se colora bien con el ácido ósmico. Coloreada por el método de Fontana, aparece como un filamento ligeramente ondulado, sin espiras netas. Las formas en S y C son frecuentes; el germen coloreado aparece bajo un aspecto muy diferente del observado al ultramicroscopio. Este parásito es rápidamente destruido por las sales biliares al 10%, pero resiste a la acción de la saponina.

El profesor Noguchi en sus experimentos sobre los cobayos, encontró patógena para estos animales la sangre de 26 enfermos sobre 27 estudiados. En un caso referido por éste, 8 mosquitos que habían picado 23 días antes a un enfermo al tercer día, infectaron a un cobayo que murió al sexto día, y cuya sangre inoculada a un segundo cobayo lo hizo sucumbir al séptimo día, encontrándose espiroquetas en los órganos²⁴³.

241 NOGUCHI, Hideyo. Etiology of Yellow Fever: Transmission experiments on Yellow Fever. *Journal of Experimental Medicine*. 1919. p.568.

242 HERNÁNDEZ, Darío. La Fiebre Amarilla de 1923 en Bucaramanga. Tesis para optar el Título de Médico. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 1925. p.23.

243 *Ibíd.* p. 24.

De ésta manera se comenzó a reconstruir un nuevo concepto de Fiebre Amarilla, centrado en la idea de los Centros Claves que combinaba la teoría del mosquito con la teoría de la etiología bacteriana de la enfermedad. Tal idea se había descartado en las últimas décadas del siglo XIX por los propios bacteriólogos al demostrar que ningunos de los hongos y bacterias a los cuales se les había adjudicado en un primer momento la etiología de la patología cumplían finalmente los postulados de Koch²⁴⁴.

La campaña se inició en 1918 y en el mes de Mayo del siguiente año se manifestó el último caso de Fiebre Amarilla en la citada ciudad (Guayaquil). La actividad sanitaria se consideró un éxito que marcaba una de las victorias de la Fundación Rockefeller al controlar la enfermedad por medio de las medidas anti – mosquito. La ambición de Gorgas de escribir “el último capítulo de la Fiebre Amarilla” parecía que comenzaba a dejar de ser una utopía²⁴⁵.

En Junio de 1918 surgió un brote epidémico en Guatemala y durante 1919 fueron reportados brotes en Brasil, Honduras, El Salvador, Nicaragua y México. El triunfo de la campaña de Guayaquil atrajo la atención de los diferentes gobiernos, invitando a la Junta Sanitaria Internacional (IHB) de la Fundación Rockefeller para cooperar con sus esfuerzos en el control de la enfermedad. La teoría de los Centros Claves y el Hallazgo de Noguchi permitieron a la Junta pensar que los aspectos científicos y epidemiológicos necesarios para controlar los brotes epidémicos estaban definidos gracias al hallazgo del agente causal que se sumaba al control del vector que se venía practicando años atrás. Con tal motivo la Fundación extendió la campaña anti – mosquitos a los países ya citados, mientras Noguchi aprovechaba los casos de México para confirmar sus resultados iniciales²⁴⁶. Los brotes fueron suprimidos por medio de las medidas implementadas en un primer momento en Guayaquil.

244 WARNER, Margaret. Hunting the Yellow Fever Germ: The Principle and Practice of Etiological Proof in the Late Nineteenth – Century America. En: Bulletin of History of Medicine. 1985. (59). p. 365

245 VICENT, George. The Rockefeller Foundation. A Review for 1919. Public Health and Medical Education in Many Lands. New York: The Rockefeller Foundation. 1920. p. 2 - 10.

246 WARREN, A. Op. Cit., p.16- 17.

En el año de 1920 un nuevo brote surgió en Perú y la IHB inició sus labores de control en el mes de Febrero de 1921 con la colaboración del gobierno peruano²⁴⁷. Nuevamente en éste lugar, Noguchi confirmó sus hallazgos; Por tal motivo en el sexto reporte anual de la IHB se menciona que: “es razonablemente cierto ahora que el organismo que Noguchi ha llamado *Leptospira icteroides* es el verdadero agente etiológico. Las vacunas y los suero realizados con el organismo son protectoras en animales y aunque su uso en humanos ha sido limitado, existe ya mucha evidencia de que tiene un valor verdadero”²⁴⁸.

Para el año de 1921, George Vicent, Presidente de la Fundación, en su informe sobre las actividades de la institución correspondiente al año anterior, informaba que en la lucha contra la Fiebre Amarilla en Yucatán, la vacuna de Noguchi había jugado un papel significativo en los desarrollos emprendidos en dicha campaña. Sin embargo, comentaba que era muy temprano realizar un anuncio definitivo sobre la efectividad de la vacuna, a pesar de los resultados tan motivadores obtenidos hasta ese momento²⁴⁹.

Al siguiente año su informe portaba un título mucho más que alentador: “La Fiebre Amarilla en retirada”; allí comentaba la experiencia que se había tenido con la vacuna de Noguchi durante el año de 1921, indicaba que al ser administrada correctamente se obtenía una marcada protección contra la enfermedad y aún cuando se administraba en los primeros días de la sintomatología se lograba reducir la mortalidad de manera significativa. Durante ese mismo año era conocida la ausencia de casos en Ecuador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica; de la misma manera se encontraban disminuidos los casos conocidos de la enfermedad en Guatemala, Salvador y Perú. En Brasil se reportaron casos pero se afirmaba que la lucha iba por buen camino. Es precisamente a finales de 1922 cuando éste mismo actor se pronuncia respecto a la epidemia a escala mundial afirmando “un progreso definitivo se ha llevado a cabo durante el año de 1922 en la Campaña de la Junta Sanitaria Internacional para eliminar la Fiebre Amarilla del mundo

247 *Ibid.*

248 THE ROCKEFELLER FOUNDATION. International Health Board. IHB. Sixth Annual Report. January 1, 1919 – December 31, 1919. New York: Rockefeller Foundation. 1920. p.20.

249 VICENT, G. Following up Yellow Fever. Review For 1920. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation 1921. p.27.

(...) es difícil creer que ésta última fase de la lucha contra la Fiebre Amarilla haya comenzado hace sólo cinco años²⁵⁰.

En Brasil, Oswaldo Cruz y sus colaboradores habían logrado erradicar la Fiebre Amarilla en Río de Janeiro y Los Santos, pero los brotes se manifestaban en el resto del país, para lo cual, el gobierno pidió ayuda a la IHB con el fin de controlar la epidemia. Siguiendo tal objeto se comisionó a Joseph H. White para dirigir el programa de erradicación y de igual manera se trasladó Noguchi al lugar para continuar con los estudios y demostraciones correspondientes al agente causal²⁵¹.

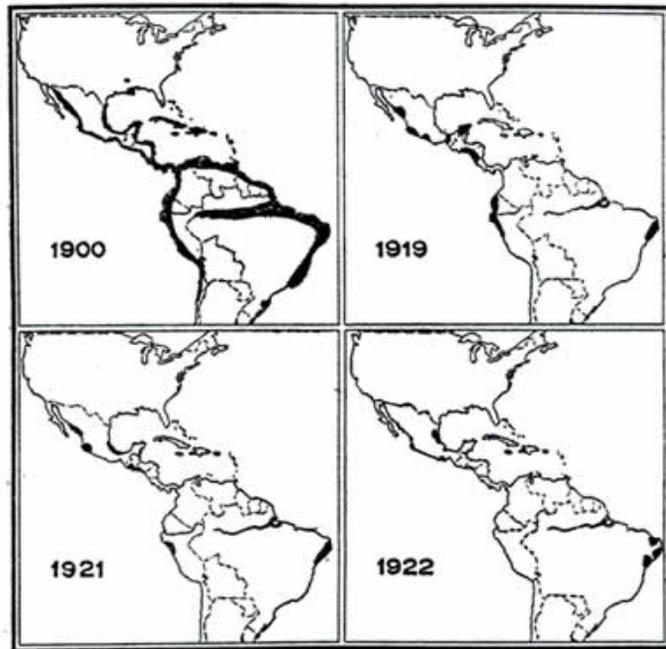
De tal manera se indicaba que para 1923 la Fiebre Amarilla estaba en retirada; en los mapas de los anuarios de la Fundación Rockefeller se observa la reducción constante de la enfermedad en distintas regiones, que se consideraban por ellos, infectadas; de igual manera se aprecia en los mismos, la ubicación portuaria de la enfermedad desconociendo o pasando inadvertida la presencia de la enfermedad en territorios no costeros de diferentes países, (ver mapas). Sin embargo en el anuario correspondiente a 1922 y publicado en 1923 en un aparte denominado “Conservando el terreno conquistado” se indicaba que “durante el año de 1922 no se registró ningún caso en la Guayanas Inglesas y Holandesas, como tampoco en Venezuela, Colombia y Ecuador, tampoco se sabe haya ocurrido un solo caso de Fiebre Amarilla en el litoral del Caribe durante los últimos tres años²⁵². Pero la Fiebre Amarilla estaba de vuelta en Colombia y llegó a la ciudad de Bucaramanga.

250 VICENT, George. Closing in on Yellow Fever. Review For 1922. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation. 1923. p.35 –36.

251 BENCHIMOL, Jaime. Domingos José Freire y los comienzos de la bacteriología en Brasil. Brasil: 2001. p.119.

252 ROSE, Wickliffe. 1923. Op., cit. p.17.

Figura 9 Fiebre amarilla en retirada. Mapa del hemisferio occidental que demuestra la reducción que constantemente ocurría según la Fundación Rockefeller en las zonas de infección.



ROSE, Wickliffe. 1923 Op., cit. p.17.

3.4 LA INCURSIÓN NUEVAMENTE DE LA FIEBRE AMARILLA EN BUCARAMANGA, 1923: LA MAGA NOTICIA DE LA SEGADORA DE VIDAS DE TEZ AMARILLÍCA²⁵³.

La descripción de la ciudad para la fecha de la presencia epidémica comentaba su ubicación sobre una llanura aurífera, geológicamente compuesta de una delgada capa vegetal, seguida de un conglomerado arenoso, después arcilla y finalmente, el magma aurífero. Ubicada en un valle, al pie de las estribaciones de la Cordillera Oriental, más exactamente sobre los ramales que llegaban al Magdalena, extendiéndose por ésta llanura. Por el Norte limitaba desde Chitota con la quebrada que se denomina de igual manera, hasta el Valle de Guatiguará, en la caída de la Mesa de los Santos, al sur. Por el Oriente limitaba con los Altos de Gualilo y por el Occidente se ubicaba el Río de Oro, partiendo límites con los municipios de Girón y Lebrija²⁵⁴.

²⁵³ MR. PATÓGENO. "El caso típico". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1.110. Viernes 27 de abril de 1923.

²⁵⁴ HERNÁNDEZ, Dario. Op. cit., p.11.

Bucaramanga se había fundado en el año de 1622 con el objeto de distinguirse como un centro de lavadores de oro, que prosperó y creció lentamente, iniciando su verdadera densificación demográfica a finales del siglo XIX; se situaba a 995 metros sobre el nivel del mar y su temperatura promedio era de 24 grados centígrados. Para el censo de 1918 el número de sus habitantes era de 24. 919, mientras que para el año de 1923 se registraban 30.266 pobladores. La ciudad se había edificado sobre un plano inclinado en una pendiente casi uniforme de Oriente a Occidente, batida continuamente con los vientos de Norte a Sur. Para el período que nos ocupa la ciudad se consideraba un centro comercial muy importante, y lugar de intercambio con el exterior y con varias ciudades del interior²⁵⁵.

Como ya se ha indicado en el capítulo anterior, la ciudad estaba unida a las poblaciones de Girón, Florida y Piedecuesta; en la fecha, se transitaba entre ellas por carreteras automoviliarias y con las poblaciones más distantes se comunicaban por medio de caminos de herradura. La ciudad contaba con amplios parques, emprendía una labor de urbanización, “trabajaba con entusiasmo y patriotismo en la construcción de dos obras de imperiosa necesidad para la prosperidad, adelanto e higiene de la población, es decir, el acueducto y el alcantarillado”. Para 1923 se dirigía “rápidamente hacia este centro comercial el ferrocarril de Puerto Wilches que lo convertiría en el más importante y poderoso del Norte, y los ferrocarriles del Nordeste y Central del Norte, que buscaban también el mismo punto de convergencia”. De la misma manera la ciudad contaba con el Hospital de Caridad y una instalación metereológica en el Colegio San Pedro Claver, donde se tomaban continuamente las observaciones de temperatura, lluvias, vientos y presión atmosférica²⁵⁶.

Las perspectivas de tales obras, todas ellas encaminadas en la vía de “modernización y prosperidad” habían convertido a la ciudad en el imaginario de la “ciudad promesa”²⁵⁷ donde llegaría la Fiebre Amarilla en medio de “una sociedad culta y progresista que tiene fe en su porvenir y esperanzas muy fincadas en su futura grandeza”²⁵⁸. (Resulta relevante

255 *Ibíd.* p.12.

256 *Ibíd.* p.13

257 En diversas publicaciones como periódicos de éste año se encuentra ésta frase como el apellido de Bucaramanga, que en gran medida cumplió su sentencia, ser “la ciudad promesa”.

258 *Ibíd.*

indicar que las epidemias se insertaban en la dinámica de la pobreza en la región puesto que ayudaban a generar un clima de inestabilidad e incertidumbre que situaba como inseguras las inversiones extranjeras.

Gast Galvis²⁵⁹, testigo del brote epidémico comentaba que éste se evidenció “a inicios de 1923 procedido por un fuerte y caluroso verano con temperaturas que subieron hasta 28 grados centígrados y una gran proliferación de mosquitos”, distingue que el inicio de la presencia epidémica se originó con el conocimiento de un caso que se presencié en un soldado del cuartel de la ciudad que enfermó el primero de Enero y murió cinco días después²⁶⁰. Seguidamente se manifestaron dos casos que se observaron en estudiantes del Colegio San Pedro Claver, con fiebre y hematemesis que lograron llamar la atención del cuerpo médico de la ciudad, pero que se distinguían tanto por el aumento de los mismos como porque los afectados eran “individuos que pertenecían a otras localidades”²⁶¹.

Con la manifestación epidémica un grupo de médicos locales emprendió la tarea de diagnosticar el cuadro sintomático que se apreciaban en los enfermos sugiriendo la presencia de la Fiebre Amarilla en la ciudad, despertando a su vez, una confrontación ideológica con otros médicos locales que apoyados por el sector económico de la ciudad decidieron negar el diagnóstico y las actividades sugeridas por éstos para el enfrentamiento epidémico. De la misma manera los Organismos Nacionales se pronunciaron al respecto pero de ello se dará cuenta en el siguiente capítulo, donde se estudiará además la intervención de la Fundación Rockefeller en la dinámica que generaron tanto los actores socio políticos locales como nacionales e internacionales en dicho período.

259 Gast Galvis cursaba último grado de bachillerato en la institución y recordaba que 150 alumnos del internado del Colegio fueron notificados para regresar a sus respectivos hogares y sólo volvieron al plantel educativo cuando los agentes médicos habían controlado la presencia del mosquito transmisor en la ciudad (GAST GALVIS, Augusto. Op., cit., p.44).

260 *Ibíd.* p.44.

261 HERNÁNDEZ, Darío. Op., cit. p.45.

3.5 LOS ASPECTOS ENDÉMICOS, LOS CUADROS CLÍNICOS Y LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El cuadro clínico de los primeros enfermos diagnosticados por los médicos locales fue el punto de partida para la comunicación de la presencia de la enfermedad en la ciudad de Bucaramanga en el año de 1923, éste fue el soporte que orientó las aproximaciones teóricas de los médicos que en dicho espacio se atrevieron a manifestar la existencia del padecimiento en la ciudad.

Los médicos locales Daniel Peralta, Martín Carvajal, Francisco Pradilla, Luis Ardila Gómez, David Mac Cormick, Julio Valdivieso y Roberto Serpa, mencionaban la existencia de un foco endémico de Fiebre Amarilla en la región, como ya lo habían sugerido en la anterior epidemia (Valle de Soto) los Dres. Mac Cormick y Andrés Gómez al referirse acerca de la posibilidad de considerar a San Vicente de Chucurí como una pequeña región endemo – epidémica; En un trabajo realizado por el Dr. Luis Ardila Gómez “sobre el estado sanitario de San Vicente de Chucurí, Barranca Bermeja, Infantas, Puerto Wilches, Kilómetro 27, regiones del Sogamoso y Lebrija” se confirmaba y aceptaba la existencia de casos de Fiebre Amarilla en los años de 1910 y 1911, que alcanzaban según el autor, una mortalidad del 50 %²⁶².

En el curso de la epidemia se presentaron casos benignos y suaves, así como otros mortales y graves, que según el Dr. Hernández, se explicaba en el hecho de que la ciudad se podía catalogar como una “zona de mediana y pequeña endemicidad”*, donde la enfermedad sufría irrupciones epidémicas, más o menos alejadas durante varios años, y de pronto estallaba una epidemia de mayor o menor gravedad; unido a lo anterior mencionaba la existencia de casos esporádicos y aislados en el lapso inter- epidémico “que no dejan duda ninguna de su etiología”, argumentando con ello, que la ciudad constituía para la fecha un foco endemo – epidémico²⁶³.

262 ARDILA GÓMEZ, Luis. La propia Estimación En: Vanguardia Liberal. Sábado 17 de Marzo de 1923. Año IV, No. 1077.

* Tal afirmación la sustentaba siguiendo el Tratado Práctico de Patología Exótica de Clarc y Simond, referenciado en su tesis de Grado.

263 HERNÁNDEZ, Dario. Op., cit. p.40.

Sin embargo, advertía que los casos esporádicos no eran extraños en la zona y se podía comprobar que durante los once años que separaban las epidemias se distinguían manifestaciones aisladas de la enfermedad, acompañados de formas disimuladas de la misma²⁶⁴. De la misma manera aclaraba que a pesar de ser el mosquito sensible a los accidentes climatéricos, es decir, que con un descenso medio de la temperatura, pudiese afectar la existencia de los mosquitos adultos y detener por un corto tiempo la evolución de las larvas; la citada ciudad nunca se encontró indemne de la peligrosa plaga, todo lo contrario señalaba que la urbe se encontraba en un “estado de endemia permanente” que existió hasta la puesta en marcha de la campaña antilarvaria²⁶⁵.

Siguiendo las características para argumentar la idea de Bucaramanga como foco endémico, Dario Hernández, señalaba la inmunidad relativa o completa de los nativos

“que son refractarios a la Fiebre Amarilla” lo que no ocurría con los extranjeros o no aclimatados que vivían en otras localidades y señalaba que este argumento se comprobaba en la epidemia de Bucaramanga ya que los primeros individuos atacados eran personas que residían fuera de la ciudad, donde además se manifestaban los casos más graves remitiendo las historias clínicas de los mismos al final de su estudio e indicando finalmente que “en ciertos países los habitantes han podido comparar a la Fiebre Amarilla, como a un perro, guardián fiel, que ataca a los extraños y no hace mal a sus dueños”²⁶⁶.

En cuanto a las condiciones que se consideraban factores de regulación para la presencia epidémica se comentaban los siguientes: a) proliferación del *Stegomyia*, indicando que cuando éste aparecía moderado en cantidad, la Fiebre Amarilla no se manifestaba ó sólo se conocían casos aislados de la enfermedad; mientras que si la proporción de los culidios aumentaba de una manera considerable, el número de habitantes sensibles correspondía al proceso elevando los casos esporádicos, manifestando un carácter epidémico. De igual manera resultaba comprensible que con las campañas de erradicación *Stegomyiana* se apreciaba una clara detención en el margen epidémico con

264 *Ibíd.*, p.49.

265 Hoy, año 2005 la presencia del vector amenaza nuevamente la ciudad aumentando el número de casos registrados de Dengue. *Ibíd.*, p.50.

266 *Ibíd.*, p. 46.

la puesta en marcha de la misma, ya que al reducir considerablemente la proporción existente de mosquitos el carácter epidémico concluía²⁶⁷. b) Inmunidad de los nativos y la función que desarrollan en el ámbito epidémico los individuos no aclimatados, al considerar que la población adulta y los adolescentes portaban una inmunidad al padecer la enfermedad de una manera atípica, e identificando con ello, la población infantil como el medio de cultivo capaz de perpetuar el virus en caso de brote epidémico.

Por otra parte, éste autor mencionaba un carácter confirmativo de las regiones que se podían considerar endémicas y señalaba con ello, la existencia constante y permanente, con alzas y bajas en la densidad Stegomyiana variando según las condiciones físicas de calor, frío y humedad en las zonas, agregando, que en las épocas calurosas en las que temperatura se mantenía a 24 grados centígrados y presentando simultáneamente un estado de lluvia, el mosquito se reproducía y pululaba abundantemente, aprovechando las condiciones especiales que el medio le ofrecía. Para la epidemia que nos ocupa, refería que en la localidad “fue notoria y general observación la proliferación inusitada, el aumento considerable del mosquito y la coexistencia de una de las épocas más calurosas del año”²⁶⁸.

