

Una enfermedad olvidada: las campañas contra el pian en Colombia, 1918-1950

Gabriel Jaime Vélez Tobón

Trabajo de tesis para optar al título de Magister en Historia

Tutora: Victoria E. Estrada

Doctora en Historia
Docente Maestría en Historia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Universidad de Antioquia.

Medellín, 2019

Contenido

| | |
|---|------------|
| Introducción | 6 |
| 1. Conocimiento médico sobre el pian | 20 |
| Distribución geográfica..... | 29 |
| Dualistas vs unicistas | 33 |
| Tratamiento contra el pian..... | 40 |
| 2. La lucha contra el pian en Antioquia | 47 |
| Endemias en el Ferrocarril de Antioquia | 48 |
| El departamento médico en el Ferrocarril de Antioquia..... | 48 |
| Hospitales y dispensarios | 51 |
| El paludismo en el Ferrocarril de Antioquia | 56 |
| La anemia tropical en el Ferrocarril de Antioquia..... | 60 |
| La campaña antiplánica en el Ferrocarril de Antioquia | 61 |
| El plan de campaña contra el pian en la región oriental de Antioquia | 70 |
| Primeros indicios de la enfermedad en Antioquia | 72 |
| La campaña antiplánica en Antioquia | 75 |
| Comisiones sanitarias en Antioquia | 79 |
| El pian en el bajo cauca | 85 |
| Los Yerbateros en el Bajo Cauca | 94 |
| El pian en Urabá | 96 |
| Reorganización del de la higiene pública municipal | 101 |
| La jefatura médica de Antioquia y los médicos de zona | 107 |
| Organismos unitarios de sanidad y comisiones de higiene rural | 112 |
| Conferencia Europea de Higiene Rural..... | 114 |
| Comisiones de sanidad rural en Antioquia | 124 |
| Inspectores sanitarios rurales..... | 129 |
| Unidades sanitarias | 131 |
| Comisiones sanitarias rurales y lucha contra el pian | 134 |
| Las comisiones de sanidad de Urabá y Bajo Cauca | 139 |
| 3. Las Campañas nacionales contra el pian | 145 |
| Distribución geográfica del pian en Colombia | 147 |
| Campaña Nacional contra el pian de 1925 | 150 |
| La campaña en el Chocó | 155 |
| Conferencia antiplánica de Buenaventura y la campaña nacional contra el pian de 1936 | 160 |
| ¿Más de un millón de enfermos de pian en Colombia?..... | 166 |
| Una propuesta para la reorganización de la campaña antiplánica | 170 |
| La llegada de la penicilina y la campaña antiplánica nacional de 1950 | 172 |
| Conclusiones | 192 |
| ANEXOS | 199 |
| Anexo 1. Tesis consultadas sobre el pian | 200 |
| Anexo 2. Plan de campaña contra el pian en la región oriental de Antioquia | 200 |

| | |
|---|------------|
| Anexo 3. Decreto 91 de 1930..... | 205 |
| Anexo 4. Pliego de conclusiones de la conferencia antipianica de celebrada en Buenaventura | 206 |
| Anexo 5. Palabras de apertura de la conferencia antipianica celebrada en Buenaventura en 1936. | 209 |
| Anexo 6. Campaña general antipianica en Colombia en 1950 | 212 |
| Bibliografía | 217 |
| Fuentes..... | 217 |
| Referencias bibliográficas..... | 224 |

Lista de figuras y tablas

Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Buba madre en miembro inferior | 21 |
| Figura 2. Botones primarios de Pian | 22 |
| Figura 3. Lesión primaria en forma de mora | 23 |
| Figura 4. Lesiones secundarias en el rostro y diseminadas por todo el cuerpo | 24 |
| Figura 5. Manifestaciones secundarias típicas | 25 |
| Figura 6. Ulceraciones plantares y clavo | 26 |
| Figura 7. Forma conocida como “gangosa” en la cual se presentaba una grave deformación en el rostro | 28 |
| Figura 8. Amputaciones espontáneas como consecuencia de lesiones crónicas en manos y pies | 29 |
| Figura 9. Distribución mundial del pian para el año 1919 | 31 |
| Figura 10. Espiroquetas encontradas a partir de lesiones en piel de pacientes con pian en Ceilán (actualmente Sri Lanka) | 34 |
| Figura 11. Trazado de la línea del Ferrocarril de Antioquia (1917) | 52 |