Por lo tanto, los factores que permitían concebir a Bucaramanga como foco endémico se concretaban en la existencia del germen en la localidad, la numerosa población infantil, la constante elevación del índice Stegomyiano; factores que se constituyeron en los eslabones de la cadena vital en la perpetuación del virus de la Fiebre Amarilla en la ciudad. Igualmente, se apreciaba que uno de los lugares donde la enfermedad se consideró de manera más alarmante fue el Colegio San Pedro Claver, donde la mayor parte de estudiantes internos eran individuos procedentes de climas donde la enfermedad no existía; los grandes salones que funcionaban como dormitorios para treinta ó más estudiantes se consideraron circunstancias que facilitaron la exaltación del virus por las

267 La destrucción parcial de los mosquitos reducía el número de los infectados y con ello, la posibilidad de nuevos contagios; de tal manera que los individuos sensibles estarían expuestos a un número reducido de picaduras con el virus, calmado de tal manera la epidemia y presentando en la mayoría de las manifestaciones casos benignos. *Ibíd.*, p. 51.

268 *Ibíd.*, p. 47 – 48.

siembras sucesivas en los organismos sensibles o provistos de una inmunidad muy relativa que pudieron convertirse en sus víctimas e irradiar la enfermedad en la ciudad²⁶⁹.

Por otra parte, en cuanto a la semiología y los cuadros clínicos de Fiebre Amarilla en 1923, se asociaban los mismos, basándose en dos grupos de síntomas que se relacionaron con las manifestaciones clínicas que exhibían los enfermos. En un primer grupo se citaban como síntomas cardinales la ictericia, que en la mayoría de los casos se apreciaba al tercer día de la enfermedad localizándose especialmente en las conjuntivas que se generalizaba por todo el cuerpo con el paso de los días, ésta se incrementaba con la gravedad de la manifestación epidémica. Las hemorragias en las encías que aparecían desde los primeros días, de igual manera se apreciaban hematemesis y en algunos casos se evidenciaron deposiciones negras y melénicas a partir del cuarto día, y los vómitos que se apreciaban frecuentes e intensos hacia el tercer, cuarto y quinto día; en algunos casos se presentaron sanguinolentos y en los casos más benignos su apariencia se apreciaba biliosa y alimenticia²⁷⁰.

Entre los síntomas secundarios que complementan la patología se encontraban: el dolor en la región lumbar, se apreciaba permanente y brusco en los primeros cuatro días de la enfermedad; la cefalea se caracterizaba por el dolor frontal y supraorbitario que acompaña la enfermedad en los primeros días; los dolores epigástricos se constituyeron en el síntoma precoz de la epidemia y en algunas ocasiones se encontraron acompañados de dolores peri-umbilicales espontáneos, la mayoría de éstos sensibles a la presión; los dolores uretrales coincidían generalmente con la anuria y sólo aparecían en la segunda fase de la enfermedad. En cuanto a la curva termométrica se consideró como el “dato más concluyente” para los médicos locales ya que su diagramación era la siguiente: “precedida de un escalofrío brusco y rápido, subía la fiebre a 39, 40 y 41 grados, conservando la misma hasta el tercer día, con pequeñas oscilaciones para caer el cuarto día a la temperatura normal. Después de una remisión de 6 y 12 horas

269 *Ibíd.*, p. 56.

270 *Ibíd.*, p. 67.

generalmente se presentaban un nuevo ascenso termométrico que no alcanzaba las temperaturas del principio y oscilaba entre 38 y 40 grados”²⁷¹.

En la mayoría de los enfermos las pulsaciones ascendían al inicio de la enfermedad paralelos con la temperatura, alcanzando de 90 a 120 pulsaciones por minuto en relación con la gravedad, pero éstas empezaban a descender al segundo día mientras la temperatura continuaba elevada; a partir del tercer día, acompañadas de la presencia icterica el pulso se disminuía registrando casos de 70 a 40 pulsaciones por minuto, para volver del sexto al décimo día a las cifras normales en los casos de convalecencia. En la mayoría de los casos disminuyó la cantidad de orina y el color de la misma se tornó amarillo ámbar, oscuro y anaranjado, con presencia de albúmina²⁷². Los pigmentos biliares sólo aparecían en los últimos días de la enfermedad coincidiendo con el descenso de la curva albuminúrica²⁷³.

En la cara de los enfermos se apreciaba el aspecto congestivo, “ojos inyectados, húmedos y brillantes” y no bastando con ello, se apreciaba en éstos un olor peculiar de “sangre al principio y como de pescado viejo después”²⁷⁴. De esta manera se comprende la entidad patológica que reportaba consigo la Fiebre Amarilla y el padecimiento de la misma en la ciudad de Bucaramanga para el año de 1923.

A pesar de las indicaciones ya expuestas a cerca del cuadro clínico que se observaba en los enfermos, la patología en cuestión se prestaba a diversas confusiones desde la esfera científica por la veracidad de su diagnóstico ya que la caracterización de los casos se confundía con otras patologías tropicales entre las que se distinguían las manifestaciones palúdicas, la fiebre recurrente, la fiebre biliosa hemoglobinúrica, la espiroquetosis y el dengue.

271 *Ibíd.*, p. 67 – 68.

272 Hernández comenta que la presencia en la orina de albúmina precoz comportaba el pronóstico fatal mientras que en los casos que se apreciaba albuminuria tardía los enfermos no se complicaban (*Ibíd.* Pág. 69).

273 *Ibíd.*, p. 68 – 69.

274 *Ibíd.*, p. 70

En cuanto a la caracterización del Dengue, a pesar de las analogías sintomatológicas, se apreciaba una diferenciación en cuanto al período inflamatorio del Dengue donde la cara se congestionaba, los ojos se tornaban inyectados y aparecía la erupción en la piel que no acompañaba a los enfermos de Fiebre Amarilla²⁷⁵, aunque es importante identificar que ésta manifestación epidémica del Dengue, acompañó la presencia de la Fiebre Amarilla en la ciudad para el año que nos ocupa. Respecto a las fiebre palúdicas las oscilaciones termométricas eran mínimas en el primer momento mientras que en la F. A*, la temperatura era continua con una “curva franca y rápidamente ascendente, con oscilaciones menos marcadas que en el paludismo”. En cuanto a la fiebre biliosa hemoglobinúrica se apreciaba que eran más marcadas las reacciones hipertróficas del hígado y el bazo²⁷⁶.

Con la espiroquetosis un signo diferencial quedaba dado en las pulsaciones por minuto ya que en ésta enfermedad los enfermos (espiroquetosis) presentaban una marcada tendencia a la aceleración del mismo y a la arritmia, donde resultaban frecuentes los enfermos que exhibían 180 pulsaciones por minuto, asimismo los enfermos con Fiebre Amarilla no manifestaban las características de rigidez en el cuello, ni las alteraciones pupilares que se constituían en manifestaciones clínicas asociadas a la espiroquetosis, además de los pigmentos biliares que se alojan en la orina de éstos enfermos. Con la fiebre recurrente el aspecto diferencial se ubica en el primer ataque febril que duraba hasta el sexto día, y durante éste tiempo la temperatura permanecía constante, de igual manera, en éstos enfermos se aprecia una curación aparente entre el segundo y décimo día para recaer nuevamente²⁷⁷.

Cabe destacar que en la polémica por la negación del diagnóstico de Fiebre Amarilla en la ciudad, las publicaciones en el periódico local albergaron distintas propuestas de los médicos de afirmación y negación donde quedaba claro su interés por un diagnóstico diferencial y éste tema jugó un papel central en la polémica médica como se indicará a continuación.

275 *Ibíd.*, p. 60.

* Fiebre Amarilla.

276 *Ibíd.*, p. 75.

277 *Ibíd.*, p 74 – 78.

En una publicación denominada: Los tres factores de la Fiebre Amarilla, el doctor: Julio Vanegas, después de expresar las “conquistas y las maravillas de la higiene” indicaba la existencia de tres factores conocidos a la fecha, sin los cuales no se podía afirmar la existencia de la enfermedad; los tres factores eran: el germen patógeno, el huésped temporal y el huésped definitivo de la enfermedad. Respecto al primero indicaba su existencia, siguiendo la teoría de los centros claves, en los focos endémicos de la Fiebre Amarilla, o transportado a otros lugares provenientes de los anteriores donde la enfermedad tomaba un carácter epidémico.

En éste aspecto, éste actor precisaba la ignorancia respecto a la existencia de un foco endémico cercano a la ciudad; por otra parte señalaba la posibilidad del contagio mediante la presencia en la misma, de portadores del virus que infectasen los mosquitos circundantes. Sin embargo, a pesar de la ignorancia, éste afirmaba “en éste lugar casi del centro del país; no tenemos ni próximo ni remoto, foco endémico, ni sabemos que en parte alguna haya actualmente epidemia de Fiebre Amarilla; luego para que el terrible flagelo haya de invadirnos se necesitaría que entrara de lejos pasando primero por nuestra costas y siguiendo luego a nuestras vías de comunicación, terrestres o acuáticas para llegar a nosotros, según las leyes de la propagación acerca de las marchas de las epidemias”²⁷⁸.

De tal manera, siguiendo la teoría de los Centros Claves no existía la posibilidad de afirmar la existencia de la enfermedad ya que los conceptos reportados por la Fundación Rockefeller, el proceso de destrucción de los focos en América de donde partían las infecciones para todo el globo, no era posible considerar la presencia de la infección en la ciudad de Bucaramanga y de ahí su importancia ya que por “generación espontánea” no se conocía la teoría de transmisión. De la misma manera, consideraba finalmente que los numerosos estados febriles que se presenciaban en los trópicos eran tanto de etiología diversa como de difícil diagnóstico y más la Fiebre Amarilla que según éste, no registraba cuadro clínico típico ni necropsia concluyente²⁷⁹.

278 VARGAS, Julio. Los tres factores de la fiebre Amarilla. En: La Vanguardia Liberal. Jueves 22 de Marzo de 1923. Años IV. No. 1081.

279 Ibíd.

Este mismo actor realizaba en los días siguientes otra publicación donde sugería la presencia de la Fiebre térmica en la ciudad ya que para la época epidémica se relacionaba un aumento en la temperatura ambiente que podía permitir la aparición de los fenómenos febriles asociados a esta patología, definiendo la misma como “una enfermedad de los trópicos principalmente, producida por la acción sobre el hombre de las altas temperaturas atmosféricas, muy especialmente de las regiones húmedas, como éstas donde vivimos”; señalaba que se asemejaba en la sintomatología con los cuadros febriles e incluso la fiebre Amarilla, al iniciar la misma con dolores de cabeza, postración, náuseas, vómitos, orina escasa y presencia de albúmina en la misma. La duración del cuadro clínico se relacionaba con la intensidad de la misma y al igual que en las autopsias de F.A. se observaban los órganos congestionados. Este actor finalmente, declaraba que las características de la patología propuesta en ésta publicación se cumplían en la ciudad y por ello, sugería la probabilidad de su presencia en la población bumanguesa²⁸⁰.

En cuanto a las “formas de fiebre” que se observaban en la ciudad, el Dr. Anselmo Gaitán identificaba que la mayoría de éstas eran ocasionadas por infecciones de origen gastro – intestinal, y las formas de gravedad excepcional o mortales las asociaba a infecciones biliares, para concluir que desconfiaba mucho de los diagnósticos de Fiebre Amarilla realizados en Colombia ya que según éste, muchos de los mismos correspondían a ictericias infecciosas o tóxicas y unido a ello, consideraba muy difícil la endemicidad de la misma, la aparición de focos primitivos, la presencia de casos esporádicos en el territorio colombiano, mucho más en los lugares del interior que presentaban con las costas una difícil comunicación y peor aún, cuando en éstas se encontraban indemnes de la citada enfermedad, argumentando con ello, que la declaración de la F. A en la ciudad de Bucaramanga para 1923 no se ajustaba a la teoría de los Centros Claves promulgados por la Fundación Rockefeller²⁸¹.

Dos días después el Dr. David Mac Cormick respondía en el mismo periódico que a la fecha se convertía en la tribuna del debate, con un artículo denominado: ¡¡Fiebre térmica

280 VARGAS, Julio. La fiebre térmica en Bucaramanga? En: La Vanguardia Liberal. Sábado 24 de marzo de 1923. Años IV. No. 1083.

281 GAITÁN, Anselmo. “No hay en Bucaramanga Fiebre Amarilla”. En: La Vanguardia Liberal. 1923. año IV. No. 1.092.

en Bucaramanga!!, en éste se mencionaba que la existencia de un solo caso bien comprobado de Fiebre Amarilla se constituía en una razón suficiente para emprender con vigor todas las medidas profilácticas que se considerasen convenientes en las ciudades y puertos que presentaban comunicación directa con la población infectada. Después de realizar una revisión sistemática de la citada Fiebre Térmica con las publicaciones conocidas al respecto, e interrogaba las anteriores publicaciones de la siguiente manera. “Si la fiebre térmicas son benignas, ¿Cómo se puede explicar la mortalidad del 24% más o menos que tuvo la epidemia hasta hace unos diez días?, ¿Cómo se puede explicar la gravedad muy grande de algunos que se han salvado? e indicaba que de haberlos acompañado a observar los casos más complicados, el Dr. Julio Vargas hubiese asimilado otros síntomas: vómito negro, evacuaciones como hollín, manchas púrpuras, orina con gran cantidad de albúmina, ictericia hemafeica y otros síntomas que no se apreciaban en la Fiebre Térmica. De tal manera le invitaba el Dr. Mac Cormick a observar tales casos, ya que de ésta manera cambiaría su diagnóstico y prestaría todo sus conocimientos a favor de la ciencia²⁸².

De la misma manera éste importante actor local en la epidemia reconocía al Dr. Vargas, que él (Mac Cormick) no era sostenedor del diagnóstico con una exclusividad absoluta que alejase de su espíritu toda investigación en otra vía; por el contrario su dedicación por encontrar en sangre, orina y vísceras el germen de la enfermedad para realizar diagnóstico diferencial desde la bacteriología con la espiroquetosis ictero hemorrágica u otra espiroqueta; siendo para él, la única enfermedad que admitía duda, ya que difería de las formas comunes de la F. A. pero en los casos graves manifestaba una ictericia grave, justificando con ello, el denominado diagnóstico.

Igualmente, comentaba que a la fecha no había encontrado el *Leptospira* de Noguchi que parecía ser tan esquiva; Sin embargo, “la clínica y las necropsias no enseñan sino que esto es Fiebre Amarilla”²⁸³ (Con tales argumentaciones es de apuntar que el diagnóstico emprendido por los médicos locales, en un primer momento se basó en los aspectos clínicos y anatomopatológicos de la enfermedad, pero, a la vez nos permite apreciar como

282 MAC CORMICK, David. ¡¡¡Fiebre Térmica en Bucaramanga!!! En: La Vanguardia Liberal. Martes 27 de Marzo de 1923. Año IV. No. 1.085.

283 *Ibíd.*

el Dr. David Mac Cormick, se interesaba por concretar el diagnóstico diferencial y llevaba a cabo procesos experimentales que desde la bacteriología le permitiesen comprobar el mismo.

Pero en la declaración del diagnóstico se evidenciaron otra serie de problemas que escaparon de la confrontación científica y llegaron a impactar la esfera personal de los actores socio políticos como se dará cuenta en el siguiente capítulo. Sin embargo, en una publicación de nuestro interés en éste apartado, denominada: “el caso típico” se caracterizaba el diagnóstico de los médicos locales como una muestra y producto de la “real gana” de echar al suelo los cimientos de la ciencia pausteriana, falta de actividades en las cuales gastar el tiempo de ocio para proceder a convertir una fiebre cualquiera, “de las que tanto abundan en los malditos trópicos”, en Fiebre Amarilla, o sea, “uno de esos terribles flagelos que más aterrorizan a la humanidad”; no bastando con ello, Mr. Patógeno anotaba acerca de la maga noticia infundada por éstos médicos acerca de la presencia de la segadora de vidas de tez amarillíca, dándose además a la tarea de “levantar muertos entre nacimientos de vivos”.

Seguidamente indicaba el problema regional que se insertó en la trama, al sugerir que: “algunos Esculapios de Santa Fé y Bogotá quisieron demostrar a sus colegas locales lo errado de su diagnóstico” relacionando la inexistencia de un foco cercano de donde proviniese la Fiebre Amarilla, pero los médicos locales “contestaron con razonamientos de bulto que debieron hacer efecto de una en la mandíbula, los enfermos los tenemos aquí y es difícil diagnosticar a ochenta leguas de por medio”²⁸⁴.

3.6 AUTOPSIAS, EXPERIENCIAS SEROLÓGICAS Y TRATAMIENTOS

Los pacientes que fueron autopsiados presentaban un tinte icterico generalizado en toda la piel y más marcado en las conjuntivas. En algunos casos se presentaban placas oscura equimóticas, principalmente en el cuello y en el plano posterior del cuerpo. En la boca se apreciaba sangre coagulada y todas las huellas de una gingivitis hemorrágica. Las lesiones de la mucosa estomacal se encontraban diferenciadas y en muchos casos se

284 MR. PATOGENO. Op., cit.

encontró éste órgano lleno de un líquido oscuro como “pozo de café”, que al lavarlo presentaba en la mucosa alteraciones equimóticas, muy visibles en la región pilórica, y principalmente en el cardias constituyendo el puntillado hemorrágico²⁸⁵.

De la misma manera se encontraba en el trayecto gastro – intestinal un líquido negruzco más o menos abundante y de una coloración más o menos intensa, en la mucosa del intestino delgado como del estómago se apreciaba una coloración de color vino, violácea o pardusca y en la porción terminal del primero se alojaba un porción de materia negra como jalea. Por otro lado, en el hígado se notaba una coloración extendida de color amarillo gamuza y al ser cortado presentaba una coloración de color lila oscuro, y sangraba con facilidad²⁸⁶.

Resulta relevante mencionar con éstos aspectos, que el desarrollo y la comunicación de éstos conocimientos fueron los que permitieron en un primer momento a los médicos locales sugerir el diagnóstico de la Fiebre Amarilla, mantenerlo a pesar de la oposición y confirmarlo en los nuevos casos que se manifestaban en la ciudad; es decir, que el primer diagnóstico de esta epidemia en 1923 estuvo sustentado en los aspectos clínicos y anatomopatológicos que se conocían en la época y que había observado de manera clara en sus enfermos, además de dar cuenta del estudio sistemático que realizaban en los brotes epidémicos.

En el sostenimiento del diagnóstico de la Fiebre Amarilla es reconocida la labor que emprendió en 1923 el Dr. David Mac Cormick en su laboratorio tratando de buscar la *Leptospira* de Noguchi, en un primer momento éste médico publicó un apartado titulado “Diagnóstico bacteriológico de la Fiebre Amarilla”, donde éste planteaba haber encontrado el agente causal propuesto por Noguchi, pero después ratificado en una publicación local; pues en el desarrollo de sus procesos experimentales Mac Cormick coloreaba las placas de espiroquetas recurrentes por el proceso de Fontana y observaba cuerpos espirales en la preparación llevándolo a confundirse con la *Leptospira icteroides* sin embargo, tal error

285 A ésta constatación necrópsica se le conocía con el nombre de “Signo de Noguchi” (HERNÁNDEZ, Dario. Op., cit. p.79).

286 *Ibíd.* Pág. 79 – 80.

científico le llevó a dar cuenta de un hallazgo relevante que se mencionará más adelante²⁸⁷.

Este evento tuvo lugar en la ciudad de Bucaramanga el 27 de Marzo, según publicación oficial, sin embargo, en la misma se dudaba acerca de la veracidad de tal evento, ya que se distinguía que de cien casos experimentales ejecutados por Noguchi sólo en tres de ellos se había encontrado el *Leptospira icteroides*, e insinuaban que el diario no afirmaba ni negaba la existencia de Fiebre Amarilla en la ciudad pero solicitaban del Gobierno Nacional una muestra de interés y sugerían el envío de una comisión del Instituto Rockefeller para aclarar el acontecimiento y en caso de inexistencia de la patología se demostrase completamente y en caso contrario se asumieran las medidas necesarias para combatirla y prevenir el contagio²⁸⁸.

Los médicos norteamericanos también efectuaron investigaciones serológicas de la Fiebre Amarilla, con el suero de los convalecientes y enfermos que mezclaba el Dr. Pothier con un cultivo vivo del *Leptospira icteroides* y de ictero- hemorrágica*, al ultramicroscopio pero se asemejaban demasiado las reacciones obtenidas en el Laboratorio del Dr. Mac Cormick, donde no se obtuvieron los resultados esperados; por ello, el médico norteamericano decidió trasladarse a las instalaciones del Laboratorio Samper Martínez, de la ciudad de Bogotá donde encontraba mejores instalaciones para llevar a cabo el diagnóstico diferencial con su arsenal bacteriológico los cultivos de *Leptospira icteroides* y de *Leptospira ictero hemorrágica*.

La reacción practicada en el Laboratorio por parte de los norteamericanos, denominada "Pfeiffer", consistía en mezclar partes iguales del suero de un enfermo con el cultivo activo y abundante de *Leptospira icteroides* y hemorrágica separadamente, e inocular 0.5 ó 1 c.c. de la mezcla en el peritoneo de un curí de aproximadamente 200 gramos de peso, después de media hora se extraía por punción peritoneal, una pequeña cantidad del líquido contenido en la cavidad y se ubicaban unas gotas extendidas en las laminillas para examinarlas rápidamente en el ultramicroscopio. En los casos positivos se

287 *Ibíd.*

288 ANÓNIMO. Fiebre Amarilla. *En:* La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1086. 1923.

* Traídos de Norteamérica.

evidenciaba que los parásitos ya citados, que mostraban gran movilidad, se encontraban aquietados y reducidos en su número. Pasada media hora más se repetía la anterior experimentación y se observaba que los parásitos se habían reducido totalmente (+++) ó si quedaban algunos muy pocos y con movimientos muy reducidos la reacción también se consideraba (+) ó (++) positiva²⁸⁹.

El 16 de Mayo de 1923 el Dr. Pothier inyectó varios cobayos y se confirmó en el número 96 el caso positivo que sirvió además al Laboratorio Samper & Martínez para recuperar y aislar el *Leptospira icteroides* de Noguchi, añadiendo que con tal cultivo, la institución contaba con el material necesario para confirmar los casos sospechosos de la citada entidad que se pudiese presentar en el país; la reacción resultó completamente positiva (+++) en dos de los sueros traídos por la Comisión Americana, resultando negativos para los cultivos de *Leptospira ictero – hemorrágica* y confirmando de esta manera el diagnóstico de Fiebre Amarilla, dando parte definitivo al Gobierno Nacional, a la Dirección de Higiene y a los organismos locales para que se tomasen las medidas que se consideraban necesarias y oportunas en tales casos.

En los meses siguientes se enviaron de Bucaramanga al Laboratorio de Bogotá, diferentes sueros de convalecientes que arrojaban resultados negativos en los procesos experimentales ya descritos, permitiendo la curiosidad de un médico local que interesado por éste tipo de comprobación bacteriológica emprendió la tarea de asimilar el verdadero agente causal y el paradigma teórico del mismo para su tiempo.

Para el mes de Septiembre se publicaba un artículo denominado: “El *Leptospira* de Bucaramanga puede no ser el de Noguchi: Será esta una epidemia distinta? Frente a un problema trascendental. El Dr. Hanson nos hace calurosos elogios de los estudios del Dr. David Mac Cormick”. Con éste título tan sugestivo se comentaba que el Dr. Mac Cormick llegaba a la desconcertante conclusión acerca de la inexistencia de la Fiebre Amarilla en la ciudad, y comentaba que la ciencia médica se podía encontrar frente a otra patología distinta, que presentaba características particulares. El periodista David Martínez encontró

289 *Ibíd.* Pág. 84.

en el Laboratorio de Mac Cormick al Dr. Hanson* quién acompañaba con interés científico, las importantes investigaciones que el primero realizaba al microscopio.

Frente a la problemática en cuestión, el Dr. Hanson afirmaba lo siguiente: “El Espiroqueta que el Dr. Mac Cormick ha hallado y que yo he visto personalmente tiene para mi condiciones tan extrañas e interesantes, que nada tiene de raro que nos encontremos ante la perspectiva de una gran descubrimiento o de la más inesperada y original conclusión. El tiempo dirá si se trata de algo distinto de Noguchi”.

En acto seguido el Dr. Mac Cormick indicaba la posibilidad que albergaba hacía algún tiempo acerca de la existencia de otra espiroqueta como el agente causal de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga y afirmaba que a pesar de estar comprobada la epidemia con la espiroqueta de Noguchi, se presentaba la existencia de otra espiroqueta asociada a los casos de la ciudad que debía comprobarse mediante nuevas investigaciones ya que las halladas por éste y con otras técnicas difería considerablemente de la propuesta como agente causal de la enfermedad²⁹⁰.

Para el año siguiente se publicaba un artículo denominado: Observaciones sobre la Fiebre de Bucaramanga, donde el Dr. Mac Cormick afirmaba de manera directa su aparición previa en las regiones de Lebrija, San Vicente y Rionegro, de la misma manera interrogaba su existencia desde 1910, e indicaba que el agente causal de la Fiebre de Bucaramanga no era el *Leptospira* de Noguchi. En tal artículo se asimilaban los siguientes hechos que merecen un valor central en el presente capítulo.

La aparición previa de la enfermedad en algunos puntos ubicados al occidente, sudoeste y al noreste del conocido Valle de Soto, en una región cubierta en su gran mayoría por bosques y bordeadas por montañas no muy altas; surcadas por grandes ríos llamados: Opón, Sogamoso y Lebrija. Los tres poblados que se hacían referencia eran: San Vicente de Chucurí, Lebrija y Rionegro que se ubicaba más al norte. Los estegomias sólo existían

* Médico norteamericano encargado de emprender las campañas de saneamiento en la ciudad.
290 MARTÍNEZ C. David. El *Leptospira* de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga puede no ser el de Noguchi: El Dr. Hanson nos hace calurosos elogios a los estudios de David Mac Cormick. En: La Vanguardia Liberal. Año V. No. 1.225. 1923.

en los poblados que se consideraban centros de población que para ese entonces eran muy reducidos como para mantener una infección amarillíca. La población de la región era en su mayoría agrícola y se alojaban en casuchas entre los bosques ó en haciendas donde se sembraba pasto, café y cacao. En los cuales no se encontraba el estegomia. Los ancianos de las poblaciones indicaban que en las peonadas cuando se estaban abriendo los caminos y se extraía la corteza de la quina, se manifestaba la fiebre amarilla, donde muchos peones encontraban la muerte vomitando negro. Como un caso de ello, se recordaba a Isaías Naranjo quién murió en la ciudad de Bucaramanga siendo diagnosticado por los médicos locales como Fiebre Amarilla sin la existencia de estegomia en su población de origen²⁹¹. Pero indicando con éste postulado la existencia de otro tipo de Fiebre Amarilla a la tradicionalmente conocida como urbana y de los puertos además una Fiebre Amarilla sin existencia de Estegomia, pero con otro reservorio que indicará más adelante.

De la misma manera indicaba que un antecedente de la epidemias de 1910, referenciaba la aparición de la enfermedad en una casa de campo, llamada El Cedro que causó varias víctimas, igualmente distinguía la presencia de la misma en otros campos distantes que se denominaban: Cusamán, Río Sucio, Pasollano, cuyos mayordomos habían muerto de la misma enfermedad. De esta manera, se sugería la presencia de la enfermedad en individuos que no se encontraban ubicados en los poblados sino ubicados en los campos y al ser autopsiados por los médicos locales se encontraban lesiones de Fiebre Amarilla²⁹². No obstante, recordaba además que en la última guerra, las fuerzas liberales

291 MAC CORMICK, David. "Observaciones sobre la Fiebre de Bucaramanga: su aparición previa en las regiones de Lebrija, San Vicente y Rionegro. El agente de propagación en las selvas. Ha existido fiebre desde 1910. Será Fiebre Amarilla? El diagnóstico de la clínica y el agente productor de la enfermedad. Pacientes investigaciones y resultados de gran valor. Aquí no ha existido el Leptoespira de Noguchi". En: Anuario ilustrado de la Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Cromos. 1924. p.258.

292 En una publicación anónima que describe estos casos de enfermos fuera de la ciudad con similar cuadro clínico señala además el siguiente hecho: "si cada hacienda de la región infectada llevara la lista de los individuos atacados de ésta enfermedad, sería bastante larga; pero generalmente son pobres peones, cuya personalidad no llaman la atención, los que mueren víctima de ella, y son enterrados en lugares más o menos cercanos al del fallecimiento, sin intervención legal alguna, ni examen sanitario que pueda servir de guía a nuestros laboratorios ni a nuestros científicos" (E.S.C. Anónimo. "El rebote ha causado muchas víctimas fuera de Bucaramanga". En: La Vanguardia Liberal. Año. IV. No. 1085. 1923).

habían recorrido éstos campos en todas las direcciones donde muchos de ellos encontraban la muerte con vómito negro (Ibíd.)²⁹³.

Siguiendo la idea anterior indicaba el hecho conocido en la Isla de Trinidad y en Brasil de la muerte de monos rojos cotudos en los bosques al mismo tiempo apuntaba que el evento ocurría cuando se presentaba la Fiebre Amarilla en los poblados. Este mono era muy numeroso en la región de Santander más exactamente en la antes citada, por ello le resultaba probable que éste mono era el reservorio del virus en los territorios aislados de Colombia. Tal indicación la realizaba Mac Cormick en base a una publicación de Balfour en *The Lancet*²⁹⁴. Igualmente, éste actor sugería como agente de propagación en los bosques y casas aisladas entre las selvas, un culex o redividios y ornitoros, que resultaban numerosos en los mismos, Evento que se comprobaría de manera más contundente en la ciencia médica del ámbito internacional 15 años después²⁹⁵. Por otra parte, la propagación de las ciudades se asimilaba al estegomia ya que en las mismas se manifestó la enfermedad acompañado de la presencia del mosquito. De igual manera al disminuir el índice estegomiano se reducía la enfermedad.

Mac Cormick refería una duda central en cuanto al diagnóstico de la enfermedad en la ciudad, no por la sintomatología clínica de la misma, ni la anatomopatológica sino por el agente causal de la misma ya que sus investigaciones en el campo de las espiroquetas, espirilas, Leptoespiras, saproespiras, Borrelias, etc.; reconocía su equivocación cuando afirmó encontrar el Lepstopira de Noguchi y explicaba tal equivocación en el evento que tenía lugar en los glóbulos rojos que se degeneraban con la enfermedad formando espiroquetas o en la simbiosis de ellas, con los glóbulos rojos del hombre; indicaba su ignorancia frente al mismo ya que al hallarlo lo tomó por el Leptospira de Noguchi. La misma equivocación científica en cuanto a la confusión con las espiroquetas, les había ocurrido a diferentes bacteriólogos quienes le asignaban como agentes causales de Tifo,

293 El movimiento de resistencia contra el gobierno conservador, protagonizado por cerca de cinco mil hombres de los ejércitos liberales que se movilizaban por los Santanderes entre Abril y Mayo de 1900 encontraron como a uno de sus mayores enemigos a la Fiebre Amarilla, se apreciaban testimonios de veteranos que afirmaban haber contado hasta doscientos muertos en un solo día “de vómito negro” (MARTÍNEZ CARREÑO, Aída. Bogotá: Credencial 2003. p.232).

294 BALFOUR, Andrew. “Tropical Problems in the New World.” *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 8(3). *The Lancet*. 25 Abril de 1914.

295 GAST GALVIS, Augusto. Op., cot. P.82.

Bocio, etc.²⁹⁶. Sin embargo, identificaba que tales filamentos no eran la causa de la Fiebre de Bucaramanga, que difería notablemente de la fiebre recurrente; en sus investigaciones y procesos experimentales declaraba rotundamente la inexistencia de la *Leptospira* de Noguchi como el agente causal de la Fiebre Amarilla, en sus palabras decía “el agente debe ser otro”²⁹⁷. Pasarían 10 años más para que en el ámbito internacional y nacional se aceptara tal apreciación.

La Comisión norteamericana no aceptó la presencia de un foco autóctono en la región ya que de ésta manera se encontraría sin validez la teoría de los Centros Claves que promulgaban por el mundo, por lo tanto sus miembros siguieron la ruta la Magdalena para llegar a los puertos y por Cúcuta para llegar a Maracaibo ya que atribuyeron la presencia del brote en la ciudad de Bucaramanga había llegado por ésta última ruta procedente de Curazao. De tal manera se observa su interés por mantener los sustentos teóricos de su teoría, sin embargo, los médicos locales eran conscientes de la barrera geográfica que permanecía en la franja Cúcuta – Bucaramanga ya que por los factores climáticos en la citada región resultaba muy discutible la penetración de la enfermedad por tal vía.

La epidemia de 1923 en Bucaramanga es un excelente ejemplo de la lucha de los actores socio políticos por mantener el capital simbólico respecto a una teoría científica. En contra de la propuesta de David Mac Cormick acerca de la posibilidad de un foco endémico y la posibilidad de otro agente causal, la Comisión Rockefeller confirmaba que la epidemia era de Fiebre Amarilla por la reacción de la aglutinación positiva que solamente se reportó en dos casos de pacientes infectados, y con ello, no se necesitó más argumento.

Agregaba que al igual que la epidemia de Muzo la epidemia en Bucaramanga se manifestaba desde el inicio acompañaba la presencia de la fiebre Amarilla. Al igual que el Dengue.

En cuanto a los tratamientos suministrados a los enfermos de Fiebre Amarilla en 1923 en la ciudad de Bucaramanga, se indicaba en primer lugar, una terapéutica recomendada en todas las epidemias y era la administración de purgantes, ya que a éstos se les asignaba

296 THOMPSON, G. The journal of Tropical medicina and Higiene. Agosto 01 de 1923.

297 MAC CORMICK, David. 1924 Op., cit. p.20.

la función de combatir la constipación gástrica, limpiar el tubo digestivo de materias fecales y de la presencia de productos fermentados, susceptibles de determinar una infección tóxica intestinal; otra de las medicalizaciones generalizadas era la terapéutica alcalina que consistía en suministrar hasta 120 gramos de bicarbonato de Sodio en 24 horas. Otra respuesta de enfrentamiento se daba en la esfera sintomática, donde se recurría a la administración de los hemostáticos: perecloruro de hierro, agua oxigenada, suero gelatinado y unido a lo anterior, el enfermo estaba sometido desde el primer día de enfermedad a ingerir una dieta líquida; para combatir los vómitos se suministraba tratamientos como “la poción Riviere, agua ó champagne helada”, que cumplían una indicación estimuladora y tónica para tal síntoma²⁹⁸.

Tales indicaciones acerca del tratamiento en Bucaramanga para 1923, da cuenta de la inexistencia de un tratamiento específico para la patología epidémica de la Fiebre Amarilla, aumentado con ello, las implicaciones que la enfermedad reportaba consigo para su enfrentamiento, invitando a procesos experimentales de terapéuticas que debían ser empleadas en los casos asociados con la sintomatología, al no existir un tratamiento específico los médicos atacaban las manifestaciones clínicas pero no la enfermedad en su conjunto.

3.7 PRIMERAS ACCIONES LOCALES EN LA LUCHA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA: DECLARACIÓN, DESINFECCIÓN Y CONTRAVENCIONES

3.7.1 La desinfección El proceso en el cuál se incluyen diferentes actividades encaminadas a disminuir, controlar o erradicar de manera total o parcial los fenómenos infecciosos se conocen como: desinfección. Para la época de estudio se mencionaba que en caso de que se presentase el reporte de cualquier evento infeccioso se procedía a realizar una desinfección de la siguiente manera:

En primer lugar no se podía sacar ningún objeto de las piezas porque éstas se debían fumigar por seis u ocho horas con vapores de formol. Este procedimiento se podía llevar a cabo con un generador de formaldehído, o con un fumigador de formol que fuese de

298 HERNÁNDEZ, Dario. Op., cit. p.91.

tamaño conveniente a la capacidad de la habitación; y si no hubiese ninguno de éstos aparatos se procedería de la siguiente manera: en el centro de la habitación se colocaba un brasero y encima se ponía una vasija de capacidad proporcionada al local; en dicha vasija se disolvía una solución de formol al 5 % y se dejaba hervir por el tiempo indicado, cerrando antes muy bien puerta, ventanas, etc., de manera que no se escapase el vapor. Para evitar el incendio se pondría el brasero en una vasija metálica grande, en el cual se volcaba una pequeña cantidad de agua.

Como otro recurso se conoció que las hojas del tabaco producían “magníficos resultados” y podían reemplazar la acción de los gases sulfurosos, ya que con ella llegaba rápidamente la muerte de los mosquitos y las fumigaciones con tales hojas se consideró efectiva en la región²⁹⁹.

Para calcular la cantidad de solución de formaldehído en agua al 5 % que debía emplearse, se tendría en cuenta que por cada 10 metros cúbicos de espacio se necesitaban veinticinco gramos o centímetros cúbicos de formaldehído. Si se disponía de un generador de formaldehído se hacían llevar los vapores al local, bien cerrado previamente, por un orificio de la puerta, y se mantendría cerrado por lo menos diez horas.

En segundo lugar, transcurrido el tiempo indicado, se abrían las puertas y después de que hubiesen salido los vapores de formol, se practicaba lo siguiente: los muebles se lavaban con licor de Van Swieten o con la solución de formol, frotándolas con unas compresas o con unas esponjas bien empapadas en la solución; enseguida se sacarían del local. Si hubiere estera o alfombra se quitarían y se quemarían excepto que el médico indicara la manera de efectuar la desinfección satisfactoriamente y la vigilase.

En tercer lugar las ropas de cama, el colchón, vestidos del enfermo, toallas, etc., se sacarían para colocarlos en una solución de formol, al 3 % y luego se lavarían en agua hirviendo. En ningún caso se lavarían con agua corriente. Todo esto se realizaba con la ropa que se conservase en la habitación, aunque no la hubiese usado el paciente en la

299 *Ibíd.*, p.94.

enfermedad. Todos los demás objetos también se desinfectarían con la solución de formol. Los libros, papeles, etc., se pasarían a otra pieza, donde se someterían por segunda vez a los vapores de formol. Sin embargo, para la fecha de 1923, estas desinfecciones se emplearon para la Fiebre Amarilla en un primer momento por los médicos locales a pesar de la comprensión teórica que acompañaba la enfermedad pues la idea contagionista no se insertaba en la dinámica teórica de la enfermedad pero sí respondían al primer momento de erradicación del mosquito mediante los polvos insecticidas o los vapores de anhídrido sulfuroso³⁰⁰. Además los primeros métodos para la destrucción de mosquitos se realizaron mediante los gases y ello, tuvo lugar en un primer momento en la ciudad³⁰¹.

En cuarto lugar, sí en la habitación existiese papel de colgadura en los muros, se desprendería humedeciéndolo antes con solución de formol, y luego se incendiaría, después de ello se procedía a quitar la estera o la alfombra para lavar el piso muy bien con agua de Van Swieten o con solución de formol al 5%. Además de ello se recomendaba que las puertas, ventanas, vidrios, cerraduras, etc., se lavaran con agua de formol al 5% mezclada con agua. Las paredes se cubrían y luego se blanqueaban con cal, lo mismo que el techo. También se realizarían las fumigaciones de formol en los dormitorios vecinos al infectado.

En quinto lugar, los colchones, almohadas, edredones, cobijas, etc., que se encontraran muy manchados por excreciones del enfermo se incendiarían, salvo que se sometiesen a lavados prolongados con una solución de formol al cinco por ciento y luego con agua hirviendo, las cortinas se tratarían de la misma manera, después de que hubiesen estado en la pieza durante la fumigación. Las ropas de lana se someterían por cinco horas a los vapores de formol en una cámara cerrada. Las ropas de lino o algodón se sumergían por una hora en solución de formol, y luego se lavaban con agua.

Y finalmente, los excusados se desinfectaban con sulfato de cobre o sulfato de hierro, en la proporción de cincuenta gramos de sulfato por mil de agua. Si no se contara con éstas

300 KOLLE, W y HETSCH, H. Op., cit. p.1353.

301 HERNÁNDEZ, Dario. Op., cit. p.93 - 94.

sustancias se sugería emplear la cal viva, así: se tomaba un kilogramo de cal viva reciente y se moja con 500 gramos de agua. Esta solución de cal quedaba al 20 %, y en esta proporción se preparaban varios litros para limpiar los excusados. Si no se tuviese formol se empleaba en su lugar, soluciones de cresol jabonoso al 5% para los muebles, ropas etc., y las fumigaciones de formaldehído se remplazaban por las de azufre, pero hay que tener en cuenta que éstas dañaban los objetos de cobre, los marcos dorados, etc., y además podían dañar el color de las telas.

El aislamiento de los enfermos se realizaba a domicilio o en el Hospital, donde los individuos sospechosos y declarados eran colocados bajo telas metálicas ó toldillos sin aberturas laterales para evitar la picadura de estegomia durante los tres primeros días de la enfermedad, pues como ya se indicó en el primer capítulo, las experiencias comprobaban la circulación periférica del virus durante los tres primeros días de la enfermedad. Sin embargo, la protección bajo tales materiales se prolongaba hasta terminada la enfermedad con el propósito de alejar cualquier sospecha.

3.7.2 Las fumigaciones con azufre: Una de las medidas encaminadas a lograr la desinfección del medio habitado por un infectado eran las fumigaciones con azufre*. Las fumigaciones de azufre se realizaban de la siguiente manera:

Se cerraban las puertas y se tapaban todos los orificios o rendijas, luego se ubicaban en la pieza varios calderos con agua hirviendo durante dos o más horas. En la pieza así humedecida por el vapor del agua, se quemaba azufre en la proporción de 40 a 50 gramos por cada metro cúbico del espacio que se iba a desinfectar. La pieza debía quedar bien cerrada por espacio de veinticuatro horas. El azufre se quemaba de la siguiente manera: se situaba el polvo (flor) en una vasija de barro, y éste en una metal (latón) mucho más grande que contuviese una cantidad regular de agua. Sobre el polvo de azufre se vertía un poco de alcohol al 36% y se prendía fuego.

* Se puede sugerir que la asociación existente entre el azufre y el infierno responde en cierta medida con la funcionalidad del mismo, ya que así como en el infierno se limpiaba el alma, con el azufre se desinfectaba todo lo que rodeaba al infectado.