| | |
|--|-----|
| Figura 12. Trabajos realizados por el dispensario de Cisneros para el año 1921 | 55 |
| Figura 13. Casos de Malaria en el Ferrocarril de Antioquia 1915-1916 | 59 |
| Figura 14. Distribución del Pian en Antioquia, 1921 | 67 |
| Figura 15. Distribución del Pian en la región oriente de Antioquia, 1921 | 68 |
| Figura 16. Distribución del Pian en Colombia, 1921 | 69 |
| Figura 17. Vespasiano Peláez. Director de higiene de Antioquia (1927-1937) | 103 |
| Figura 18. Esquema de servicios y labores de las unidades sanitarias | 133 |
| Figura 19. Croquis Sanitario de San Rafael, zona urbana. 1938 | 135 |
| Figura 20. Cifra de infectados con paludismo, parasitismo intestinal y entre 1937-1941 | 139 |
| Figura 21. Focos de pian en Colombia, 1928 | 149 |
| Figura 22. Artículo en la prensa nacional sobre la campaña antipiánica, 1936 | 160 |
| Figura 23. Más de un millón de enfermos del pian en el país, 1941 | 167 |
| Figura 24. Estudio sobre el tratamiento con penicilina a pacientes con sífilis, 1943 | 174 |
| Figura 25. Zonas de la Campaña general antipiánica en Colombia, 1950 | 181 |
| Figura 26. Organigrama de la campaña antipiánica en Colombia, 1950 | 183 |
| Figura 27. Campaña antipiánica marcando las casas visitada, 1956 | 186 |
| Figura 28. Equipos de transporte fluvial usados en la campaña antipiánica, 1956 | 187 |

Tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Diferencias entre sífilis y pian que muestran que son entidades completamente diferentes | 36 |
| Tabla 2. Estadísticas de la campaña contra el pian, septiembre de 1920, F.A | 64 |
| Tabla 3. Estadísticas Campaña contra el Pian, septiembre 1920, F.A | 65 |
| Tabla 4. Estadísticas de individuos atendidos en el Dispensario de salubridad de Antioquia, 1918 | 77 |
| Tabla 5. Casos de pian registrados en municipios antioqueños en 1920 | 83 |
| Tabla 6. Algunas características de municipios del bajo cauca en 1923 | 85 |
| Tabla 7. Datos mensuales oficiales de pacientes de pian atendidos en municipios antioqueños en el año 1924 | 90 |
| Tabla 8. Algunas características de los municipios y caseríos que debía visitar el médico oficial de Zaragoza | 92 |
| Tabla 9. Estado sanitario de algunos municipios en diciembre de 1937 | 117 |
| Tabla 10. Comisiones sanitarias rurales, 1938 | 129 |
| Tabla 11. Estadísticas de la campaña antipianica en Colombia, 1953 | 188 |

Introducción

El objeto de esta investigación es el análisis histórico de la campaña contra el pian en territorio colombiano durante la primera mitad del siglo XX. En ese sentido, es un aporte a la historia de la medicina en Colombia.

La campaña contra el pian es un claro ejemplo de las vicisitudes sufridas por el aparato higiénico colombiano durante la primera mitad del siglo XX. A lo largo de este trabajo se pretendió dilucidar y estudiar cómo fue la campaña contra el pian en Colombia, haciendo un énfasis en el desarrollo de las estrategias para combatirla en Antioquia. El periodo trabajado en esta investigación está delimitado por el comienzo de las primeras intenciones de organizar un sistema para la lucha contra esta enfermedad. Así, a partir de 1918 el director departamental de higiene, Vespasiano Peláez comenzó a hacer palpable la necesidad de levantar una estadística para conocer la cantidad de enfermos de pian. A la par con la entrada en funcionamiento del Dispensario de Salubridad en 1917, se atendieron al año siguiente de su creación, además de las enfermedades venéreas por las que fue concebido, algunos pianosos. Otro antecedente importante, fue la campaña antiplánica emprendida por el Ferrocarril de Antioquia a partir del 1919, año en que el pian comenzó a ser un verdadero problema para los trabajadores de la empresa.

Después de las luchas emprendidas en Antioquia para combatir el pian, fueron desarrolladas a nivel nacional varias campañas en las que se reflejaron las diferentes estrategias de prevención y control, para contener un problema sanitario que fue tomando grandes magnitudes en territorio colombiano. Las campañas antiplánicas nacionales en la primera mitad del siglo XX comenzaron en 1925. Ese año mediante intervención estatal se logró organizar una estrategia para enfrentar la enfermedad en diferentes puertos fluviales a lo largo de los ríos Magdalena y Cauca.

En 1936 mediante una acción legislativa se desarrolló una campaña antiplánica a lo largo del litoral pacífico en la que se buscó erradicar la enfermedad en la Intendencia

del Chocó y los departamentos del Valle del Cauca, Cauca y Nariño. Finalmente, en 1950 con la llegada de la penicilina, las estrategias desarrolladas en las campañas anteriores fueron replanteadas y se diseñó un protocolo con un énfasis administrativo y científico más organizado en el que se usó como base de tratamiento este revolucionario antibiótico.

Al hacer una revisión exhaustiva sobre los trabajos que abordaron el pian como problema histórico, solo fue posible identificar, en la investigación desarrollada por la historiadora Libia Restrepo, una referencia de cómo fue tratada esta patología por el Departamento Médico del Ferrocarril de Antioquia. No se encontró información adicional por fuera de la consignada en ese documento. A lo largo de nuestra investigación queda plasmado que el pian fue un problema sanitario de dimensiones nacionales. A pesar de la importancia que constituyó esta enfermedad, la historiografía colombiana no se ha encargado aun del estudio y profundización de este tema. Lo anterior nos llevó a preguntarnos ¿Cuáles fueron los determinantes que llevaron a las autoridades sanitarias colombianas a tomar acciones frente al pian y cómo fue el desarrollo de las diferentes campañas frente a esta enfermedad, en Colombia, entre 1918 a 1950?