Por último, en los casos en que la desinfección resultase imposible o impracticable por las condiciones especiales del local, como en las chozas, o en que los gastos de desinfección superasen el valor del inmueble, se destruirá éste por el fuego.

3.7.3 Las contravenciones Es precisamente en este período (siglo XX) donde se demarca gran relevancia a los documentos escritos ya que se puede sugerir la pérdida del valor de la palabra y la importancia de los registros es por ello, que en los casos de desinfección debía dejarse el registro de tal evento.

Cuando se practicaba la desinfección se firmaba un acta por el Alcalde Municipal, de la cual se entregaba una copia autentica a los interesados, las que a su vez servían de patente de sanidad para que pudiesen ser vendida o arrendada la propiedad o ocupada por sus dueños o inquilinos. En caso de no estar comprobada la desinfección con certificado sanitario no se entregaba por ningún caso la patente de sanidad. Éste certificado era realizado por el inspector sanitario quién presenciaba la diligencia donde constaba que la desinfección se había practicado de manera conveniente a lo reglamentado.

Las personas que quebrantaban la anterior disposición y daban en venta o arrendamiento alguna casa o habitación sin contar con los respectivos certificados incurrían en una multa de quince pesos, al igual que el notorio que otorgase la escritura de venta sin la patente aludida. Por ello, se ordenaba que se ubicase en un lugar visible en las notarías y las agencias de bienes raíces las resoluciones ya expuestas. Con todo ello, quedaba claro que para la ocasión ninguna casa o local que hubiesen sido ocupados por personas atacadas de enfermedad contagiosa podría ser dado en venta o arrendamiento, por ninguna persona o entidad, ni ocupada por sus dueños ni por inquilino alguno sin la patente de sanidad de la Alcaldía Municipal en que constase que la casa o local hubiesen sido desinfectados de conformidad con lo prescrito en esta resolución.

Finalmente, quedaba prohibida una costumbre de nuestros desplazados que huían de los campos a las ciudades por diferentes motivos, y ésta consistía precisamente en el cultivo de platanales en los solares de las casas y en los predios que se encontrasen ubicados a menos de doscientos metros de las habitaciones en las poblaciones cuya temperatura

fuese igual ó superior a los dieciocho grados centígrados. Esta aclaración se extendía a cualquier tipo de planta que por la forma, tamaño y la disposición de las hojas u otro de sus órganos permitiese el estancamiento de las aguas lluvias por tiempo suficiente para que germinasen allí los huevos de los zancudos y pudiese desarrollarse en consecuencia, el insecto. Los dueños de estas plantaciones ya mencionadas procederían a derribarlas, dentro del plazo de 10 días, pasados los cuales, si aún no se hubiesen acogido a la disposición, se les impondría un arresto de diez días, sin perjuicio de ser obligado por medio de sanciones legales al cumplimiento de este artículo*.

3.7.4 Frente a los Zancudos: En las infecciones como la fiebre amarilla donde el virus es transmitido por vectores, más específicamente por el *Aedes Aegypti* en el caso urbano y por otra especie de la misma familia de zancudos, que picaban a los trabajadores en los bosques, las reglamentaciones en salud estaban dispuestas para atender la proliferación de los mismos y de una manera especial todos aquellos ambientes que resultaban propicios para la germinación de sus criaderos, de tales observaciones no escapó los asesores de la Junta Departamental de Higiene, ya que éstos para el segundo brote realizaron un pronunciamiento sobre las medidas que se debían tener en cuenta para eliminar, evitar y disminuir los zancudos y los criaderos de los mismos³⁰².

Con el avance del virus el número de infectados aumentaban y con ello, las disposiciones legales se dictaban con el fin de respaldar de manera legal los pronunciamientos y observaciones que realizaran los agentes de salud, es decir que sus pronunciamientos y observaciones se convertían en ley. A raíz de ello, las casas particulares, colegios, hoteles, posadas, fondas, fábricas, cuarteles, edificios, mercados, cuerdas, solares, etc., estarían sujetas a la inspección sanitaria, en todas sus dependencias, y los dueños, inquilinos, encargados, representantes, etc., estaban obligados a permitir y facilitar las visitas de los agentes ó empleados de sanidad, a atender las indicaciones que éstos hiciesen, y a realizar las obras y reparaciones que se dispusiesen como consecuencia de la inspección.

* Estas disposiciones estaban autorizadas por el Director de Higiene Departamental: Alejandro Peña S.

302 Gaceta de Santander. No. 5042. Mayo 30 de 1923. Resolución No. 83 de 1923 (Marzo 20 de 1923).

Además estaba prohibido y por consiguiente castigado el poseer, conservar, mantener, causar o permitir dentro de las casas la existencia de aguas estancadas o corrientes de agua en la cuál se criasen o pudiesen llegar a criarse los zancudos, a menos que tales aguas se conservasen de una manera especial que impidiese la procreación de dichos insectos. Se consideraban como aguas en las cuales se criaban o podían llegar a criarse los zancudos, las acequias, pozos, estanques, excavaciones, hoyos, depresiones, sumideros, letrinas, fuentes, cisternas, tanques, barriles, jarrones, tarros, cajones, cubetas, baldes y goteras defectuosas de los tejados y la prueba evidente de que los zancudos se estaban procreando en las aguas se notificaba con la presencia de larva del zancudo en las aguas estancadas.

En las poblaciones y comarcas del Departamento donde se detentaban mosquitos (zancudos) resultaba obligatorio observar escrupulosamente las siguientes medidas:

- a) Cubrir con telas metálicas o con cualquier otro material que impidiese efectivamente la entrada y salida de los zancudos; las tinajas, ures, toneles y demás depósitos de agua para usos domésticos. Estas vasijas debían lavarse escrupulosamente todos los días.
- b) Emplear peces que devoraran las larvas de los mosquitos, tales como las llamadas mojarras, en los aljibes, cisternas, tanques, acequias y pozos.
- c) Cubrir completamente con petróleo, una vez cada siete días, la superficie de las aguas de los hoyos, charcas, zanjas, excavaciones, depresiones, sumideros y letrinas.
- d) Eliminar de una manera apropiada, ya fuese reuniéndolos o destruyéndolos, todas las latas vacías, cajones de latón, botellas rotas o vacías y otros artefactos semejantes en donde pudiese llegar a depositarse agua.
- e) Colocar con inclinación suficiente y limpiar frecuentemente los canales de recoger las aguas lluvias en los tejados de los edificios.

Otra forma de atacar los insectos consistía en realizar fumigaciones de la siguiente manera:

En primer lugar se impedía que los zancudos saliesen de las piezas, todas las rendijas de los orificios de las puertas o ventanas se tapaban con tiras de papel adheridas a ellas. Enseguida se quemaba flor de azufre en la proporción de un kilo por cada cien metros cúbicos de espacio del local; esto se haría colocando la sustancia en una ancha vasija de

barro y empapándola con alcohol. Inmediatamente que se prendía fuego, se cerraban las puertas con cuidado, por seis horas por lo menos; Transcurrido este tiempo, se les abría con precaución, se barrían las paredes, cielos razos, pisos, etc., con el propósito de recoger los zancudos que quedasen adormecidos y quemarlos.

En caso de que se practicara una inspección y se viese que faltaba cumplir alguna o algunas de las medidas prescritas en los artículos anteriores, notificaría al inquilino o morador de la casa, quién debía adoptarla sin demoras que agravasen aún más la situación, ya que eran de cargo de éste las obras pequeñas, como posturas de mallas, de alambre o cubiertas en las vasijas. Pero si lo que se necesitaba construir era una obra de mayor magnitud, como un caño, un excusado, el terraplén de un hoyo, el petroleado de un gran pozo, etc., estaría a cargo del propietario de su ejecución. Hecha la notificación se daba un plazo prudencial para llevar a término la obra, reparación o mejora que se dispusiese; durante el plazo se harían reinspecciones para averiguar si se iba dando cumplimiento a la orden o si existía resistencia a ella; vencido el plazo se haría una nueva inspección para establecer si estaba todo dispuesto como se había ordenado. Podría prorrogarse el plazo si hallasen razones justificativas. Si no las existiesen, y no estuviese cumplida la misma, la dirección de higiene o los inspectores de sanidad impondrían multas sucesivas que no excediesen de cincuenta pesos y arrestos hasta por quince días.

Las dinámicas epidémicas obligan el desplazamiento de los diferentes entes que conforman la sociedad como el estado, los científicos y los mismos pobladores que en caso de encontrarse en riesgo de ser contagiados debían recurrir a diferentes procedimientos con el fin de evitar la propagación del virus y al aumento del contagio.

4. ENTRE LOS CENTROS CLAVES Y LA LEPTOSPIRA ICTEROIDES ACTORES SOCIO –POLÍTICOS IMPLICADOS EN LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA EN 1923.

Este capítulo de investigación aborda la segunda controversia médica que tuvo lugar con la presencia de la Fiebre Amarilla en 1923 en la ciudad de Bucaramanga y con ello, las dinámicas institucionales que se generaron en acompañamiento a la misma. De igual manera, se estudia la campaña de saneamiento emprendida por la Comisión Rockefeller, en dicho período, y finalmente se indica una implicación económica que tuvo lugar con las rentas municipales para el financiamiento de las actividades de saneamiento en la región.

4.1 LA DINÁMICA MÉDICA: II CONTROVERSIA POR LA DECLARACIÓN DE FIEBRE AMARILLA EN LA LOCALIDAD

En la primera publicación acerca de la confrontación ideológica por el diagnóstico de Fiebre Amarilla denominada “la Farsa de Fiebre Amarilla en Bucaramanga”, el Dr. Daniel Hernández, indicaba que el mal, estaba hecho a la ciudad promesa y el “fruto amargo de una criminal actuación ó de un obstinado error vendría a recibirlo forzosamente esta querida tierra”, por tal motivación éste médico solicitaba que las leyes castigaran con toda severidad el diagnóstico de los médicos locales por su “exceso de torpeza” ya que no se debía permitir continuar en el ejercicio de la profesión médico a quienes causaran “males tan nocivos para la humanidad”³⁰³.

Seguidamente se indicaba que “dos pequeños sabios” eran los causantes de la algarabía que el dictamen traía consigo a la comarca y para argumentar el dictamen copiaban de los libros extranjeros, según éste, con el fin de sorprender a las masas ignorantes, todos los eventos que se relacionaban con la patología ya que con “su palabrerío cataloguesco

303 HERNÁNDEZ, Daniel. 1923. “La Farsa de Fiebre Amarilla en Bucaramanga”. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1073. 1923.

traficaban con los dolores humanos”; éste actor sugería que antes de entrar a imaginar las enfermedades los pequeños sabios debían entrar a realizar diagnóstico diferencial y no faltar a las enseñanzas de los maestros norteamericanos que en el año de 1916 había declarado rotundamente la inexistencia de foco de Fiebre Amarilla en Colombia.

Al finalizar su artículo indicaba que el cuerpo médico de la ciudad estaba comprometido en lo “más caro: su reputación”, ya que según éste los médicos norteamericanos, verdaderos sabios podía responder a los médicos locales “no hay Fiebre Amarilla en Bucaramanga ni discuto con intensos”³⁰⁴.

Acto seguido el Dr. Julio Vargas publicaba un artículo que se denominaba: “No hay Fiebre Amarilla, la falta de foco aleja la probabilidad”, éste actor basándose en las publicaciones de la Fundación Rockefeller y siguiendo su esquema teórico de la teoría de los Centros Claves indicaba que la misma aseveraba la ausencia de un foco americano de donde pudiese venir la enfermedad, unido a ello, agregaba que el *Leptospira* de Noguchi era de difícil técnica de estudio para hallarlo en los casos y por éstas razones el dictamen acerca de la enfermedad en la región carecía de validez, para dar argumentación a su idea describía un caso que atendió personalmente en su consultorio que éste asociaba a una “Fiebre de Papatassi”, y su testimonio podía ser verificado con sus pacientes y testigos que gozaban de “honorabilidad” en la ciudad³⁰⁵.

De ésta manera se aprecia la dinámica médica que con el diagnóstico de unos médicos locales trajo consigo en un primer momento y se considera que el contra dictamen se argumentaba con la visita de de la Rockefeller en 1916, la no concordancia teórica con la fundación norteamericana y por ello se pedía una actuación legal y científica para tal evento. Vanguardia Liberal se convirtió en la tribuna del debate médico y prestó su espacio para las discusiones de los médicos locales que no contaban con otro tipo de publicación en la localidad.

304 *Ibíd.*

305 VARGAS, Julio. “No hay Fiebre Amarilla: La falta de foco aleja la probabilidad”. *En:* La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1074. 1923.

Por otra parte, en esta misma edición el Dr. Julio Valdivieso comentaba que en la publicación del Dr. Daniel Hernández, se apreciaba “el más triste desplante que se haya publicado bajo el cielo santandereano”, donde el Dr. Hernández, había exhibido “el hombre de las cavernas sin el más leve pulimento de la civilización”, seguidamente indicaba que el título del mismo debió ser “la envidia es más grande que los espacios siderales”, apreciando que su necedad no tendría lugar si éste hubiese asistido a las repetidas Juntas Médicas que se habían realizado en la ciudad, ya que para la declaración del diagnóstico solamente faltaban los conocimientos de dos o tres médicos que se encontraban “renuentes” a realizar la confirmación del mismo, evidenciando los casos. Igualmente, se indicaba como la confrontación teórica se trasladaba al plano de lo personal y por ello se indicaba que cuando “los científicos hablen, contestaremos en ese terreno”³⁰⁶.

Pasados tres días el Dr. Luis Ardila Gómez, publicaba un aparte central en el periódico local que se denominaba “la propia estimación”, donde comentaba las “monstruosidades científicas que en el escrito se exhibía” e identificaba que los facultativos de la ciudad estaban preparando un material para documentar la epidemia, donde se relacionaban los casos, los síntomas, el diagnóstico diferencial, el tratamiento, etc. De la misma manera, se pretendía organizar unas jornadas para discutir públicamente las implicaciones que el diagnóstico acarrearía consigo. Este actor criticaba la acusación que había realizado el primero, en cuanto a la acusación malévola de traer a propósito con el dictamen de la Fiebre Amarilla, los “males económicos y sociales que una tan delicada situación implicaba”³⁰⁷.

Igualmente, se comentaba que la negación de la enfermedad en la ciudad sólo traería consigo “males irremediables”, además consideraba oportuno emprender prácticas de saneamiento y el aislamiento de los enfermos para reducir de esa manera las fuentes del contagio. La población que se identificaba en riesgo “eran las clases obreras, que no podían tener el lujo de salir de la ciudad huyendo del contagio, las que no estaban en situación de usar mosquiteros individuales, las que de una manera inmediata y directa

306 VALDIVIESO, Julio. 1923. “La Fiebre Amarilla”. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1074. 1923.

307 ARDILA GÓMEZ, Luis. “La propia estimación”. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1077. 1923.

vienen a recibir los beneficios de la campaña sanitaria” y después de indicar apreciaciones por autores franceses que se asemejaban a la caracterización de la epidemia en el ciudad declaraba que “que la vida de los hombre valía más que todas las mercancías que se dejaran de vender” en la ciudad³⁰⁸.

De esta manera se da cuenta de las declaraciones que reportó consigo la llegada de la epidemia a la ciudad de Bucaramanga y la polémica médica que desató en la misma la declaración de la Fiebre Amarilla ya que con éste evento se desencadenó una contienda que pasó de la esfera científica al plano de lo personal entre los médicos que mantenían el diagnóstico y aquellos que negaban el mismo, defendiendo los aspectos comerciales y económicos de la región; usando en la mayoría de los casos diversos argumentos para contraatacar la voz de los médicos locales que desde los aspectos clínicos y anatomopatológicos sostenían la presencia de la enfermedad en la ciudad.

4.2 EL JUEGO DE LAS INSTITUCIONES

En primer lugar resulta necesario destacar que para la fecha ya indicada, llegaba la Comisión Médica del Instituto Rockefeller y por ello, se determinaba la apertura de una cantidad de dinero adicional a los gastos que se proyectaban en el presupuesto en curso con el fin de atender los costos que demandaba dicha comisión. La suma que se registraba para el evento ya mencionado consistía en \$2.500³⁰⁹. Era claro que el gobierno movilizaba dinero como respuesta de apoyo al intervencionismo de esta Fundación en el proceso de erradicación de la Fiebre Amarilla que en el año ya citado se encontraba en la ciudad de Bucaramanga.

4.2.1 Muy diferente teorizar en el Gabinete o en Bogotá y ver lo que pasa a la cabecera del enfermo y lo que se encuentra en el cadáver³¹⁰: La Junta Central de Higiene Otro evento de negación al diagnóstico impartido por los médicos locales se encuentra en la Dirección Nacional de Higiene, más exactamente en cabeza del Dr. Pablo García Medina, quién como actor socio político de la dinámica que nos compete, afirmaba

308 *Ibíd.*

309 Gaceta de Santander No 5037. Abril 23. Pág. 63. Ordenanza 14 de 1923. Capítulo 15. Art. 44 bis.

310 MAC CORMICK, David. 1923. Año IV. No. 1.085. Op., cit.

y mantenía la negación al dictamen en diferentes publicaciones en las cuales mencionaba “No puede haber Fiebre Amarilla en Colombia”, donde reconocía que identificando las “leyes a las que estaba sujeta la propagación de la epidemia” (teoría de los centros claves), no era posible identificar la presencia de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga y de tal manera, era reconocido por eminentes médicos como: Gorgas, Guiteras y otros miembros de la Comisión Americana en la visita realizada al país en 1916.

Unido a lo anterior, identificaba que la enfermedad llegaba a las Costas del Atlántico, procedente de Panamá, antes del saneamiento del Canal; siguiendo el aspecto teórico de propagación de la epidemia argumentaba que los últimos casos que se presenciaron en territorio nacional se ubicaban en la ciudad de Cartagena en el año de 1905. De esta manera, se identifica como el Director Nacional de Higiene desconocía o negaba la presencia epidémica de la enfermedad en otras zona no portuarias del país como Muzo (1906), Valle de Soto (1911) y en éste caso Bucaramanga (1923)³¹¹.

El Dr. Pablo García Medina agregaba que el peligro de la propagación de la enfermedad se debía considerar casi extinguido en el país, puesto que la presencia epidémica de Fiebre Amarilla en el Litoral del Pacífico se consideraba procedente de los Puertos de Guayaquil y Paita, pero éstos ya se encontraban saneados, por tal motivo no resultaba posible identificar la procedencia de un vector infectado o un enfermo que albergase la misma. Se informaba que su primer actividad al recibir el telegrama proveniente de Bucaramanga, donde se avisaba la posible manifestación del contagio en la región, se encaminó a ubicar la presencia de casos sospechosos de la enfermedad en los puertos cercanos, más exactamente en Maracaibo ó en alguna zona de Venezuela, pero sólo obtuvo datos negativos en éstos y sólo recibió presencia de casos positivos a escala internacional en Tampico y en otros dos puertos al Norte de México.

De esta manera, se observa como la teoría de los Centros Claves y el concepto previo emanado por los científicos de la Fundación Rockefeller desechaba la posibilidad de veracidad ó certeza acerca de las observaciones clínicas que los médicos locales habían emprendido para la confirmación del diagnóstico. De la misma manera, se identifica en

311 GARCÍA MEDINA, Pablo. “No puede haber Fiebre Amarilla en Colombia”. En: La Vanguardia Liberal. Sábado 17 de Marzo de 1923. Año IV. No. 1077. 1923.

manos de quién se encontraba la apropiación del capital simbólico y científico en cuanto al conocimiento de la enfermedad se hacía referencia.

El Dr. Mac Cormick, respondía que era muy diferente teorizar sentado desde el gabinete de Bogotá a permanecer observando los casos clínicos en la cabecera de los enfermos y los resultados anatomopatológicos que confirmaban las necropsias³¹². Por su parte, el Dr. Luis Ardila afirmaba que el Director Nacional de Higiene quería plantearles con sus escritos, el problema ancestral del origen de las especies, lo cual nos les resultaba racional a los médicos locales “pensar en un alarde tan insoportable”, en los momentos de angustia que padecía la ciudad³¹³.

En ésta dinámica de confrontación ideológica frente al diagnóstico se continuaba la discusión que se mantenía a favor y en contra de la confirmación de la presencia de la enfermedad en la ciudad; en el mes de Mayo se envió un comunicado firmado por los médicos locales (Luis Ardila Gómez, Daniel Peralta, Marín Carvajal, David Mac Cormick, Francisco Pradilla y Julio Valdivieso) donde aseguraban haber declarado públicamente, después de un riguroso análisis de los casos, el diagnóstico de Fiebre Amarilla en Bucaramanga, de igual manera aceptaban su responsabilidad médica y social frente a tal dictamen.

Sin embargo, en la comunicación se recalca la importancia de transmitir con urgencia la información de la patología ya que la misma se consideraba una enfermedad prevenible que necesitaba de la puesta en marcha de medidas sanitarias para controlar el desarrollo epidémico en la región, acciones sanitarias que se habían implementado en un primer momento por sugerencia de los médicos locales pero que se encontraban entorpecidas a la fecha por las declaraciones que el Director Nacional de Higiene había realizado al afirmar que la declaración de la enfermedad en la ciudad se fundamentaba en la ignorancia que los médicos locales ostentaban en cuanto a la geografía médica del país se hacía referencia. Por la credibilidad que gozaba la citada institución y con ello, su principal actor socio político se resaltaba el hecho de la opinión pública al considerar

312 MAC CORMICK, David. 1923. Año IV. No. 1085. Op., cit.

313 ARDILA GÓMEZ, Luis. La propia Estimación. En: La Vanguardia Liberal. Año IV, No. 1079. 1923.

veraz tal afirmación, retrasando con la confrontación médica, las acciones de sanidad ya puestas en marcha por los médicos locales que mantenían el diagnóstico.

El objetivo explícito que advertían los médicos locales en la publicación del comunicado consistía en llamar la atención sobre sus declaraciones y dejar información nacional sobre la presencia de la enfermedad en la ciudad. De tal manera, se aprecian las discusiones que mantuvieron los médicos locales y el Director Nacional de Higiene, quién negaba constantemente la veracidad de las declaraciones de éstos; igualmente se puede invitar a considerar la importancia que revestía en el imaginario social la comunicación emitida por un funcionario de una institución oficial, que en éste caso gozaba del reconocimiento social como para pausar las acciones sanitarias propuestas por los actores locales que podían pertenecer a una institución, pero con menor cobertura, de ahí la credibilidad en los dictámenes que emitían los funcionarios de las instituciones oficiales con cobertura nacional sobre aquellos que laboraban en instituciones de carácter regional.

Con la misma fecha de 16 de Mayo de 1923 se apreciaba una correspondencia donde los médicos locales dirigían al Presidente de la República el dictamen realizado por la Comisión enviada por la Fundación Rockefeller donde resaltaban que su pronta acción frente al diagnóstico no resultaba ser fruto de la ligereza de sus actuaciones ni mucho menos originada por la ignorancias que albergaban en cuanto a la patología médica del país. De igual manera recordaban el descontento recibido por diferentes estamentos sociales e institucionales cuando habían suministrado el diagnóstico oportunamente, al identificar que se encontraban “influidos por erróneos conceptos”³¹⁴ y comunicaban el malestar que habían padecido gracias al descrédito que diferentes autoridades les fomentaron, convirtiéndose según éstos, en un problema social ya que la comunidad se sintió atacada por los médicos locales quienes con un diagnóstico oportuno pretendían defenderla del flagelo.

4.2.2 La creación de la Junta Asesora de Higiene Las dinámicas epidémicas movilizaban la creación de diferentes organismos que se constituyen con objetos claros para intervenir en el proceso de enfrentamiento de la enfermedad. El Director de Higiene

314 ANÓNIMO. “El final de un debate”. En: La Vanguardia Liberal. Mayo 21 de 1923. Año IV. No. 1130. 1923.

de Santander realizaba en el mes de marzo los nombramientos correspondientes a los titulados que integrarían la Junta Médica Asesora de la Dirección Departamental de Higiene y tal proceder respondía a la ordenanza Departamental sobre la cual se había pronunciado la Asamblea del Departamento con miras al enfrentamiento de la epidemia de Fiebre Amarilla que para la época azotaba la población. Entre los nombrados por el Director de Higiene se destacaban los doctores: David D. Mac Cormick, Roberto Serpa y Julio Valdivieso³¹⁵.

La ordenanza³¹⁶ expedida por la Asamblea Departamental mencionaba la creación en la ciudad de Bucaramanga de una Junta Asesora compuesta por tres médicos que estaban encargados de atender el saneamiento y dirigir los procesos que se establecieran para luchar contra las epidemias que se afianzaban en Bucaramanga y en los alrededores de la misma, la permanencia en el ejercicio de la misma dependía del tiempo que lo considerase necesario la Junta Departamental de Higiene; cada uno de los médicos que la conformaban recibiría un salario mensual de \$100 y en caso que se tuviese que trasladar en el ejercicio de sus funciones a cualquiera de los municipios del Departamento recibiría \$10 diarios como derechos a viáticos. Además de ello, la Junta Asesora contaría con un secretario de su libre nombramiento que recibiría un salario de \$50 mensuales y unido a ello, la Asamblea estimaba que para atender los gastos que se originaran con la practica de la ordenanza se destinarían el 25% de los fondos de Higiene de los cuales eran poseedores los municipios y que para la época se encontraban en la caja del Departamento. Es precisamente este destino de recursos el que propiciaría un conflicto legal que pondría en aprietos a los representantes de la Junta de Higiene pero que a su vez, logró extenderse por espacio de varios meses sin encontrar respuesta alguna*.

Para cumplir con el destino de los recursos en acuerdo con la ordenanza dictada por la Asamblea los tesoreros municipales estaban encargados de enviar a las Tesorerías del Departamento y a las Contadurías de Hacienda de cada Provincia, el porcentaje ya expresado, y cada una de ellas llevaría cuenta especial de del manejo de Fondos de

315 Gaceta de Santander No. 5039. p. 76. Mayo 3 de 1923. Resolución 82. Marzo 11 de 1923. Para la época el Director de Higiene en Santander era el médico: Alejandro Peña.

316 Gaceta de Santander No. 5037. p. 57. Ordenanza No. 2 de 1923. Marzo 10 de 1923. p. 57.

* Sobre este conflicto se hará mención más adelante.

Higiene, el cual sería entregado a la Contaduría Departamental. En cuanto a los fondos que no se llegaron a invertir por la cesación de los motivos que habían dado lugar a la ordenanza serían devueltos a las entidades que lo habían suministrado de manera proporcional y con previa determinación del Director Departamental de Higiene.

Cabe mencionar que esta ordenanza se respaldaba con la resolución No. 86³¹⁷ donde se ratificaba la disposición de él por asumir las indicaciones presentadas por la Fundación Rockefeller. El Director de Higiene se acogía a la medida ocasionada por el pronunciamiento que habían realizado los miembros de la Comisión Rockefeller en cuanto a la necesidad de emprender una campaña activa de carácter sanitario en la comarca que se encontraba invadida con el virus de la fiebre amarilla. Unido a lo anterior, se distinguía que eran varios los municipios atacados por la epidemia y que era deber de las autoridades de Higiene contener el desarrollo y la propagación de tales enfermedades, para lo cual resultaba necesario que el personal médico se trasladase a los lugares donde era ineludible su presencia ya que finalmente resultaba beneficioso para todos los municipios del Departamento el evitarles por medio de medidas sanitarias la presencia en los mismos de los casos graves de la epidemia que reinaba en la actualidad para el período en cuestión.

Por otra parte, además de mencionar los anteriores procedimientos se destacaba³¹⁸ que resultaba obligatorio para todos los jefes de familia, propietarios o encargados de hoteles, casa de huéspedes, posadas, fondas, colegios, fábricas, industrias y en general, donde residiesen y alojasen personas, declarar a las autoridades sanitarias, si las hubiese, o a los Alcaldes municipales, todos los casos manifestados o sospechosos de Fiebre Amarilla, Difteria o Crup, disentería y Gastro – Enteritis infecciosas, Gangrena, Escarlatina, Fiebre Tifoidea, Tifo Exnemático, Lepra, Neumonía, Septicemia Puerperal, Tuberculosis, Meningitis y Viruela*.

317 Gaceta de Santander No.5.041. Mayo 24 de 1923.Pág. 93.

318 Gaceta de Santander. No. 5.041. mayo 24 de 1923. Pág. 93.

* Estas son las enfermedades que para la época se consideraban de notificación obligatoria para la vigilancia epidémica.

Los médicos tenían además la obligación de declarar la existencia de los casos de enfermedades transmisibles en el ejercicio particular de su profesión, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto número 592 de 1905 del Poder Ejecutivo Nacional. Era también obligatoria esta declaración para toda persona que tuviese noticia de algún caso de enfermedad transmisible, ó de defunción de alguna de ellas sin asistencia médica.

El médico estaba también obligado a imponer al jefe de familia o al dueño encargado de la casa, hotel, colegio, etc., tan pronto como se reconociese o sospechase que se manifestaba un caso de enfermedad transmisible, tanto el deber de declararla, lo cuál le correspondía realizar el representante durante las 24 horas siguientes al anuncio así como también el sugerirle las recomendaciones inmediatas que debían practicarse con el objetivo de evitar el contagio y la propagación de la enfermedad entre los familiares y los circunvecinos. En caso de que el jefe o dueño de la casa no hiciera la declaración, el médico quedaba obligado de hacerla; y en cualquier caso, no podrían dejar de transcurrir 24 horas sin registrarla.

El dueño o jefe de la casa estaba obligado a realizar las desinfecciones del local contaminado a más tardar 24 horas después de la curación o de la defunción del enfermo. Si transcurrido tres días no las hubieren efectuado, la autoridad las haría a costa de quién correspondiese o notificaría al dueño del inmueble con multas que correspondían con el marco legal. Estas desinfecciones se llevarían a cabo en presencia del Inspector Sanitario o de un empleado que estuviese designado por el Alcalde del respectivo lugar.

4.2.3 La Fundación Rockefeller: la comisión norteamericana dedicada al estudio de la Fiebre Amarilla. El 19 de Marzo, Frederick Miller, Representante de la Fundación Rockefeller para Colombia y Director del Departamento de Uncinariasis y de la campaña de la Fundación contra esa enfermedad en el país, envió una comunicación a Frederick Russell, Director de la Junta Sanitaria Internacional, adjuntándole un informe sobre la epidemia reinante en la ciudad de Bucaramanga, informándole que los casos eran muy similares a los conocidos como Fiebre Amarilla³¹⁹. Sin embargo el 22 de Marzo Miller

319 Miller a Russell, Marzo 19 de 1923. RAC. RFA. RG. I.I.S. 311.B.10.F.90.

vuelve a escribirle a Russell, afirmando que el Director Nacional de Higiene, García Medina, consideraba que la epidemia no era de Fiebre Amarilla ya que le resultaba muy llamativo su inexistencia en los puertos cercanos; indicaba que el Dr. White se encontraba en Washington y podría embarcarse para Colombia a partir del 11 de Abril³²⁰. Finalmente el Gobierno Colombiano aceptó la Comisión el 10 de Abril, que se embarcaba al día siguiente para Colombia³²¹.

Una vez confirmada la existencia de la enfermedad por el cultivo de Noguchi, como ya se explicó, la Fundación Rockefeller ofreció su cooperación técnica y financiera para el manejo de la epidemia. De tal manera se acordó con el Gobierno Nacional que cada uno de estos actores aportaría el 50% de los recursos necesarios para el establecimiento de una campaña contra el Aedes³²² y para el desarrollo de algunos programas de asistencia pública³²³.

La epidemia había sido pues nuevamente diagnosticada por los norteamericanos, siguiendo el modelo bacteriológico de Noguchi y controlada por el modelo de la eliminación de mosquitos siguiendo la propuesta de los Centros Claves ya que la F.R. había amalgamado éstos dos modelos para controlar la enfermedad. Sin embargo, en el ámbito internacional la Fundación no pareció estremecerse con el nuevo brote. El informe de Vicent, respecto al año de 1923 y publicado en el año siguiente indicaba que la situación para 1923 se podía resumir así: “ningún caso reportado en México, Centro América, Ecuador ni Perú; brote en Colombia prontamente puesto bajo observación; medidas de control bien organizadas funcionando en el Norte de Brasil y trabajadores en proceso de entrenamiento para viajar al África Occidental donde se han reportado casos”³²⁴.

320 Miller a Russell, Marzo 22 de 1923. RAC. RFA. RG. I.I.S. 311.B.10.F.90.

321 Miller a Russell, Abril 10 de 1923. RAC. RFA. RG. I.I.S. 311.B.10.F.90.

322 Telegrama de Russell a Miller. Mayo 24. 1923. RAC. RFA. RG. I.I.S. B.10.F.90.

323 GARCÍA MEDINA, Pablo. “Quinto informe anual del Director Nacional de Higiene”. En: Memoria del Ministerio de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923. Bogotá: Imprenta Nacional. 1923. p.210 – 213.

324 VICENT, George. A Review For 1923. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation. 1924. p.25 – 26.

En la dinámica de la Fiebre Amarilla en Santander se puede sugerir la conquista norteamericana del espacio científico donde se rechazaba el posicionamiento de los médicos locales acerca de la presencia de la epidemia en la región por las declaraciones de los médicos extranjeros que en sus “visitas” por Colombia declaraban la inexistencia de la enfermedad y la ausencia de focos para la propagación de la misma. Sin embargo, tales eventos permiten a su vez, la presencia de compañías extranjeras con el propósito de “modernizar” el equipamiento público y las redes de los servicios en el país. Consolidando “la mayor manifestación urbana del cambio de orbita y de dominio económico – comercial, adquirido por Estados Unidos en 1900 – 1940”³²⁵

4.3 LAS ACCIONES DE SANEAMIENTO

El inicio de la campaña de saneamiento tiene lugar cuando el Gobernador de Santander enviaba al Sr. Director de la Vanguardia Liberal una comunicación del Ministerio de Agricultura y Comercio para darla a conocer en su diario; la comunicación refería el concepto presentado por la Comisión acerca de la presencia de la Fiebre Amarilla en la ciudad, que a la fecha causaba pocas defunciones y por ello, éste organismo manifestaba su propósito de controlar la misma en sesenta días mediante una activa campaña, emprendida de manera intensa y con el apoyo de los médicos locales. Seguidamente se indicaba la promesa de “dominar fiebre en breve tiempo, impedir estragos utilizando cooperación benemérita Fundación Rockefeller, empeñada siempre en extirpar esa enfermedad, y otras donde quiera que aparezcan”³²⁶.

Con esta comunicación se daba el toque de alarma para reforzar la campaña de saneamiento propuesta por los médicos locales que había menguado por la polémica referente a la veracidad del diagnóstico; Igualmente se aludía que con el apoyo de la magnífica Fundación, en el lapso de dos meses estaría saneada la ciudad, la erradicación

325 APRILE, Jacques. La ciudad colombiana. Bogotá: Banco Popular. 1991 p.21. Es posible pensar que con estas intervenciones Estados Unidos consolidaba su poder en otras esferas como la sanitaria, ya que para el período comprendido ésta nación ocupaba una posición privilegiada frente al sector industrial, mineral, comercial del café, y en ese año se apreciaba su intervención en el sector financiero y bancario con la misión Kemmerer.

326 PRADILLA, Emilio. “Saneamiento en Bucaramanga”. En: La Vanguardia Liberal. Mayo 23 de 1923. Año IV. No. 1132. 1923.

del vector la Fiebre Amarilla sería una cuestión histórica y con ello, la actividad económica, especialmente el comercio vendría a la normalidad.

Esta nueva campaña de saneamiento en compañía de los agentes norteamericanos recibió todo un despliegue en el periódico local, en éste se comentaba para el inicio de la misma las muchas molestias que traería consigo las actividades; sin embargo, se aclaraba la necesidad de su puesta en marcha para evitar la propagación epidémica. Así mismo, se indicaba la benignidad de la epidemia que no contrastaba con el miedo que fuera del territorio afectado albergaba la población; para disminuir el pánico se comentaba “hoy es más grave un catarro o una fiebre gastro hepática que lo aquí llamamos Fiebre Amarilla”. Sin embargo para que la campaña promovida por la Comisión Rockefeller resultase eficaz se solicitaba “la fe y el entusiasmo de todos los particulares que debían mirar en su propio bien y en la comarca donde tenían sus hogares y negocios”, además se advertía que la tranquilidad llegaría cuando al finalizar el saneamiento se encontrase restablecido el tráfico y con ello, el comercio en la ciudad³²⁷.

La primera medida que se puso en práctica fue la instalación de un cordón sanitario que se orientaba a que todo individuo que saliese de la ciudad tendría que demorarse cuatro días, en el lugar señalado por el Inspector de Sanidad, bajo supervisión médica. De manera semejante, los inspectores urbanos visitaban los domicilios y comunicaban a sus residentes las disposiciones de rigor que la higiene consideraba convenientes para destruir los zancudos, eliminando los criaderos. En cuanto a las protestas se indicaba que el levantamiento de éstas “no importa. Por encima de todas ellas es urgente proceder con rigor y a plena conciencia de lo que se va hacer”. En cuanto a las cuarentenas, las primeras fueron establecidas en El Tambor* y Santa María, donde los viajeros de Bucaramanga llevaban la carga de exportación ó los artículos que estaban destinados para otras regiones y recibían los objetos comerciales que eran enviados de fuera y se dirigían al interior de la ciudad, con el fin de pasar solamente una vez por el cordón sanitario³²⁸.

327 Anónimo. Saneamiento. *En*: La Vanguardia Liberal. Mayo 30 de 1923. Año IV. No. 1139. 1923.

* Todo viajero para la Costa Atlántica, Antioquia o el interior por esa vía debería permanecer en cuarentena allí por cuatro días. Hacia las provincias del Sur no se conocían estaciones de cuarentena ya que se realizaban investigaciones acerca del Estegomia en las mismas.

328 *Ibíd.*

La Campaña Sanitaria en compañía de los funcionarios de la Rockefeller se inició el primero de Junio de 1923 por orden del Ejecutivo Nacional, la Comisión Sanitaria estuvo conformada por: el Director Departamental de Higiene, un médico Jefe, miembro del Instituto Rockefeller y cuatro médicos nacionales. Para desempeñar dichos cargos se nombraron los médicos: Francisco Pradilla, David Mac Cormick, Julio Valdivieso y Daniel Peralta, éste último con el carácter de interno mientras se cumplía la ausencia del Dr. Roberto Serpa quién era el titular de la Rockefeller. Los trabajos sanitarios se dividían de la siguiente manera:

- Bucaramanga: 1 inspector sanitario, 8 inspectores locales encargados de la vigilancia de las viviendas y 8 obreros para realizar los trabajos sanitarios, 2 peones pescadores encargados de traer a la ciudad pescado vivo para repartirlo en las casas donde existían depósitos de agua y 2 revisores de inspectores.
- Rionegro: 1 médico nombrado por el Instituto Rockefeller, 6 inspectores locales y 6 obreros.
- Piedecuesta: 4 inspectores locales y 4 obrero.
- Florida: 2 inspectores locales y 2 obreros.
- Girón: 1 inspector local y 1 obrero

En cuanto a la duración de la misma se indicaba la importancia del apoyo que prestase el público a las autoridades encomendadas con la misma porque sin su cooperación se complicaba la eficacia y los resultados que se esperaban con dichas actividades. El Gobierno calculaba los gastos necesarios en cerca de \$ 50. 000 mensuales que enviaría por partidas remesadas de acuerdo a la marcha de la misma³²⁹.

En otro apartado que se denominaba: Higiene Práctica, se indicaba que una de las bases del Aseo en la ciudad consistía en el alejamiento de las basuras y despojos del centro ya que las basuras se mantenían hacinadas en los patios y solares de las viviendas ubicadas allí. En el año de 1915 se habían establecido el servicio de unos carros encargados de recoger las basuras, pero se clausuró el acuerdo porque establecía un impuesto, “aún cuando con ello, se salvarían de epidemias mortales”; en la misma publicación se

329 Anónimo. 1923. Año I V. No. 1138. Op., cit.

reproducía el acuerdo de 1915 y se indicaba finalmente no tener la pretensión de colaborarle al “honorable consejo” pero se indicaba que su sentido patriótico le permitía sugerir este evento práctico a un “ramo donde abunda la teoría”³³⁰.

Siete días después, Felipe Serpa publicaba un apartado que se denominaba: Higiene Práctica, donde llamaba la atención a los Concejales acerca del artículo 17 de la ley 99 de 1922, donde se autorizaba para ordenar a costa de los interesados, la construcción de caños matrices que recibieran los desagües de las casas y los llevaran fuera de la ciudad. Sin embargo, respecto al proyecto, éste actor indicaba la urgencia ya que se trataba de no depositar las aguas, la importancia de éste para dar continuidad a las actividades de saneamiento; sin embargo, como todos los proyectos “lo que falta es que se lleve a la práctica el remedio, que no se quede escrito como otras tantas cosas”³³¹.

Sin embargo, con la puesta en marcha de la campaña de saneamiento, el Director Nacional de Higiene siguiendo la teoría de los Centros Claves dictaba una resolución tendiente a evitar la Fiebre Amarilla en las poblaciones que se ubicaban en las riberas del Río Magdalena y con ello, se creaban en Calamar, Puerto Berrío y Caño de Barranquilla comisiones sanitarias compuestas de un médico y un ayudante quien tendría la función de vigilar los buques y todo aquellos que mantenían al interior cuando arribasen las regiones portuarias. En éstos puertos todos los vapores estarían sometidos a rigurosas visitas de sanidad; igualmente, las Compañías estaban obligadas a dar aviso acerca de la presencia de pasajeros febriles que se encontrasen a bordo de los mismos, aclarando que en caso de contravenciones se aplicarían fuertes sanciones a los empleados responsables³³².