Para contestar esta pregunta nos planteamos como objetivo analizar cómo fue el despliegue de las campañas antiplianicas desarrolladas en Colombia durante ese periodo correspondiente a la primera mitad del siglo XX. A lo largo de los tres capítulos que componen esta investigación se procuró mostrar diferentes aspectos acerca del pian, desde el conocimiento médico que se tenía para intervenir a quienes la padecían, hasta los esfuerzos de las autoridades sanitarias para el diseño de estrategias efectivas en busca de erradicar este mal.

De esta manera, el capítulo primero inicia con la descripción de los elementos necesarios para la comprensión de la enfermedad. Para esto se buscó entender cuáles eran los conocimientos que se tenían sobre el pian y que fueron relevantes para su estudio, prevención y control. Además, se revisaron las discusiones médicas que buscaban definir el pian como una entidad única, distinta a otras

enfermedades. En particular establecer las diferencias con la sífilis que, por sus agente etiológico y sintomatología, podían llevar a la confusión.

Uno de los principales sustratos en la primera parte del capítulo fueron las tesis de medicina. Estas contenían una nosología completa que abarcaba desde las causas hasta la patogenia de la enfermedad. Además, intentaban establecer las asociaciones del pian con factores adyuvantes para adquirir la infección, tales como condiciones individuales, culturales, sociales y geográficos. Es importante aclarar que se hizo una revisión y un análisis exhaustivo de esas tesis pero que no todas fueron citadas debido a la similitud de su contenido. Estas tesis fueron consultadas en la colección de tesis de la Sala Patrimonial Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia y en la Hemeroteca Nacional de Colombia. La lista completa puede consultarse en el anexo 1

Conociendo los elementos claves para entender las dinámicas de la enfermedad, el segundo capítulo se centró en las diferentes formas de lucha que las autoridades médicas establecieron para tratar de contener el pian en Antioquia. Estas campañas fueron explicadas desde dos frentes, el Departamento Médico del Ferrocarril de Antioquia y la Dirección Departamental de Higiene. En el primer caso se estudió la institucionalización de un aparato sanitario que desarrolló diferentes campañas para luchar contra la malaria, la anemia tropical y por supuesto el pian. Uno de los aspectos más interesantes fue conocer cómo desde el Ferrocarril de Antioquia se aportaron elementos tales como estadísticas o mapas, que contribuyeron a las campañas que más tarde funcionaron en todo Antioquia.

En el segundo caso, se quiso examinar la manera en que la Dirección Departamental de Higiene le hizo frente a esta enfermedad que tomaba grandes proporciones por todo el territorio antioqueño, sobre todo entre 1920 y 1930. Se puso en evidencia que este organismo financió con fondos propios, no solo tratamientos antiplánicos sino que también creó cargos médicos específicos. Durante este periodo fue posible demostrar las transformaciones en la administración en salud con la implementación de formas complejas de atención como los organismos unitarios de sanidad y las comisiones de higiene rural. Esto a

su vez permitió conocer como fue emergiendo la medicina social en el departamento en la que fueron efectuadas estrategias de control de la enfermedad en regiones de difícil acceso.

Para desarrollar este capítulo fueron consultados documentos de archivo que dieran cuenta de las luchas contra el pian en todo el departamento, así como en el Ferrocarril de Antioquia. En cuanto a la primera parte, la mayoría de la información fue obtenida de los informes elaborados por el Secretario de Gobierno Departamental y que eran enviados al Gobernador de Antioquia. En estos documentos se encontraban consignados los avances que en materia sanitaria hacía el Director Departamental de Higiene. También se consultaron fuentes impresas de la época como la *Gaceta Departamental de Antioquia*, a partir de la cual, fue posible extraer la reglamentación en materia de higiene.

Para el estudio del pian en el Ferrocarril de Antioquia, nos basamos principalmente en los informes médicos enviados al superintendente general entre 1917 a 1930. Estos documentos se encuentran consignados en el periódico *El Ferrocarril de Antioquia*, que era una publicación oficial de la empresa. Teniendo en cuenta la importancia que representó la campaña emprendida por esta institución algunas tesis médicas hicieron uso de esta información.

Finalmente, el tercer capítulo se ocupa de mostrar los intentos por establecer campañas contra el pian para erradicar o por lo menos reducir la enfermedad en varias regiones del país. Cabe destacar que la información encontrada en las diferentes fuentes es fragmentaria. Ello representó un reto a la hora de reconstruir los hechos descritos a lo largo de nuestra investigación. Por tanto, se procuró explicar, por lo menos en parte, los esfuerzos realizados en 1925, 1936 y 1950, años en que entraron en funcionamiento las campañas nacionales antiplánicas. Las fuentes que se usaron en este capítulo fueron principalmente las tesis de médicos que fueron actores directos en la contención del pian en distintas regiones del país. Fueron también de gran utilidad las revistas y boletines médicos especializados como el *Heraldo Médico*, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, *Anales de la Academia*

de *Medicina de Medellín*, *Revista Higiene de Bogotá*, además de las publicaciones hechas en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

Reflexión preliminar: ¿Cómo abordar la historia de la enfermedad?

“Lejos de trazar una sucesión lineal de adquisiciones continuas y crecientes o una secuencia idéntica de bruscas rupturas, descubrimientos, invenciones o revoluciones que precipitan en el olvido un pasado súbitamente transformado, la historia de las ciencias corre y fluctúa sobre una red múltiple y compleja de caminos encabalgados y entrecruzados en nudos, cúspides o encrucijadas, intercambiadores en los que se bifurcan una o varias vías. Una multiplicidad de tiempos diferentes, de disciplinas diversas, de ideas de la ciencia, de grupos, de instituciones, de capitales, de hombres en acuerdo o en conflicto, de máquinas y objetos, de previsiones y de azares imprevistos componen un tejido fluctuante que representa de manera fiel la historia múltiple de la ciencia”.

Michel Serres. *Historia de las ciencias*. Madrid: Cátedra, 1998, p.13

“El deseo de responder a toda costa con un nombre y una fecha exacta equivale a debilitar la realidad histórica de una manera que modifica y traiciona su verdadero significado”

Mirko Grmek. *On Scientific Discovery. The Erice Lectures 1977*. Boston: D. Reidel Publishing Company. 1981. p.19

Esta investigación se inscribe en los modelos de la “nueva historia de la medicina” y de la “historia sociocultural de la enfermedad” desarrollados por el historiador Diego Armus. Vale la pena mencionar su reflexión acerca de la preponderancia de la enfermedad como tema de estudio para la historiografía latinoamericana en las últimas décadas. El creciente abordaje de este problema se corresponde con la fragmentación temática actual de los estudios históricos, centrados más en la profundización y análisis específicos que en la elaboración de grandes narrativas. A fin de renovar la forma tradicional en la que se ha escrito la historia de la medicina, han surgido nuevas preguntas, nuevos objetos y se interroga actores sociales casi no tenidos en cuenta por la historiografía. Además, estos trabajos tienen cada vez más pretensiones interdisciplinarias para entender diversos aspectos de los procesos de salud y enfermedad: lo propio del cuerpo, la relación médico/paciente,

la terapéutica, el mercado y la industria farmacéutica, así como la evolución de políticas públicas específicas.

Según esta línea de reflexión, Diego Armus ha identificado, para las cuatro últimas décadas, el surgimiento de tres formas de abordaje en el estudio de la salud y la enfermedad: la nueva historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia sociocultural de la enfermedad. Estas tienen en común: No asumen la salud y la enfermedad como fenómenos separados sino como parte de una misma unidad compleja y por eso se refieren al “proceso salud-enfermedad”.

Este proceso lo estudian según aspectos que rebasan la sola dimensión biológica. En este sentido, afirma Armus:

Además de su dimensión biológica, las enfermedades cargan con un repertorio de prácticas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina. Las enfermedades también pueden ser una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnologías, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud.¹

En cuanto a la nueva historia de la medicina, es una opción investigativa que profundiza para establecer nuevas relaciones entre la historia natural de la enfermedad y diferentes aspectos de su impacto social. Asimismo, reflexiona sobre los desarrollos inciertos del conocimiento médico, establece un diálogo con la historia de la ciencia, profundiza en los contextos social, cultural y político en que se desenvuelven los médicos. Es una historia que ha abandonado las pretensiones celebratorias y que ya no utiliza la narrativa del pasado para legitimar un lugar de la medicina universitaria en la sociedad. No solo se ocupa de los médicos que lograron grandes éxitos, sino también de quienes se van perdiendo en el olvido por no ser muy reconocidos en su época y no haber dejado huellas muy grandilocuentes. A través del trabajo de exploración de los archivos, esta historia no se conforma con

¹ Armus, Diego. 2004. *Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna*. En Márquez, Jorge y otros (eds.), *Higienizar, medicar, gobernar historia, medicina y sociedad* en Colombia, Medellín, Universidad Nacional. p. 14

los grandes nombres y exhuma los aportes de trabajadores de la salud algo anónimos.

Un buen ejemplo de la nueva historia de la medicina son los trabajos de la historiadora Libia Restrepo. Hay que citar aquí sobre todo el libro que la autora dedica a una historia de la práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia. Mediante los archivos de la empresa, estudia a fondo la vida y obra del doctor Emiliano Henao. Sin desconocer la obra del médico, hace a un lado la parte de leyenda celebratoria y heroica, para apreciar la vida y obra del médico y funcionario de la empresa en sus justas dimensiones. Esta tarea permite ponderar aún mejor las contribuciones de Henao y sus sucesores, al ponerlas en el contexto mundial de la historia de la medicina tropical y al resaltar el fenómeno local de la primera propuesta de una medicina de la fuerza laboral en Colombia.²

Por otra parte, los trabajos en historia de la salud pública se destacan por su reflexión en diferentes aspectos relacionados con la enfermedad, en especial los del ámbito político, como las relaciones entre el Estado y la profesión médica, las interacciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas. Uno de sus propósitos es la búsqueda de lecciones del pasado para el presente y el futuro, bajo la presunción de que los asuntos de la salud son un proceso abierto.