De la misma manera, la Dirección Nacional de Higiene se comunicaba con la Departamental con el fin de notificarles a los viajeros que transitaban por Sogamoso o Barrancabermeja, para ir al Magdalena que mientras no se ubicasen los puntos de vigilancia en la zona, resultaba necesario presentar el certificado de sanidad para realizar

330 SERPA, Felipe. “Higiene práctica”. En: La Vanguardia Liberal”. Año IV. No. 1142. 1923.

331 SERPA, Felipe. “Higiene práctica”. En: La Vanguardia Liberal”. Año IV. No. 1148. 1923.

332 GARCÍA MEDINA, P. “Contra la Fiebre Amarilla”. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1146. 1923.

el traslado. En el mismo comunicado se preguntaba por el salario del Dr. Luis Ardila, quién inspeccionaba las regiones de Chucurí, Sogamoso, Barranca y Puerto Wilches³³³.

En cuanto a la organización de la campaña por parte de la Fundación Rockefeller, que de Bucaramanga se extendió hacia otros lugares de Colombia, se establecieron una serie de normas para manejar las labores de saneamiento, donde la Junta Internacional de Sanidad conducía su trabajo de acuerdo con las organizaciones nacionales de los países que intervenía, aprovechando las organizaciones ya establecidas para que las mismas se apropiaran de las actividades de profilaxis, cuando la Fundación norteamericana decidía trasladarse a otro lugar.

La organización general de la campaña funcionaba de la siguiente manera³³⁴:

- a) Director General, Doctor Henry Hanson
- b) Director Asistente, Doctor F. A. Miller
- c) Entomólogo e Inspector Super Vigilante, L. H. Dunn
- d) Super Vigilante Mr. G. O. Richardson
- e) Médico Super vigilante Roberto Serpa
- f) Ingeniero, Mr. George Stuart
- g) Revisor Instructor, Señor Arturo Sainz
- h) Secretario de Dirección General.

En los deberes del Director Asistente se encontraban asumir el cargo de la Oficina Central en ausencia del Director General y ejercer las funciones de Oficial ejecutivo, en las que se incluían la revisión de informes y la presentación de cuentas, haciendo cumplir las órdenes del Director General. De la misma manera investigaba casos de la enfermedad que hubiese tenido conocimiento como de las condiciones de los criaderos de mosquitos, realizando una entrega mensual de sus hallazgos. El Entomólogo e Inspector Super Vigilante examinaría sobre los mosquitos que le entregasen para su estudio (especie, características e importancia), entregando de la misma manera un informe mensual,

333 *Ibíd.*

334 GARCÍA MEDINA, Pablo. Dirección Nacional de Higiene. Resolución 220 y 234.

también debía dar las instrucciones en los diferentes lugares acerca del desarrollo de la campaña y tales apreciaciones serían cumplidas tal y como éste las indicase.

El Médico Super Vigilante realizaba una revisión general de la campaña, visitaría los lugares donde se reportasen casos sospechosos de Fiebre Amarilla e informaría de manera inmediata a la Oficina Central de sus conclusiones. Por su parte, el Inspector Super Vigilante estaba encargado de revisar a examinar el trabajo de todos los inspectores y sería el responsable del trabajo antilarvario. Era la persona encargada de emprender recomendaciones, destituciones y controlaría el trabajo diario haciendo las observaciones que considerase pertinente. Por su parte, el Ingeniero Sanitario de la campaña, investigaba y emprendía los trabajos de ingeniería que se considerasen relevantes, indicando los detalles técnicos que necesitase el desarrollo de la campaña.

El Revisor Instructor era el encargado de realizar la instrucción a los nuevos instructores en los mejores métodos conocidos a la fecha para la destrucción de los criaderos. Mientras que el Secretario de Dirección General inspeccionaría los trabajos de las oficinas de la campaña como archivos, informes, datos estadísticos, siendo el responsable de los mismos.

Por otra parte se presentaban una serie de normas que debían cumplir los integrantes de la comisión en el desarrollo de las citadas funciones en las que se incluían un comportamiento culto, realizar las sugerencias de buena manera, no se debían presentar a las funciones con ingesta de licor ni consumirlo en las jornadas de trabajo, igualmente no se debían realizar visitas sociales en las jornadas laborales “ya que la campaña es una labor seria”³³⁵.

Por los informes de la Oficina de Inspección Sanitaria de la ciudad de Bucaramanga se tenía conocimiento de que los ocho inspectores locales recorrían la ciudad examinando el estado sanitario de las viviendas; donde hallaban pozos o aguas estancadas que pudiesen servir de criaderos a los zancudos, notificaban a los residentes la obligación de tapar las vasijas con anejo y rociar petróleo o

335 HERNADEZ, Darío. Op., cit. p.111.

introducir pescado en las cisternas, igualmente se ordenaba la destrucción de matas de plátano ya que en sus ramas se depositaba agua que podía servir de criadero a los mosquitos. Si a la segunda visita los notificados no hubiesen seguido las instrucciones dadas, procederían a hacerlas cumplir.

En cuanto a la provisión de pescado para la ciudad, sólo un pescador realizaba la función y todos los días traía a la ciudad un número regular de pescado que se distribuía gratis a quienes lo solicitaban por escrito, con el fin de evitar los procesos de especulación. En cuanto a los focos o criaderos de zancudos se tuvo conocimiento en la ciudad que los principales se ubicaban en las fuentes públicas, en las Hoyas de la Quebrada Seca, La Payacuá, La Quebrada del Oro, Charco Largo y La Filadelfia, en las “pilas de agua bendita y los floreros de los templos y en los cementerios, dentro de las vasijas que sirven de floreros”. Para sanear tales lugares la inspección notificó a los dueños indicando las normas que debían seguir, pero en los casos de bienes municipales se pasó notificación a la Junta de Sanidad para que tomasen las decisiones del caso³³⁶.

El Señor Inspector pasó al Director de Higiene un reporte sobre el estado desastroso en que se encontraba la cárcel del circuito³³⁷, declarándola como el foco más peligroso que se apreciaba en la campaña de saneamiento, para lo cual se solicitaba el envío de una comisión medico – sanitaria con el fin de poner en marcha las medidas de saneamiento que necesitaba la institución. En cuanto al suministro de petróleo se comentaba la llegada del mismo de manera periódica a la ciudad para ser vendido a las gentes pudientes y obsequiado a las personas

336 OFICINA DE INSPECCION SANITARIA. 1923. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1149. 1923.

337 “Varios presos están atacados de enfermedades infecciosas sin que se hayan tomado medidas para curarlas, ni mucho menos para prevenirlas. –Se refiere el informe de un infeliz preso atacado de disentería y en tal estado de abandono que los gusanos se están comiendo sus carnes” (Ibíd).

pobres³³⁸. Para finalizar se comentaba la buena voluntad que acompañaba la campaña, especialmente en las gentes pobres y reconociendo el carácter benigno de la epidemia se sugería la necesidad de emprender una campaña que tuviese como fin desmentir los comentarios exagerados que se suscitaban al Sur del Departamento en los cuales se comentaba “la muerte diaria de decenas de personas a causa de la epidemia”³³⁹.

Sin embargo en el reporte del siguiente mes (Junio) se indicaba que los inspectores sanitarios notaban en el público de la ciudad cierto “espíritu reacio para cumplir las prescripciones sanitarias hasta el punto de tener que recurrir a imponer varias multas”³⁴⁰. En este evento se observa una resistencia a las acciones de saneamiento, indicando con ello que el discurso hegemónico de la ciencia y su soporte en la legislación, tomando como bandera el espíritu modernizador no generaba en la sociedad una única respuesta sometida a tal dinámica ya que existían con ella, otras acciones de resistencia a las actividades de saneamiento, en gran medida porque la incursión de tales procesos sanitarios no se incluían en sus actividades cotidianas y se puede sugerir, su repercusión en las cuestiones económicas ya que todos los sectores de la población no contaban con los recursos suficientes para prevenir, a manera de ejemplo, la inoculación del mosquito por medio del toldillo ó por medio de la instalación de mallas finas de alambre en las puertas y ventanas³⁴¹.

338 La Tropical Oil Company contribuyó con doscientos galones de petróleo crudo para mejorar los resultados de la campaña y declaraba ofrecer gratuitamente el suministro transportando en lancha a Puerto Wilches cuando lo soliciten (Anónimo. Año IV. No. 1169).

339 OFICINA DE INSPECCION SANITARIA. Op., cit.

340 *Ibid.*

341 En cuanto a las mallas finas de alambre se realizaba un proyecto con el fin de limitar el impuesto de aduanas para importar las mismas en mayor proporción, a las regiones infestadas de zancudos y mosquitos. No obstante, “tal disposición no ha podido tener aquí la acogida que era de esperarse debido al valor de aquellas mallas, que pone este gasto solo al alcance de las familias privilegiadas” (Anónimo. 1923. Noticias de la ciudad: Mallas finas de Alambre”. En: La Vanguardia Liberal. Octubre 25 de 1923. Año V. No. 1261. 1923.

En una sección que se denominaba: “Noticias y comentarios” se publicaba una sugerencia para la Comisión Sanitaria en la cual se llamaba la atención a sus miembros, con el objeto de no limitar sus esfuerzos a “derramar las aguas, a romper trastos viejos y otras sutilezas por el estilo”, no por considerarlos ineficaces, sino por identificar la existencia de otros criaderos de mosquitos que se ubicaban en el centro de la población que se podía denominar: “la hoya hidrográfica de Bucaramanga”, ya que en ella se depositaban las aguas, facilitando el desarrollo de la larva del zancudo, de tal manera se enseñaba la urgencia de implementar en éste lugar las obras adecuadas. De la misma manera se recordaba la utilidad de los fondos enviados por el Gobierno Nacional para las obras de saneamiento ya que de lo contrario las actividades que se emprendían resultarían inútiles si permanecían otros focos larvarios en la ciudad³⁴².

Por otra parte, era claro que a la fecha no todos los individuos u actores sociales padecieron las molestias que la puesta en marcha de la campaña trajo consigo ya que en un aparte se interrogaba acerca de “¿Porqué violando las disposiciones generales de Sanidad, el Presbítero, Luis García Benítez, no fue sometido a la cuarentena en El Tambor y antes bien, mediante el cual obtuvo pasajes para el Magdalena? Sería por la corona? De esta manera se observa, al igual que en la campaña de 1911, la existencia de actores sociales que gracias a los valores simbólicos que representaban al interior de la sociedad lograban pasar por alto las reglamentaciones sanitarias que se establecían³⁴³.

Pasando por otra parte, a los actores del Instituto Rockefeller se conoce una entrevista con el Dr. Miller, miembro de éste, quién se encontraba a cargo de la campaña de saneamiento en la ciudad, se comentaba que a un mes de iniciada la misma por el dictamen del Instituto las condiciones sanitarias de la ciudad habían mejorado considerablemente, gracias en gran medida al personal médico de la

342 ANÓNIMO. 1923. “Los puertos del Magdalena serán defendidos de la epidemia de Fiebre Amarilla”. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1155. 1923.

343 Ibíd.

ciudad quién “se encargaba de atender los casos más graves”, de la misma forma se apreciaba en “el público buena voluntad por seguir las instrucciones”, declarando que de continuar ésta marcha de la campaña en aproximadamente tres meses estaría completamente saneada la ciudad de Bucaramanga.

El costo mensual de la campaña alcanzaba la suma de \$2.300 que era cubierta de por mitad entre la Fundación y el Gobierno Nacional; aunque los salarios de los Dres. Miller, Richardson* y Serpa eran cancelados por parte de la Institución norteamericana; conjuntamente se indicaba la trascendencia de la campaña ya que no sólo estaba beneficiando a la ciudad de Bucaramanga, sino al país, porque en caso de recrudescencias en otras regiones el comercio nacional se encontraría seriamente afectado³⁴⁴.

Tabla 3. Datos estadísticos de las visitas sanitarias practicadas en la ciudad de Bucaramanga, por los empleados de la campaña contra la Fiebre Amarilla, desde el mes de junio de 1923 hasta el mes de Marzo de 1924.

| Mes | Casas visitadas | Casas infestadas |
|--------------|------------------------|-------------------------|
| Junio (1923) | 6.339 | 1.301 |
| Julio | 10.349 | 2.270 |
| Agosto | 12.280 | 1.327 |
| Septiembre | 12.914 | 804 |
| Octubre | 15.654 | 682 |
| Noviembre | 14.763 | 517 |
| Diciembre | 14.441 | 325 |
| Enero (1924) | 17.318 | 191 |
| Febrero | 15.258 | 44 |
| Marzo | 15.139 | 27 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.103.

* Ingeniero Sanitario del Instituto Rockefeller.

344 ANÓNIMO. "Mejoran las condiciones sanitarias". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1169. 1923.

En ésta tabla se aprecia la disminución de viviendas que albergasen en su interior el estegomia Fascista o de criaderos que sirviesen como criaderos, resulta claro que con el desarrollo de la campaña las cifras de lugares que sirviesen de contagio disminuyeron considerablemente.

A partir de la tabla 4 hasta la tabla 12 se aprecian los datos que se recogieron en los Municipios santandereanos de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el período comprendido de Julio de 1923 a Marzo de 1924, como se observa en éstas la cantidad de viviendas contagiadas era menor en comparación con Bucaramanga y de igual manera con la puesta en marcha de la campaña el margen de riesgo disminuyó considerablemente, llegando a inexistente en algunos meses en poblaos como Girón.

Tabla 4. Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Julio de 1923

| Mes de Julio | Casas visitadas | Casas infestadas |
|---------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 2.831 | 302 |
| Piedecuesta | 4.380 | 263 |
| Girón | 2.810 | 205 |
| Florida | 2.429 | 73 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.103.

Tabla 5. Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Agosto de 1923

| Mes de Agosto | Casas visitadas | Casas infestadas |
|----------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 5.281 | 140 |
| Piedecuesta | 7.133 | 82 |
| Girón | 3.811 | 114 |
| Florida | 1.626 | 29 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 6. Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Septiembre de 1923

| Mes de Septiembre | Casas visitadas | Casas infestadas |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 1.528 | 29 |
| Piedecuesta | 4.785 | 26 |
| Girón | 2.999 | 00 |
| Florida | 1.637 | 8 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 7 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Octubre de 1923

| Mes de Octubre | Casas visitadas | Casas infestadas |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 2.518 | 12 |
| Piedecuesta | 4.457 | 24 |
| Girón | 2.640 | 00 |
| Florida | 2.179 | 4 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 8 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Noviembre de 1923

| Mes de Noviembre | Casas visitadas | Casas infestadas |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 2.772 | 4 |
| Piedecuesta | 2.163 | 8 |
| Girón | 2.198 | 12 |
| Florida | 2.286 | 5 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 9 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Diciembre de 1923

| Mes de Diciembre | Casas visitadas | Casas infestadas |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 2.560 | 5 |
| Piedecuesta | 3.741 | 31 |
| Girón | 2.143 | 1 |
| Florida | 2.279 | 5 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 10 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Enero de 1924

| Mes de Enero (1924) | Casas visitadas | Casas infestadas |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 2.239 | 5 |
| Piedecuesta | 2.443 | 8 |
| Girón | 1.376 | 0 |
| Florida | 1.809 | 3 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 11 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Febrero de 1924

| Mes de Febrero | Casas visitadas | Casas infestadas |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Rionegro | 2.424 | 0 |
| Piedecuesta | 3.287 | 11 |
| Girón | 2.771 | 2 |
| Florida | 2.415 | 0 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.104.

Tabla 12 Datos estadísticos de los trabajos verificados por el personal de la campaña contra la fiebre amarilla en los municipios de Rionegro, Piedecuesta, Girón y Florida en el mes de Marzo de 1924

| Mes de Marzo | Casas visitadas | Casas infestadas |
|--------------|-----------------|------------------|
| Rionegro | 1.930 | 2 |
| Piedecuesta | 2.675 | 23 |
| Girón | 2.627 | 0 |
| Florida | 2.535 | 3 |

Tomado de: HERNANDEZ, Darío. Op., cit. p.105.

De acuerdo con la siguiente tabla se aprecia que otros territorios del Estado Colombiano se encontraban en riesgo de contagio ya que la existencia del vector en sus viviendas era notoria, en algunos como Girardot, Medellín, Puerto Berrío y Barrancabermeja más notable que en otros como Medellín y Ebéjico.

Tabla 13 Inspecciones preliminares en diferentes ciudades para identificar la presencia de *Aedes aegypti*

| Ciudad | Fecha | Casas Visitadas | Depositas Visitados | Casas Contagiadas | Depósitos Contagiados |
|------------------|-----------|-----------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Girardot* | Agosto 20 | 34 | 161 | 30 | 60 |
| Medellín | Agosto 24 | 51 | 106 | 0 | 0 |
| Ebéjico | Agosto 26 | 60 | 146 | 0 | 0 |
| Puerto Berrío | Agosto 29 | 102 | 208 | 44 | 50 |
| Barranca Bermeja | Agosto 31 | 88 | 214 | 41 | 96 |
| Puerto Wilches | Sept. 27 | 51 | ----- | 14 | ---- |
| Barranca Bermeja | Sept. 28 | 25 | 63 | 11 | 25 |

*Los criaderos fueron encontrados en escuelas, almacenes y hoteles, habiendo encontrado muchos *Aegypti* adultos en los cuartos de clase de las escuelas, durante las horas de trabajo, en los dormitorios, excusados y cuartos de baño de los hoteles.

Tomado de: HERNANDEZ, Darío: Op., cit. p.105- 107.

Las personas que se ausentaban de sus casas por períodos transitorios debían dejarlas revisadas por los inspectores de sanidad con el fin de contar con la seguridad higiénica de la misma a su regreso³⁴⁵. Finalizando el mes de Agosto aparecía en un apartado denominado “por la Sanidad” donde se solicitaba a los ciudadanos avisar a la Dirección General de Saneamiento las quejas que se tuviesen acerca de la existencia de mosquitos o sus criaderos³⁴⁶. Mientras que a mediados de Septiembre se publicaba el hecho de que la Fiebre Amarilla podía considerarse casi extinguida de la ciudad de Bucaramanga³⁴⁷.

La campaña de saneamiento pasó de Bucaramanga a las riberas del Magdalena y por el Norte hacia Cúcuta. Sin embargo, uno de los principales espacios que soporta la presente investigación se encamina a las conclusiones que David Mac Cormick apuntaba en un primer momento acompañado del Dr. Andrés Gómez, acerca de la endemidad de la región y con ello, el origen de la epidemia en la zona urbana, idea que el Dr. Mac Cormick siguió estudiando y argumentó de manera más contundente en el segundo brote, al relacionarlas con las propuestas de Franco y Balfour, demostrando con ello, la adquisición del conocimiento de punta en la época en cuanto a las patologías tropicales se hacía referencia; por otra parte, la Comisión quería seguir soportando su teoría y por ello, viajó a Cúcuta y Barranquilla en busca de un centro clave al cuál adjudicarle el origen de la epidemia en la ciudad del interior, pero al no encontrarlo lanzaron una hipótesis especulativa acerca de la posibilidad de contraer el mismo mediante un reducto de Fiebre Amarilla en Maracaibo, donde tampoco existía ya la Fiebre Amarilla, pero con ello se mantenía la coherencia de su teoría.

345 ANÓNIMO. “Sanidad y Fiebre Amarilla” En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1175. 1923.

346 Ibid.

347 ARDILA GÓMEZ, Luis. “La fiebre Amarilla puede considerarse prácticamente extinguida de Bucaramanga”. En: La Vanguardia Liberal. Año V. No. 1229. 1923.

Como bien los indica Paola Mejía, “durante años el personal de la Fundación Rockefeller, continuó pasando por alto los casos de Fiebre Amarilla que no se ajustaban a la teoría, desconociendo la opinión y experiencia de los médicos locales”³⁴⁸.

Se puede indicar que la conquista norteamericana en el campo de la ciencia y más exactamente en la esfera de lo sanitario se apreciaba como una actividad pacífica y altruista que operaba a escala continental con el propósito de “civilizar y modernizar”^{*}.

Recibía de los gobiernos americanos su aplauso y alabanza en el curso de sus actividades. En éste caso no era que los médicos locales ignorasen la manera de matar los mosquitos, sino que la presencia norteamericana “legitimaba” el conocimiento y el desarrollo de la campaña sanitaria.

4.4 IMPLICACIÓN ECONÓMICA: LA ORDENANZA PROBLEMA Y EL DERECHO A LA PROPIEDAD DE LOS MUNICIPIOS

En el mes de Diciembre se sentenciaba en el Tribunal Administrativo Seccional un juicio propuesto por Ángel María Álvarez donde se hacía referencia a la nulidad de la ordenanza número 2, sobre higiene, expedida por la Asamblea Departamental de Santander, el día 12 de marzo de 1923. En su concepto la demanda se emprendió porque se consideraba que la misma lesionaba el derecho de propiedad de los municipios que “son dueños absolutos de sus bienes, en los cuales están comprendidas sus rentas, sino también terminantes preceptos de legislación nacional”³⁴⁹.

En el caso se comentaba acerca del terrible flagelo que invadió la ciudad en los primeros días de Marzo y que a la fecha no se consideraba completamente combatido, el evento no podía pasar inadvertido por los representantes de los pueblos de Santander y por eso prestaron atención a fin de garantizar la existencia de sus representados y por ello se expidió la ordenanza objeto del fallo. En este procedimiento emprendido por la Asamblea se observaba claramente que se tuvo en cuenta en lugar de un fundamento legal uno

348 MEJÍA RODRIGUEZ, Paola. Op., cit. p.138.

* Una de las banderas que ahondó la Fundación Rockefeller en sus campañas por el mundo era la filantropía y la civilización mundial.