Finalmente, la historia sociocultural de la enfermedad es un esfuerzo de varias disciplinas como la demografía, la sociología, la antropología y la historia por problematizar la salud y la enfermedad como fenómenos complejos a partir de los cuales se pueden discutir otros tópicos. Así, este enfoque se puede concentrar en las condiciones sociodemográficas de una enfermedad en particular, procesos de medicalización, instrumentos e instituciones de control médico y social, el papel del

² Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores. pp. 15-16

Estado en la infraestructura sanitaria y las condiciones materiales de vida de la población.³

De esta forma, este trabajo se inscribe en la nueva historia de la medicina, ya que buscó, más que profundizar en personajes específicos que contribuyeron a desarrollar las campañas antipláticas, caracterizar las prácticas y los saberes médicos colombianos de la primera mitad del siglo XX que marcaron las campañas para controlar esta enfermedad infecciosa. El estudio de los acontecimientos durante la campaña antiplática permitió conocer las argumentaciones y discusiones que se plantearon desde la medicina para abordar una problemática nacional, para dilucidar rupturas y acuerdos que fueron el sustrato de la lucha contra la enfermedad. No obstante, se contemplaron también elementos correspondientes a la historia sociocultural de la enfermedad, pues gracias al conocimiento médico, plasmado en tesis de grado y publicaciones especializadas, se esclarecieron elementos como las condiciones materiales y sociodemográficas de las poblaciones en las que esta patología era endémica y el rol que cumplieron las autoridades sanitarias en el diseño de estrategias para el control del pían.

Por otra parte, a lo largo de este trabajo fue posible conocer algunos aspectos de la vida en el territorio colombiano, a través de la aplicación de las ideas de medicina social que llegaban desde Europa. Con la preocupación del Estado por la salud colectiva, nace la medicina social como un concepto integrador de las necesidades del pueblo, teniendo en cuenta elementos que van desde las condiciones laborales favorables al trabajador, pasando por la educación en la prevención de enfermedades, hasta la salubridad y mejoras en la calidad de vida. Según Rosen, las discusiones sobre la medicina social occidental en el siglo XIX contemplan tres principios fundamentales alrededor de los cuales se asienta esta nueva política sanitaria. El primero dicta que “la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus

³ Armus, Diego. 2004. *Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna*. En Márquez, Jorge y otros (eds.), *Higienizar, medicar, gobernar historia, medicina y sociedad en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional. pp. 18-19

miembros.”⁴ La salubridad general y la higiene apuntan a la salud colectiva como responsabilidad del Estado y modelan políticas que rebasan el campo clínico de una concepción individual de la salud.

El segundo principio que contempla la medicina social plantea que “las condiciones sociales y económicas tienen un efecto en la salud y en la enfermedad y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica”.⁵ De esta idea se desprenden algunos de los más álgidos debates con respecto a las causas de la enfermedad. Para Rudolph Virchow, el origen de las enfermedades, y más específicamente de las epidemias, tenía una base social, económica y política; para él existía una relación directa entre miseria y enfermedad. Por su parte, Emil Behring se alejaba de esta posición, restándole importancia a consideraciones sociales y señalando el papel fundamental de los agentes infecciosos como responsables del desarrollo de las enfermedades.

Basándose en la premisa del conjunto salud-enfermedad como fenómeno social y económico, el tercer principio apunta a “que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas”.⁶ De esta forma, se comienza a configurar un pensamiento que inevitablemente desemboca en el desarrollo de la salud pública como política de Estado, que debe garantizar las condiciones necesarias para que la población disfrute de los beneficios de políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas.

En la medida en que los diferentes Estados fortalecieron sus políticas sanitarias, la lucha contra las enfermedades, y sobre todo las de carácter epidémico, fueron mejor entendidas y combatidas. Asimismo, la comprensión de la salud de la población en beneficio del desarrollo de una fuerza laboral más productiva y competente potenció el cuerpo económico estatal y permitió una mayor apertura comercial, con mayores

⁴ Rosen, George. 2005. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* México DF, Siglo veintiuno editores s.a de c.ve. p. 81.

⁵ Rosen, George. 2005. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* México DF, Siglo veintiuno editores s.a de c.ve. p. 81.

⁶ Rosen, George. 2005. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* México DF, Siglo veintiuno editores s.a de c.ve. p. 84

inversiones y progreso industrial. El desarrollo de una medicina social, que abarcara diferentes componentes sociales, económicos y políticos, permitió configurar estrategias sanitarias que no se centraron únicamente en combatir la causa infecciosa de la enfermedad y fue de esta manera que se fueron construyendo los cimientos de la salud pública moderna.

Según Jorge Molero Mesa, la expresión paradigmática de la medicina social fueron las campañas sanitarias. La práctica médica influenciada por la medicina social se desarrolló aplicando los avances técnicos y científicos en forma de campañas sanitarias. Estas se esforzaron en prevenir y combatir las enfermedades sociales, entre las cuales destacaban las que afectaban a los trabajadores, pero también a la población en general, sobre todo a los sectores más pobres y marginados. El objetivo de las campañas era, en principio, la erradicación de ciertas enfermedades sociales. Sin embargo, más allá de la acción correctiva de una patología en general, había un fuerte componente preventivo que abarcaba la identificación de grupos de riesgo, la educación sanitaria y el diagnóstico precoz. Según Molero, en España los problemas sanitarios modelo enfrentados mediante campañas sanitarias en áreas urbanas fueron la tuberculosis, la mortalidad infantil, las enfermedades venéreas, el cáncer, el tifus exantemático, el alcoholismo y las enfermedades o accidentes laborales. En zonas rurales, la enfermedad que más concentró la atención de las campañas sanitarias fue el paludismo.⁷

En nuestro contexto, el panorama fue similar con un énfasis en enfermedades infecciosas que afectaron las regiones más marginadas y de difícil acceso en el país. Cabe destacar que las campañas sanitarias emprendidas a comienzos del siglo XX en Colombia fueron desarrolladas bajo las nociones del pasterianismo llegado desde Europa, es decir que para la lucha contra una enfermedad específica

⁷ Molero Mesa, Jorge; Martínez Antonio, Francisco Javier. 2002. *Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina*. Trabajo social y salud, 43, pp. 119-148

se debía atacar el agente etiológico causante de la infección. A propósito se pueden citar los trabajos de Claudia Mónica García y Jorge Márquez⁸.

García plantea dos aspectos importantes para explicar cómo fue la transición desde la teoría neohipocrática hacia la teoría bacteriana de la enfermedad: Primero, se pregunta ¿cómo y por qué la comunidad médica colombiana dio sentido a las enfermedades en la era pre-bacteriológica? Luego se cuestiona ¿cómo esa comunidad médica transformó el sentido y la identidad de las enfermedades cuando se enfrentó a cambios en el comportamiento de las enfermedades como a modelos de causalidad, conceptos y tecnologías nuevos presentados por la bacteriología? Teniendo en cuenta la relación que debieron asumir los médicos entre la bacteriología y la geografía médica, concluye que el cuerpo médico de finales de siglo XIX, de forma implícita o explícita, debieron reconciliar sus hipótesis e ideas bacteriológicas con la médico-geográfica, y de esta forma mantenerlas y reinterpretarlas sin que fuera imperativo rechazar alguna de las dos teorías. Además, concluye que para los médicos de finales de la década de 1880 que se enfrentaron y estudiaron las fiebres, los gérmenes o bacterias, solo tuvieron sentido desde la geografía médica.

En el contexto antioqueño, el historiador Jorge Márquez profundiza la forma en que fueron introducidas las nociones pasterianas en el saber médico local, de esta forma explica “la ciencia de los gérmenes hace su aparición en Antioquia y en Colombia no solo como práctica discursiva que pretende establecer lo verdadero en etiología y en patología; es, además transformadora de las prácticas higienistas. Así, una naciente higiene medicalizada se apropia de la ciencia de los gérmenes, la transforma y la distribuye en la región”.⁹ Márquez expone en su libro cómo fue la transformación de la medicina local con la llegada del pasterianismo, mostrando las

⁸ García, Mónica. 2016. *Entre climas y bacterias. El saber sobre la enfermedad en Colombia, Siglo XIX*. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario; Márquez, Jorge. 2005. *Ciudad, miasmas y microbios: la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín, Universidad de Antioquia.

⁹ Márquez, Jorge. 2005. *Ciudad, miasmas y microbios: la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín, Universidad de Antioquia. p. XVII

evidencias de su aparición, circulación y la forma en que los médicos antioqueños se apropiaron de estas nuevas ideas.

El desarrollo de campañas sanitarias en Antioquia fue una estrategia para trasladar los avances médicos hacia las regiones rurales del departamento que, con frecuencia, eran asoladas por diferentes epidemias. Como lo ponía de manifiesto un informe de 1924 del Secretario de Gobierno dirigido al Gobernador de Antioquia, las principales endemias del departamento eran la anemia tropical, el paludismo, la tuberculosis y el pian. También se registraban enfermedades endemo-epidémicas como las fiebres tifoideas, difterias y crup, disentería, bronquitis, bronconeumonía y neumonía; y otras epidemias como las de viruela, gripe, coqueluche, sarampión y papera.¹⁰ Como se mostrará a en este trabajo, el desarrollo de estas campañas en el departamento de Antioquia estuvo acompañado de diversas dificultades que iban desde el presupuesto, hasta la falta de médicos oficiales.

Una de las campañas icónicas y de mayor despliegue en Colombia en la primera mitad del siglo XX fue la lucha contra la anemia tropical o uncinariasis.¹¹ La campaña antianémica en Colombia se presentó en el marco de la inserción de Colombia, y otros países latinoamericanos, en la explotación capitalista del campo a comienzos del siglo XX. En nuestro país los procesos productivos relacionados con el café fueron determinantes para que Estados Unidos se interesara en establecer una colaboración para combatir la uncinariasis en Colombia. La producción cafetera se había convertido en el pilar fundamental de la economía colombiana desde del siglo XIX y comienzos del XX y los norteamericanos estaban interesados no solo en el petróleo sino también en la comercialización del café.¹²

¹⁰ González, José M. 1924. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924*. Medellín, Imprenta oficial. p. 181

¹¹ La anemia tropical o uncinariasis es una parasitosis intestinal ocasionada por un nemátodo (gusano) cuya principal característica en quienes padecen la infección es la pérdida de sangre ocasionando anemia. Teniendo en cuenta que una de las consecuencias directas de la anemia es un cansancio extremo, era una enfermedad que afectaba la producción laboral.