349 Gaceta de Santander. No. 5073. Pág. 350. Diciembre 23 de 1923.

moral, pues en realidad la extinción de la epidemia en esta capital redundaba en derecho en lo concerniente a todo el Departamento;

Se consideraba que favoreciendo directamente a la ciudad, afectaba de modo indirecto el bien de todos los municipios evitando la propagación del flagelo. Sin embargo, los municipios quedaban obligados por el momento a desprenderse de parte de sus rentas en beneficio de exclusivo de terceros. Las leyes concedían a la Asamblea facultades así para la organización, recaudación, manejo e inversión de las rentas y para prescribir todo aquello que sin lesionar derechos de terceros, exceda en bien de los municipios. El ramo de la Higiene quedaba comprendido en ésta, y además con el Art. 35 de la ley 99 de 1922, le permitía expedir ordenanzas al respecto y sobre las maneras de evitar el contagio en general, sin contrariar las leyes; por tal motivo no resultaba arbitraria la intervención de la Asamblea en cuanto a la materia considerada en la demanda. Existen en efecto, admirables ordenanzas, tales como las de higiene en las cárceles, escuelas y aguas, la de sobre asistencia pública y la reciente sobre asistencia médica escolar. Por este aspecto la ordenanza resultaba invulnerable.

Considerada la segunda cuestión y estudiada con el debido detenimiento la legislación en general y de modo especial la relativa al ramo de Higiene, no se encontraba en parte alguna, disposición que facultase a las Asambleas para disponer de los fondos que los municipios tuviesen en sus cajas con destino a ese servicio y para invertirlos en gastos de otros que no presentase como objeto el provecho exclusivo de su respectiva localidad.

En los argumentos para cuestionar la ordenanza se indicaba el hecho de las Asambleas Departamentales, corporaciones puramente administrativas³⁵⁰, instituidas para disponer lo conveniente dentro de la constitución y las leyes, para que los individuos y bienes de las secciones concurren al bien general del departamento considerado como entidad política, no podían tener ni tenían dentro de la misión que les correspondía, facultad para desconocer los derechos individuales, los preceptos legales ni las garantías consignadas en la constitución. Tales atributos eran propios de la soberanía y las Asambleas, conforme

350 Definición del Consejo de Estado a la fecha (Ibíd.).

al sistema constitucional vigente en la época, no hacían parte del poder supremo encargado del ejercicio de dicha soberanía.

Para una argumentación más contundente se efectuó un estudio de las disposiciones legales, que sobre higiene se habían dictado a la fecha, y en todas ellas se distinguía el constante propósito del legislador de no imponer a los municipios erogaciones que no viniesen a redundar en su bien local exclusivamente.

La ley 33 de 1913 que derogó la ley 30 de 1886, organizaba el servicio de Higiene Nacional en público y privado, lejos de otorgar las facultades a las Asambleas para ordenar la inversión de los fondos que como pertenecientes a dicho ramo tuvieran en sus arcas los municipios, adscribió esta función únicamente a los consejos que eran los que disponían por mandato legal de los tesoros de los respectivos municipios, y así, en el párrafo único del artículo 4 afirmaba claramente: “Los municipios harán los gastos de las comisiones sanitarias que radique en su territorio”; y el legislador aclaraba en el artículo 16 de esa misma ley: “cuando una epidemia amenace toda o una parte del territorio de la República, o se desarrolle en ella, y se reconozca que los medios de defensa locales sean insuficientes, el poder ejecutivo determinará , de acuerdo con el consejo Superior de Sanidad, las medidas más propias para impedir la propagación de la epidemia. Los gastos de ejecución de estas medidas en personal y material, serán de cargo de la nación”.

Consideraba, de tal manera, intocables las sumas que los municipios tuvieran con destino a la Higiene de sus localidades correspondientes. El artículo transcrito contemplaba perfectamente el caso ocurrido en la ciudad de Bucaramanga y que motivó la expedición de la ordenanza materia de este estudio. Esta ley tuvo existencia hasta el año siguiente en que la 84 la derogó, sustituyendo los artículos de aquella por los 8 y 9 en los cuales insistía el legislador en afirmar y mandar que los gastos de Higiene correspondían a los municipios, pero en sus respectivos lugares y no en los demás.

Por otra parte en el Art.8 de la ley 84 reconocía que “la Junta Central de Higiene, cuando lo estime necesario para el servicio de la Higiene, podrá nombrar comisiones sanitarias municipales, permanentes o accidentales, encargadas de hacer cumplir las disposiciones sobre higiene. Los gastos que estas comisiones ocasionen, serán de cargo de los

respectivos municipios, o de los departamentos, cuando los recursos de aquellos fueren insuficientes”. Nótese bien que la ley, ante la imposibilidad de los recursos de algunos municipios, no obligaba a los demás a que les prestasen su ayuda sino que echaba sobre los departamentos la carga del correspondiente auxilio. De ésta manera el demandante afirmaba “Es imposible exigir mayor claridad al legislador en la expresión de su querer”.

En la misma ley, más exactamente en el Art. 9, se indicaba que “cuando una enfermedad infecciosa grave amenace tomar el carácter de epidemia en toda la República o en una parte considerable de su territorio, y se reconozca que los recursos para la defensa local sean insuficientes, serán de cargo de la nación los gastos que ocasionen las medidas que dicten las autoridades sanitarias, quienes deben someter a la aprobación del Gobierno Nacional los presupuestos para tales gastos”. De ésta manera se indicaba que la ley volvía a hacer hincapié en los gastos de Higiene que eran netamente municipales; y en caso de insuficiencia económica, no prescribe ni obligaba la cooperación de los demás municipios sino que manda a hacerlos del tesoro Nacional.

Por otra parte, en la ley 32 de 1918 se expresaba de manera clara la voluntad de adscribir la carga del servicio de higiene a los departamentos, donde lejos de asignar a los municipios la obligación de contribuir al pago de este ramo, decía: “Artículo 51. Desde el 1 de Marzo próximo será de cargo de los Departamentos el servicio de Higiene Pública”.

La firme determinación del legislador de respetar siempre los derechos de los municipios a sus rentas, se hallaba conformada en cada vez que legislaba sobre higiene, y era tan explícita que no había lugar a la más ligera duda. Imponía obligación a los municipios de costear determinados servicios; les mandaba a gastar en éstos sus dineros; pero para uso y beneficio único y exclusivo de su localidad. De la misma manera que la ley 99 de 1922. Por último, se indica que en la 112 de 1919, en su artículo 5 hace una perfecta distinción entre los gastos de Higiene que correspondían a los municipios, de los Departamentos, y de la Nación. De cuanto se dejaba expuesto, se deducía claramente que los gastos del servicio de higiene estaban a cargo de los municipios en su respectiva localidad, y que no existía precepto alguno legal en virtud del cual pudiese ordenarse que coadyuven con sus propios fondos a la Higiene de los demás.

Quizá en otras materias pudiese hacerse al legislador el cargo de inconsecuencia y contradicción en sus mandatos; pero, en lo relacionado con las rentas municipales y con la autonomía de los municipios para manejarlas en su provecho exclusivo, nó. Así no prescribía en ninguna parte que se aplicasen en beneficio de los demás; y en cambio si permitía que en “beneficio de los municipios puedan ser aplicados los bienes del Estado o del Departamento, por las leyes u ordenanzas respectivas y por motivos graves de interés público”.

Para finalizar se citaba la sentencia de 24 de julio de 1916, donde el consejo de Estado declaraba que “el artículo 50 del acto legislativo número 3 de 1910, consagra una inmunidad a favor de los bienes y rentas de los departamentos y de los municipios, par defenderlos en actos atentatorios, por parte de los funcionarios de la Administración Ejecutiva, o de cualquiera otras personas o entidades que pretendan tomarlos para servicios públicos o particulares. Ante esta inmunidad, ni la ley misma puede decretar el despojo o la ocupación de los bienes que los departamentos o los municipios poseen como personas jurídicas, con los atributos de la propiedad civil”.

Se observaba que las Asambleas tenían atribución legal para determinar los gastos que debían hacer los municipios; pero esa atribución no podía hacerla violando preceptos terminantes de la ley, en el ejercicio de un derecho o de una facultad tiene por límite el derecho o facultad ajena. El artículo 199 del código Político y Municipal decía a este respecto “los gastos de cargo de los municipios serán determinados por las respectivas Asambleas Departamentales, pero no podrán señalarles gastos que la ley haya impuesto al estado o al departamento”. Acerca de este artículo, decía el consejo de Estado, que la ley exigía a las Asambleas tres requisitos para poder intervenir en la fijación de los gastos municipales, a saber:

1. que los gastos que se impusiesen a los municipios fueran locales, es decir, de interés y fines municipales.
2. Que dichos gastos no estuviesen impuestos por la ley al Estado o al departamento; y,
3. Que aunque netamente municipales, su fijación no estuviese atribuida a otra entidad.

En el caso que se considerase no se hubiese llenado estos requisitos. La asamblea pues, extralimitó sus facultades en la expedida ordenanza dos del año en curso y por ello debía ser anulada. El sostenedor de la ordenanza, en escrito del 4 de agosto, pedía que si fuese anulada se resolviese que ella surtiese sus efectos hasta el día que la suspendió provisionalmente, evitando así el grave perjuicio que se causaría a quienes prestaron servicio urgentes y oportunos confiados en la remuneración a que les daba derecho la ordenanza acusada y para ello funda su solicitud en el artículo 111 del código penal y municipal que decía: *“las ordenanzas son obligatorias mientras no sean anuladas o suspendidas por la autoridad judicial”*.

El tribunal contencioso Administrativo de Bucaramanga administrando justicia en acuerdo con el artículo 110 del código Político y Municipal. Fallaba nula por contraria a la ley la ordenanza número dos sobre higiene expedida por la asamblea de este departamento³⁵¹.

De esta manera se comprende como el acto para cubrir los gastos de saneamiento en la ciudad de Bucaramanga se establecieron mediante acuerdo legales que violaban la ley y atacaban de manera directa los fondos que mantenían los municipios para sufragar sus gastos en el ramo de la higiene, además la existencia del vector no resultaba probables en algunos de éstos que por sus condiciones climáticas se comprendían indemnes a la enfermedad, sin embargo, resultaba probable que si sus municipios no sufrieran de Fiebre Amarilla, sus rentas sí se encontrarían afectadas por la presencia de ésta en la ciudad de Bucaramanga.

Finalmente es relevante mencionar que los acuerdos, las resoluciones y las leyes se convertían en instrumentos y motores de la ciencia, ya que para el caso que nos ocupó, la Fiebre Amarilla 1911 y 1923, en el cuerpo semántico de la legislación de la época el uso del contenido científico se adecuó a las normas establecidas por la ley para disminuir el contagio en las regiones y las actividades sanitarias encontraron el apoyo de la esfera política, quienes al ostentar el uso de la fuerza, ubicaron las actividades sanitarias en acciones soportadas en la reglamentación que recibieron el respaldo de la fuerza pública y en caso de contravenciones o resistencias materializaron los acuerdos por medio de

351 Gaceta de Santander. 1924. Pág. 352.

multas ó el uso de la fuerza. De la misma manera los tratados de las Convenciones Internacionales se constituían en herramientas decisivas de las transformaciones médicas en vía a su modernización.

10. CONCLUSIONES

- No existe acuerdo sobre el origen de las epidemias de Fiebre Amarilla, para unos éste se ubica en África, mientras que otros identifican sus primeras manifestaciones en América. De éste último grupo algunos la consideran como una enfermedad propia que albergaban los naturales, en contraposición con aquellos que adjudican las primeras manifestaciones al proceso de conquista.
- En Colombia las primeras manifestaciones de Fiebre Amarilla se distinguen en los puertos colombianos, seguidamente se ubicaban a los largo de las riberas del Río Magdalena, para dar paso a la presencia de brotes epidémicos y esporádicos en el interior del país.
- La gravedad de la declaración de la enfermedad ocasionaba graves implicaciones económicas, sociales, políticas y científicas, ya que con la misma se establecía la cuarentena que obstaculizaba la movilidad de los viajeros y con ello, el tráfico de las mercancías. En la sociedad se daba un toque de alarma por el horror de sus síntomas y las estadísticas letales que acompañaban la epidemia; los médicos no contaban con un tratamiento específico y en asocio con los organismos del Estado establecían comisiones de estudio y actividades encaminadas a erradicar la enfermedad ó su vector.
- En las epidemias de Muzo de 1906 Roberto Franco y sus colaboradores identificaron otro tipo de Fiebre Amarilla a la urbana que llamaron “Fiebre Amarilla del bosque” y asociaron que ésta se acompañaba de otra fiebre identificada como Fiebre Espiroquetal.
- A principios de 1911 se manifestó la Fiebre Amarilla en el Valle de Soto que permitió la puesta en marcha de diversas acciones médicas para confirmar el diagnóstico y emprender actividades de saneamiento en la región. Desde éste evento los actores médicos implicados en la epidemia asignaron un foco endémico de Fiebre Amarilla en la región, pero tales apreciaciones pasaron inadvertidas en el ámbito internacional y nacional.

- A nivel general diversos sectores de la sociedad como comerciantes y médicos señalaban que el dictamen de la Fiebre Amarilla atacaba directamente a la ciudad promesa y por ello, permitieron la confrontación ideológica frente al diagnóstico.
- La presencia de la Fiebre Amarilla en 1923 en Bucaramanga no se ajustaba a la Teoría de los Centros Claves de la Fundación Rockefeller, como esquema de erradicación mundial y se confrontaba con las afirmaciones dictadas por una comisión de la misma, que había visitado Colombia en 1916, declarando la inexistencia de foco portuario en el país para Fiebre Amarilla. De igual manera para la fecha en cuestión, la Fundación declaraba que la enfermedad se encontraba en retirada del continente americano.
- La epidemia de 1923 en Bucaramanga al igual que la de 1911 en el Valle de Soto, desataron en la región una confrontación ideológica que tocó la esfera de lo personal en los actores implicados. Sin embargo, en la epidemia de 1923 el diagnóstico fue confirmado por las “autoridades científicas” de la Comisión Rockefeller al experimentar dos pruebas positivas con el cultivo del *Leptospira icteroides* que se consideraba a la fecha, como el agente causal de la Fiebre Amarilla. Un médico local llamado: David Mac Cormick emprendió una intensa tarea por aislar tal agente pero los hallazgos más similares que obtuvo fue la presencia de espirilas como resultado de los glóbulos rojos crenados y con otros procesos experimentales confirmó la negación de tal agente causal. Evento que se aceptaría en el ámbito internacional y nacional decenas de años después, ya que pasó inadvertido por investigadores nacionales e internacionales.
- De la misma manera, los médicos locales comprobaron con nuevos estudios la consideración de un foco endémico permanente en la región que no se encontraba en la zona urbana de la misma sino en territorio boscoso, identificando a su vez un nuevo reservorio: el mono rojo cotudo que Balfour había hincado en 1914. Eventos que igualmente pasaron inadvertidos en la esfera nacional e internacional para ser confirmados años después, pero que a su vez dan cuenta del manejo del conocimiento que albergaban los médicos locales en cuanto a la patología tropical se hacía referencia.
- La política local actuó de manera mancomunada con los médicos locales que declaraban la morbilidad en la región; en la reglamentación que tenía lugar con la

manifestación epidémica se observa como la ley respaldaba el diagnóstico decretado por los médicos locales y la puesta en marcha de las actividades sanitarias sugeridas por los actores médicos y en caso de contravenciones por parte de la población se acudió al uso de la fuerza ó la instauración de multas para instaurar la “higiene modernizadora tan necesaria para el progreso”.

BIBLIOGRAFÍA

ANÓNIMO. "Campaña contra la Fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. Junio 9 de 1923. Año IV. No. 1146. 1923.

-----, En: La Vanguardia Liberal. Junio 9 de 1923. Año IV. No. 1146. 1923.

-----, En: La Vanguardia Liberal. Mayo 21 de 1923. Año IV. No. 1130. 1923.

-----, En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1086. 1923.

ANÓNIMO. "Los puertos del Magdalena serán defendidos de la epidemia de Fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1155. 1923.

ANÓNIMO. "Noticias de la ciudad: Mallas finas de Alambre". En: La Vanguardia Liberal. Octubre 25 de 1923. Año V. No. 1261. 1923.

ANÓNIMO. "Saneamiento". En: La Vanguardia Liberal. Mayo 30 de 1923. Año IV. No. 1139. 1923.

ANÓNIMO. "Sanidad y Fiebre Amarilla" En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1175. 1923.

-----, Agosto 12 de 1911.

-----, Agosto 26 de 1911.

-----, Septiembre 6 de 1911.

ANÓNIMO. La Unión Obrera. Marzo 8 de 1911.

-----, Julio 11 de 1911.

-----, Julio 8 de 1911.

APRILE GNISET, Jacques. La ciudad colombiana. Bogotá: Banco Popular. 1991.

ARDILA GÓMEZ, Luis. "El Dr.- Luis Ardila Gómez renuncia a su candidatura". En: La Vanguardia Liberal. Octubre 18 de 1923. Año V. No. 1240. 1923.

-----, "La fiebre Amarilla puede considerarse prácticamente extinguida de Bucaramanga". En: La Vanguardia Liberal. Año V. No. 1229. 1923.

-----, "La propia Estimación". En: Vanguardia Liberal. Sábado 17 de Marzo de 1923. Año IV, No. 1077.1923

------. "La propia Estimación". En: Vanguardia Liberal. Lunes 19 de Marzo de 1923. Año IV, No. 1079.

BACHELARD, G. La formación del espíritu científico. México: Siglo XXI Editores. (1981[1938]).

BALFOURD, A. "Tropical Problems in the New World." Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 8(3). 1914.

BELAMARTINO, S., y C. BLOCH. El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1990-1985. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud. 1994.

BENCHIMOL, Jaime. Domingo José Freire y los comienzos de la bacteriología en Brasil. Brasil.1996.

------. Dos micróbios aos mosquitos. Fiebre amarela no Rio de Janeiro (1880-1930). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1999.

BLÁNQUEZ FRAILE, Agustín (1975) Diccionario Latino-Español. Tomo II. Barcelona, Editorial Ramón Sopena, S.A.

BLOOR, D. Knowledge and Social Imagery. London, Routledge & Kegan Paul. 1976.

BOURDIEU, P. El campo científico. Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión. 2000.

------. Los usos sociales de la ciencia. Para una sociología clínica del campo científico. Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión. 2000.

------. Sociología y Cultura. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/ Grijalbo. 1990.

CÁCERES, Humberto. El solitario de la calle 14. Carlos Michelsen Uribe. Bogotá: Fondo Cultural Cafetero. 1992.

CARMONA Y VALLE, Manuel (1887) "Carta dirigida al Señor Vicente Ibarra, de febrero 9 de 1887". En: Revista Médica de Bogotá. Abril 20: Serie X (113): 579-580. 1887.

------. "Clínica Médica. Estudio etiológico de la fiebre amarilla". En: Gaceta Médica de México. Noviembre 15. 1881^a.

------. "Clínica Médica. Hospital de San Andrés. Dr. Carmona y Valle. Investigaciones sobre la fiebre amarilla. Manuel Santibañez y J. Mendoza taquígrafos. Agosto 9 de 1881". Escuela de Medicina. Agosto 15-Febrero 15, 1982: 3(4). 1881b.

CARRASQUILLA, Tomás. Datos históricos sobre la Fiebre Amarilla. II Congreso Médico Nacional. Medellín. Bogotá: Escuela Tipografía Salesiana. 1913. p.152 -157.

CARREÑO, R. "Lo que nos cuenta la estadística sobre Fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. Viernes 23 de Marzo de 1923. Año IV. No. 1082. 1923.

CARTER, Henry R. Yellow Fever: An Epidemiological and Historical Study of its Origin. Baltimore: Williams & Willkins Co. 1931.

CASAS SEVILLA, Elías. Los mutilados del oprobio: Estudio sobre la lepra en una región endémica de Colombia. Bogotá. 1995.

CASTAÑEDA, Gabriel. "Fiebre amarilla: extracto de la "Etiología y profilaxis de la fiebre amarilla". Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Julio 20: Serie 10(103): 75-83.1886.

CASTAÑEDA, Gabriel. "Informe relativo a la obra del Doctor Carmona de Méjico sobre Etiología y profilaxis de la Fiebre Amarilla y a las observaciones de inoculaciones profilácticas de la misma fiebre, practicadas por el Doctor Julio Uricoechea, en Cúcuta. Marzo 19 de 1887. Bogotá: Revista Médica de Bogotá. Marzo 20: Serie X (112): 530 -543. 1887.

CHERVIN, Nicolás Boletín de la Academia Real de Medicina de París: VIII: 304 - ss.

COLEMAN, William. Yellow Fever in the North. Madison, Wisconsin University Press.1987.

COLLIER, P., y D. Horowitz. Los Rockefeller. Barcelona: Tusquets Editores. Colombia: 112. Tesis sobre fiebre amarilla en Colombia realizada en la Sección de Estudios Especiales del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller. 1987.