¹² Quevedo, Emilio, et al. 2004. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional. pp. 202-203

Uno de los actores importantes en materia de sanitaria en territorio colombiano fue la Fundación Rockefeller, un organismo creado por el poderoso Rockefeller cuyo fin era filantrópico y que centró sus esfuerzos en la higiene y la salud. Como muestra Quevedo, esos fines filantrópicos fueron un ropaje bajo el cual los Estados Unidos actuaron en varios países higienizando regiones de las que podían sacar un mayor provecho para la explotación petrolera. A pesar de los intereses económicos que justificaban la cooperación con países latinoamericanos, la fundación Rockefeller tuvo un papel preponderante en la campaña antianémica en el país aportando no solo dinero si no también elementos técnicos y científicos.

La primera intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia inició en 1916 con la visita de una comisión de científicos estadounidenses para el estudio de un posible brote de fiebre amarilla que podía tener consecuencias comerciales entre los dos países.¹³ Posterior a este primer acercamiento, en 1918 el gobierno colombiano hizo una invitación a la Fundación Rockefeller para establecer una campaña contra la uncinariasis en el país.¹⁴

Inicialmente se realizó un estudio preliminar en Cundinamarca que suministró la información necesaria para emprender la campaña a nivel nacional, algunos de los datos que se encontraron en ese estudio y que justificaron el comienzo de la lucha antianémica fueron que: se buscó la presencia de parásitos causantes de uncinariasis, ascaridiasis y trichuriasis en más de 8.500 personas y 95 de cada 100 individuos albergaban por lo menos alguno de los tres parásitos; la uncinariasis estaba ampliamente extendida en Cundinamarca y el país; esta enfermedad suponía un retraso en el desarrollo económico, moral y social de la nación ya que al menos el 10% de la población se encontraba incapacitada a causa de la infección. Por último, se abogaba por el comienzo de una campaña intensiva en la que se educara en cuestiones de higiene a las comunidades rurales y se construyeran letrinas para cortar el ciclo de transmisión del parásito (ya que las larvas que se

¹³ Hernández M, Obregón D, García CM, Eslava JC, Vega, R. 2002. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002. Bogotá: OPS/OMS.

¹⁴ Quevedo, Emilio, et al. 2004. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional. pp. 207

encontraban en el suelo producto de la defecación en campo abierto ingresaban al cuerpo a través de la planta del pie de quienes caminaban descalzos). La campaña contra la uncinariasis comenzó en 1920 y años más tarde la Fundación Rockefeller también cooperó en campañas contra la malaria y la fiebre amarilla.¹⁵

La investigación sobre la campaña realizada por la Fundación Rockefeller fue un referente para desarrollar nuestro trabajo. En este estudio nos enfocamos en una enfermedad a la cual las autoridades sanitarias, le dedicaron un esfuerzo importante. No obstante, y teniendo en cuenta la magnitud que representó el pian como problema de salud pública, pareciera ser esta una enfermedad olvidada, de la que la historiografía nacional aún no se ha ocupado.

¹⁵ Quevedo, Emilio, et al. 2004. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional. pp. 208-215

1. Conocimiento médico sobre el pian

El pian es una enfermedad treponémica que para 1920 era vista por funcionarios de la época como “una enfermedad que repugna cuando se ve por primera vez y que siempre impresiona desagradablemente. Es muy contagiosa y con mucha frecuencia se propaga cuando hay comercio entre poblaciones, en donde no ha existido”.¹⁶ La enfermedad es ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum subespecie pertenue* y se caracteriza por la erupción de lesiones cutáneas que pueden estar acompañadas de dolores reumáticos y en algunos casos, lesiones óseas deformantes.

La evolución del pian era dividida por los médicos en tres periodos, según las características clínicas y la sintomatología del enfermo. El periodo primario estaba comprendido por la fase de inoculación o periodo de incubación (tiempo desde que se adquiere la infección hasta que se hacen evidentes los síntomas clínicos, aproximadamente de 2 a 4 semanas en el pian), seguido de la aparición en la piel de una lesión primaria, “botón” o “buba-madre” en el sitio de inoculación. Esta erupción podía durar de dos a cuatro semanas y desaparecía espontáneamente. Además de las afecciones en piel, durante esta primera fase aparecían fuertes dolores reumatoides que podían estar acompañados también de malestar general, dolor de cabeza y afecciones digestivas.

Con respecto a la lesión primaria, la mayoría de las veces se presentaba en extremidades inferiores (figura 1), aunque también era común su aparición en extremidades superiores y rostro (figura 2). Cuando la lesión aparecía en el rostro por lo general lo hacía en las comisuras labiales, parpados o nariz y a partir de ese sitio se extendían, si estas lesiones se dejaban progresar podían ocasionar graves deformaciones. En algunos casos la buba madre tomaba la forma de una frambuesa

¹⁶ Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. p. 110

o mora y de ahí el nombre de frambesía por el que también era conocido la enfermedad (figura 3).

Figura 1. Buba madre en miembro inferior.