CORCUERA DE MANCERA, Sonia. "Voces y silencios en la Historia siglos XIX y XX".México: Fondo de Cultura Económica. 1997.

CUERVO MARQUEZ, L. Historia del aparecimiento y propagación de la fiebre amarilla en Colombia. Segundo Congreso Médico de Colombia, Bogotá: Escuela Tipografía Salesiana. 1913.

-----". "Apuntes para el estudio clínico de las fiebres del Magdalena. Cuarta parte." Revista Médica de Bogotá. Octubre 20: Serie X (107): 269-275. 1886a

-----". "Apuntes para el estudio clínico de las fiebres del Magdalena. Primera parte." Revista Médica de Bogotá. Julio 20: Serie X (104): 118-124. 1886b.

-----". "Apuntes para el estudio clínico de las fiebres del Magdalena. Quinta parte." Revista Médica de Bogotá. Octubre 20: Serie X (108): 348-351. 1886c.

-----". "Apuntes para el estudio clínico de las fiebres del Magdalena. Segunda parte." Revista Médica de Bogotá. Agosto 20: Serie X (105): 181-189. 1886d.

-----". "Apuntes para el estudio clínico de las fiebres del Magdalena. Tercera parte." Revista Médica de Bogotá. Septiembre 20: Serie X (106): 232-237. 1886e.

------. "Fiebre de Cúcuta. Cartas de marzo 29 y abril 14 de 1887 a Nicolás Osorio." Revista Médica de Bogotá. Abril 20: Serie X (113): 575-579. 1887.

------. Historia del aparecimiento y propagación de la Fiebre Amarilla en Colombia. II Congreso Médico Nacional. Medellín. Escuela Tipografía Salesiana. Bogotá. 1913. p.131-137.

CUETO, M. La sanidad desde arriba: la fiebre amarilla, la costa norte y la Fundación Rockefeller. El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. M. Cueto. Lima, Instituto de Estudios Peruanos-IEP. 1997.

CUETO, M. Missionaries of Science. Blomington, Indiana University Press. 1994.

CUETO, M. Salud, cultura y sociedad en América Latina. Lima, OPS-IEP: 53-86.

DELAPORTE, François. Historia de la fiebre amarilla. Nacimiento de la medicina tropical. México: CEMCA/IIU-UNAM. 1989.

DICIONAIRE ANNUEL DE SCIENCES MEDICALES. "Fiebre Amarilla." Revista Médica de Bogotá. Julio 20: Serie IX(97): 41-43. 1884.

E.S.C. Anónimo. "El rebote ha causado muchas víctimas fuera de Bucaramanga". En: La Vanguardia Liberal. Año. IV. No. 1085. 1923.

ESGUERRA, Domingo. Memorias sobre fiebres del Magdalena. Santa Ana, Ambalema, Bogotá, Imprenta de D. Díaz. 1872.

FINLAY, Carlos J. "Yellow Fever. Its Transmission by Means of the Culex Mosquito." The American Journal of the Medical Sciences. Octubre: 395-409. 1886.

FINLAY, Carlos J. El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla. In: C. J. Finlay. Obras Completas. La Habana, Academia de Ciencias de Cuba/Museo Histórico de las Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". 1: 247-261. 1881.

FINLAY, Carlos J. Yellow Fever. Its Transmission by Means of the Culex Mosquito. In: C. J. Finlay. Obras Completas. La Habana, Academia de Ciencias de Cuba-Museo Histórico de las Ciencias Carlos J. Finlay. 1: 421-434. 1965.

FOUREZ, Gérard. La construcción del conocimiento científico. Madrid: Narcea. 1998.

FRANCO, R., et al. Fiebre amarilla y fiebre espiroquetala: Endemias y epidemias en Muzo, de 1907 a 1910. Sesiones Científicas del Centenario. Bogotá: Academia Nacional de Medicina. 1910.

FRANCO, Roberto. "Anemia tropical, uncinariasis o anquilostomiasis". En: Revista Nacional de Agricultura, (Mayo). 1910. p.29-81.

FRANCO, Roberto. "Informe presentado al sindicato de Muzo por la misión encargada de estudiar la epidemia de fiebre observada en la mina en los meses de marzo y abril de 1907". Revista Médica de Bogotá, Año 28 (331). 1907. p.93-105.

FRANCO, Roberto. Du Typhus Exanthématique. Notes sur quelques caso observés a Tunis. París, Henri Jouve. 1903.

FRANCO, Roberto. Notas de clase. París. Archivo del Centro de Historia de la Medicina. Bogotá: Universidad Nacional. 1902.

GAITÁN, Anselmo. "No hay en Bucaramanga Fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. 1923. año IV. No. 1.092.

GARCÍA CANCLINI, N. Introducción: La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu. Sociología y cultura. P. Bourdieu. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes: 9-50. 1990.

GARCÍA MEDINA, Pablo. "Comisión Americana para el estudio de la fiebre amarilla." Revista de Higiene 8(100). 1917. p.99 - 104. 1916.

------. "Contra la Fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1146. 1923.

------. "No puede haber Fiebre Amarilla en Colombia". En: Vanguardia Liberal. Sábado 17 de Marzo de 1923. Año IV. No. 1077. 1923.

------. "Quinto informe anual del Director Nacional de Higiene". En: Memorias del Ministerio de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923. Bogotá: Imprenta Nacional. 1923.

------. Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia. Bogotá, Departamento Nacional de Higiene/Imprenta Nacional. 1932.

GARCÍA, Claudia Mónica. "Las fiebres del Magdalena: la construcción de una noción médica colombiana, 1859-1886". Departamento de Historia. Tesis de Magíster en Historia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004.

GARCÍA, Claudia. Mónica., y QUEVEDO E. "Uncinariasis y café: Antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920." Biomédica 18(1): 5-21.1998.

GARCÍA, José Joaquín. Crónicas de Bucaramanga. Bogotá: Medardo Rivas. 1896.

GAST GALVIS, A. Historia de la fiebre amarilla en Colombia. Bogotá, Ministerio de Salud Pública - Instituto Nacional de Salud. 1982.

GINGRAS, Yves. Physics and the Rise of Scientific Research in Canada. Montreal-Kingston, Buffalo. 1991.

GOMEZ Andrés. La Fiebre de Bucaramanga. Bogotá: Repertorio de Medicina y cirugía. 1912.

GOMEZ RODRIGUEZ, Ramiro. "Hospital regional "San Juan de Dios" del Socorro de Bucaramanga". Editora del Oriente. Servicio de salud. Santander.1975.

GÓMEZ, Proto. "Algunas consideraciones sobre las inoculaciones profilácticas de Cúcuta." Revista Médica de Bogotá. Abril 20: Serie X, No. 113. 1887^a. p.581-583.

------. "La Fiebre Amarilla y las Fiebres Paludosas graves." Revista Médica de Bogotá. Mayo 20: Serie XI, No. 114. 1887^b. p.625-630.

------. "Los mosquitos y la Fiebre Amarilla." Revista Médica de Bogotá. Junio 20: Serie XI, No. 115. 1887^c. p.653-659.

GRISOLLE, A. Traité élémentaire et pratique de pathologie interne. Tercera Edición. París, Victor Masson, Libraire-éditeur. 1884.

GUZMÁN URREA, M. P., y QUEVEDO E. "La cooperación técnica norteamericana en salud pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial." Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud 19(1). 1999. p.5 – 17.

HAYWARD, J. Historia de la Medicina. México: Fondo de Cultura Económica. 1956.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. "La salud fragmentada en Colombia, 1910 –1946". Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. 2003.

HERNÁNDEZ, Daniel. "La Farsa de Fiebre Amarilla en Bucaramanga". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1073. 1923.

HERNÁNDEZ, Darío. La Fiebre Amarilla en Bucaramanga de 1923. Tesis para optar el Título de Médico. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. 1925.

HERNÁNDEZ, Félix "Carta a Nicolás Osorio del 7 de junio de 1887." Revista de Higiene. Junio 27: Serie 1(1). 1887^a. p.69 – 72.

------. "Fiebre amarilla - Inoculaciones preventivas." Revista Médica de Bogotá. Julio 20: Serie XII, No. 116. 1887^b. p.701-711.

JUNTA CENTRAL DE HIGIENE, JCH. "Acta de la Sesión de la Junta Central de Higiene del 23 de Mayo de 1887." Revista de Higiene: 1(1). 1887^a. p.29 - 33.

------. "Acta de la Sesión de la Junta Central de Higiene del 30 de Mayo de 1887." Revista de Higiene: 1(1). 1887^b. p.33.

KERR, J. A., y PATIÑO CAMARGO L. "Investigaciones sobre fiebre amarilla en Muzo y Santander." Revista de Higiene Segunda época (2). 1933. p.1 - 32.

KOLLE, W y HETSCH, H. La bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas. Madrid: Saturnino Calleja. 1921.

KOYRÉ, Alexandre. Pensar la Ciencia. Paidós Ibérica. España. 1994.

------. Perspectivas en historia de la Ciencia. En: Estudios de Historia del Pensamiento Científico. España: Siglo XXI. 1996.

KUHN, T. S. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica. 1975.

LÉRTORA MENDOZA, Celina. Prologo. Historia Social de las Ciencias: sabios, médicos y boticarios. 45 Congreso de Americanistas. Bogotá: Colciencias. Universidad Nacional de Colombia. 1986.

MAC CORMICK, David. ¡¡¡Fiebre Térmica en Bucaramanga!!! En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1.085. 1923.

------. "Observaciones sobre la Fiebre de Bucaramanga: su aparición previa en las regiones de Lebrija, San Vicente y Rionegro. El agente de propagación en las selvas. Ha existido fiebre desde 1910. Será Fiebre Amarilla? El diagnóstico de la clínica y el agente productor de la enfermedad. Pacientes investigaciones y resultados de gran valor. Aquí no ha existido el Leptoespira de Noguchi". En: Anuario ilustrado de la Vanguardia Liberal. Bucaramanga. Cromos. 1924.

MAC CORMICK, David. Fiebre amarilla en el Valle del Soto. Segundo Congreso Médico de Colombia, Bogotá. 1913.

MANELICH (seudónimo). (1911) Fulgores Rojos. Junio 10 de 1911.

MARTÍNEZ C. David. El Leptospira de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga puede no ser el de Noguchi: El Dr. Hanson nos hace calurosos elogios a los estudios de David Mac Cormick. En: La Vanguardia Liberal. Año V. No. 1.225. 1923.

MEJÍA HERNÁNDEZ, Paola. De ratones, vacunas y hombres: el programa de Fiebre Amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932 –1948. En: DYNAMIS. No. 24. 2004. p. 119 – 155.

MIRANDA CANAL, Néstor. "Apuntes para la historia de la medicina en Colombia." Ciencia, Tecnología y Desarrollo: 8(1-4). 1984. p.121-209.

----- . La Medicina colombiana de 1867 a 1946. In: E. Quevedo. Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VIII. Bogotá, Colciencias - Tercer Mundo Editores. VIII. 1993. p.15 - 160.

MIRANDA CANAL, Néstor. La Medicina de la Regeneración a los años de la Segunda Guerra Mundial. En: Nueva Historia de Colombia. Planeta: Vol. IV. 1898.

NOGUCHI, Hideyo. Etiology of Yellow Fever: Transmission experiments on Yellow Fever. Journal of Experimental Medicine. 1919.

OBREGÓN TORRES, Diana. "Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia", Medellín: Fondo Editorial. Universidad EAFIT. 2002.

OBREGÓN TORRES, Diana. "De la veterinaria a la bacteriología: Federico Lleras Acosta o la lucha por la construcción de una carrera científica en Colombia". Nacionalismo e Internacionalismo en la Historia de las Ciencias y la Tecnología en América Latina. Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología. Santiago de Cali: Colombia. 1997.

OBREGÓN TORRES, Diana. "Sociedades científicas en Colombia. La invención de una tradición, 1859 – 1936". Bogotá: Banco de la República. 1992.

----- . Prologo. Historia Social de las Ciencias: sabios, médicos y boticarios. 45 Congreso de Americanistas. Bogotá: Colciencias. Universidad Nacional de Colombia. 1986.

OFICINA DE INSPECCION SANITARIA, 1923. En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1149. 1923.

OSORIO, Nicolás; GÓMEZ, Proto. "Epidemias: De ictericia y colerina en Bogotá y pueblos vecinos - Fiebre Epidémicas de la Hoya del Magdalena - Naturaleza de estas Fiebres." Revista Médica de Bogotá. Septiembre 20: Serie VI, No. 65. 1881a p.203-210.

OSORIO, Nicolás; GÓMEZ, Proto. "Epidemias: De ictericia y colerina en Bogotá y pueblos vecinos - Fiebre Epidémicas de la Hoya del Magdalena - Naturaleza de estas Fiebres." Revista Médica de Bogotá. Mayo 20: Serie VI, No. 61. 1881b. p.29 - 43.

----- . "Epidemias: De ictericia y colerina en Bogotá y pueblos vecinos - Fiebre Epidémicas de la Hoya del Magdalena - Naturaleza de estas Fiebres." Revista Médica de Bogotá. Junio 20: Serie VI, No. 62. 1881c. p.82 - 91.

OSORIO, Nicolás; GÓMEZ, Proto. "Epidemias: De ictericia y colerina en Bogotá y pueblos vecinos - Fiebre Epidémicas de la Hoya del Magdalena - Naturaleza de estas Fiebres." Revista Médica de Bogotá. Julio 20: Serie VI, No. 63. 1881d. p.114 - 128.

PATIÑO CAMARGO. Luis. Notas sobre Fiebre Amarilla en Colombia. Bogotá: Editorial Cromos. 1936.

PEREA P., Aparicio. "Epidemias de fiebres de Neiva." Revista Médica de Bogotá. Noviembre: Serie VI, No. 67. 1881. p.302 - 305.

POPPER, Karl. Conjeturas y representaciones: El desarrollo del conocimiento científico. Barcelona: Paidós. 1994. (4ed).

PRADILLA, Emilio. "Saneamiento en Bucaramanga". En: La Vanguardia Liberal. Mayo 23 de 1923. Año IV. No. 1132. 1923.

QUEVEDO V, Emilio. "Historia Social de las ciencias en Colombia. Tomo VII: Medicina (1): Institucionalización de la Medicina en Colombia 1492 – 1860: Antecedentes de un proceso". Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas. COLCIENCIAS.1993^a.

QUEVEDO V, Emilio. "Políticas en salud o políticas insalubres? De la Higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX". Nacionalismo e Internacionalismo en la Historia de las Ciencias y la Tecnología en América Latina. Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología. Santiago de Cali. Colombia. 1997.

QUEVEDO V, Emilio. MIRANDA, Néstor y HERNÁNDEZ, Mario. "Historia Social de las ciencias en Colombia. Tomo VIII: Medicina (2): La Institucionalización de la Medicina en Colombia". Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas. COLCIENCIAS. 1993b.

QUEVEDO V. Emilio, CAMACHO Alaín, MANOSALVA Carolina, MATIZ Giovanna, MORALES Elquin y TAFUR Mónica. Informe de investigación (Grupo 1: Ciencia) "Antecedentes". Bogotá. s.p. 2005.

QUEVEDO, E., y DUQUE C. La Cátedra de Medicina, 1653-1865. Bogotá: Universidad del Rosario. 2002.

QUEVEDO, E., y ZALDÚA. A. "Antecedentes de las reformas médicas del siglo XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada: una polémica entre médicos y cirujanos." Quipu. Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología 3(3). 1986. p.311 - 334.

ROMERO, Arturo. "La investigación de las dolencias infecciosas en la historia". Bogotá: Academia Colombiana de ciencias exactas, físicas y naturales. 1997.

ROSE, Wickliffe. Junta de Sanidad Internacional: Noveno informe anual. New York. 1923.

SERPA FLOREZ, Fernando. Médicos, Medicina e Historia. Bogotá: Andes. 1997.

SERPA FLOREZ, Roberto. En el centenario de un médico colombiano: Roberto Serpa 1888 – 1959. Bucaramanga: Academia de Historia de Santander. 1989.

SERPA, Felipe. "Higiene práctica". En: La Vanguardia Liberal". Año IV. No. 1142. 1923.

SERPA, Felipe. "Higiene práctica". En: La Vanguardia Liberal". Año IV. No. 1148. 1923.

SOPER, F. L. "Jungle Yellow Fever; A New Epidemiological Entity in South America." Revista de Higiene e Saúde Pública 10. 1936. p.107-144.

SOPER, F. L. Rural and Jungle Yellow Fever. A New Public Health Problem in Colombia. Lecture given before the Faculty of Medicine of Bogotá, April 5th, 1935. Bogotá: Editorial Minerva. 1935.

SOPER, F. L., et al. "La fiebre amarilla en ausencia de *Aedes aegypti*. Estudio de una epidemia rural en el Valle de Canaan, Espiritu Santo, Brasil, 1932." American Journal of Hygiene 18. 1933. p.555 - 587.

SOTOMAYOR TRIBÍN, Hugo Armando. Guerras, enfermedades y Médicos en Colombia. 1a. Bogotá: Escuela de Medicina Juan N. Corpas. 1997.

THE ROCKEFELLER FOUNDATION. Annual Report. New York: Rockefeller Foundation 1915.

----- International Health Board. IHB. Sixth Annual Report. January 1, 1919 – December 31, 1919. New York: Rockefeller Foundation. 1920.

THOMPSON, G. The Journal Tropical medicine and Higiene. Agosto 1 de 1923.

TORO VILLA, G. Consideraciones sobre el desarrollo y propagación de la fiebre amarilla en Colombia. Segundo Congreso Médico de Colombia. Bogotá: Tipografía Salesiana. 1913.

TORO VILLA, Gabriel. Consideraciones sobre el desarrollo y propagación de la Fiebre Amarilla en Colombia. II Congreso Médico Nacional. Bogotá: Escuela Tipografía Salesiana. 1913. p. 123 -130.

TURNER, Bryan. Profesiones, conocimiento y poder. In: C. De la Cuesta B. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia. 1999.

URICOECHEA, Julio. "Comunicación del doctor Julio Uricoechea sobre el cultivo de zoósporos de Fiebre Amarilla, mandados por el mexicano doctor Carmona." Revista Médica de Bogotá: Serie X (112): 1887a p.514 - 543.

----- . "Observaciones sobre las inoculaciones profilácticas de la fiebre que se ha desarrollado en Cúcuta. Carta al Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales fechada en Enero 20." Revista Médica de Bogotá. Marzo 20: Serie X (112). 1887b. p.543 - 548.

VALDIVIESO, Julio. "La Fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1074. 1923.

VARGAS REYES, Antonio. Clasificación de las fiebres. In: A. Vargas Reyes. Trabajos científicos. Bogotá, Schering Corporation USA. 1862. p. 45 - 95.

----- . Clasificación de las fiebres. In: P. Pereira Gamba. Trabajos científicos del eminente médico granadino Dr. Antonio Vargas Reyes recopilados en obsequio de la humanidad doliente i de la juventud estudiosa de Colombia por Próspero Pereira Gamba. Bogotá: Schering Corporation USA. 1859. p.29 – 67.

VARGAS REYES, Antonio. Discusión sobre la fiebre amarilla. In: P. Pereira Gamba. Trabajos científicos del eminente médico granadino Dr. Antonio Vargas Reyes recopilados en obsequio de la humanidad doliente i de la juventud estudiosa de Colombia por Próspero Pereira Gamba. Bogotá: Schering Corporation USA. 1862. p.37 - 54.

VARGAS, Julio. "La fiebre térmica en Bucaramanga?". En: La Vanguardia Liberal. Sábado 24 de marzo de 1923. Años IV. No. 1083. 1923.

----- . "Los tres factores de la fiebre Amarilla". En: La Vanguardia Liberal. Jueves 22 de Marzo de 1923. Años IV. No. 1081. 1923.

VARGAS, Julio. "No hay Fiebre Amarilla: La falta de foco aleja la probabilidad". En: La Vanguardia Liberal. Año IV. No. 1074. 1923.

VICENT, George. A Review For 1923. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation. 1924.

----- . Closing in on Yellow Fever. Review For 1922. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation. 1923.

----- . Following up Yellow Fever. Review For 1920. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation. 1921.

----- . The Rockefeller Foundation. A Review for 1919. Public Health and Medical Education in Many Lands. New York: The Rockefeller Foundation. 1920.

VILLEGAS, J. Petróleo colombiano, ganancia gringa. Medellín: El Tigre de Papel. 1971.

WARNER, Margaret. Hunting the Yellow Fever Germ: The Principle and Practice of Etiological Proof in the Late Nineteenth – Century America. In: Bulletin of History of Medicine. 1985. p. 361 – 382.

WARREN, Andrew. Landmarks in the Conquest of Yellow Fever. In: STRODE George. Yellow Fever. New York: Mac Graw – Hill Book. 1951.

WORBOYS, Michael. "The Emergence of Tropical Medicine: a Study in the Establishment of a Scientific Specialty". In: G. Lemayne and all. Perspectives in the Emergence of Scientific Disciplines. Paris, Maison des Sciences de l'Homme. 1976. p. 75 - 98.