Fuente: Mora Mora, Alberto. 1935. *Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el departamento de Antioquia.* Tesis de medicina. p. 18

Figura 2. Botones primarios de Pian

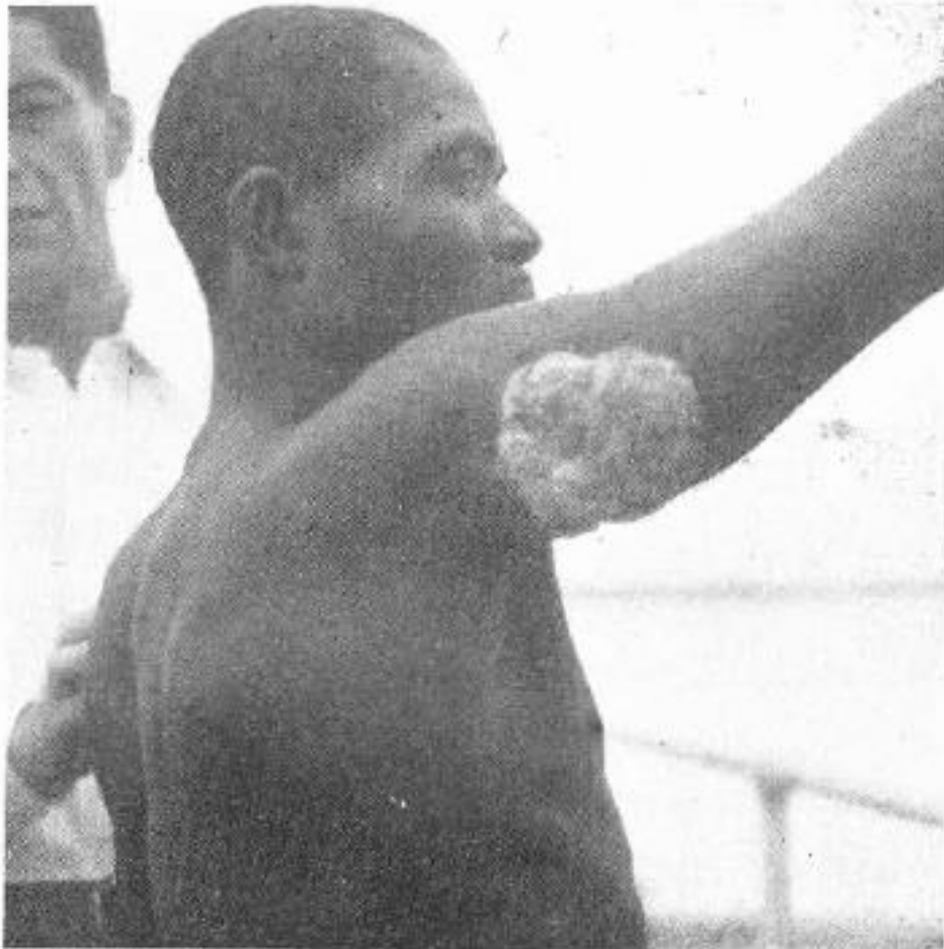


En las dos primeras imágenes se observan los botones primarios en extremidades inferiores y superiores, que eran los sitios mas frecuentes de presentación de las lesiones iniciales. Fuente: López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

La tercera imagen muestra una lesión despigmentada en las comisuras labiales, que según el médico Salomón Ossa Montoya eran ocasionadas por el uso en el campo de cucharas cortantes que en muchos casos no se lavaban.¹⁷ Estas lesiones tendían a extenderse a la nariz y el resto del rostro por el rascado. Fuente: Vargas Cuellar, Pedro. 1941. *El pian en la geopatología del Valle del Cauca. Tesis para optar al título de medicina y cirugía*. Bogotá, Universidad Nacional. p. 51

¹⁷ Ossa Montoya, Salomón. 1949. *Estudio del pian en la región de Puerto Berrío, Caracolí y Cisneros. Trabajo presentado como tesis de grado para optar al título de doctor en medicina y cirugía*. Medellín, Universidad de Antioquia. p. 23

Figura 3. Lesión primaria en forma de mora.



En algunas ocasiones la lesión podía tomar dimensiones tan grandes que tenía similitudes con una coliflor.

Fuente: López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

El periodo secundario era descrito como una fase de erupción generalizada de botones más pequeños que la “buba-madre. Si bien en algunas ocasiones había una desaparición espontánea de la lesión inicial antes de comenzar la segunda fase de la enfermedad, esto no siempre ocurría y se podían presentar casos en los que

se observaba el chancro primario en conjunto con los papilomas que podían ser hasta cien o más diseminados por el cuerpo (figuras 4 y 5). Eran también frecuentes los botones plantares de manos y pies, estos últimos denominados “clavos” o “empedraduras” los cuales eran además de incapacitantes, muy dolorosos y difíciles de eliminar con los tratamientos habituales. En algunos casos había una progresión considerable de esta condición, por esta razón la persona afectada se veía impedida para apoyarse firmemente de pie. Cuando el clavo se presentaba en ambas piernas el enfermo se veía obligado a mantenerse sentado y desplazarse con las nalgas con ayuda de los brazos (figura 6).

Figura 4. Lesiones secundarias en el rostro y diseminadas por todo el cuerpo.



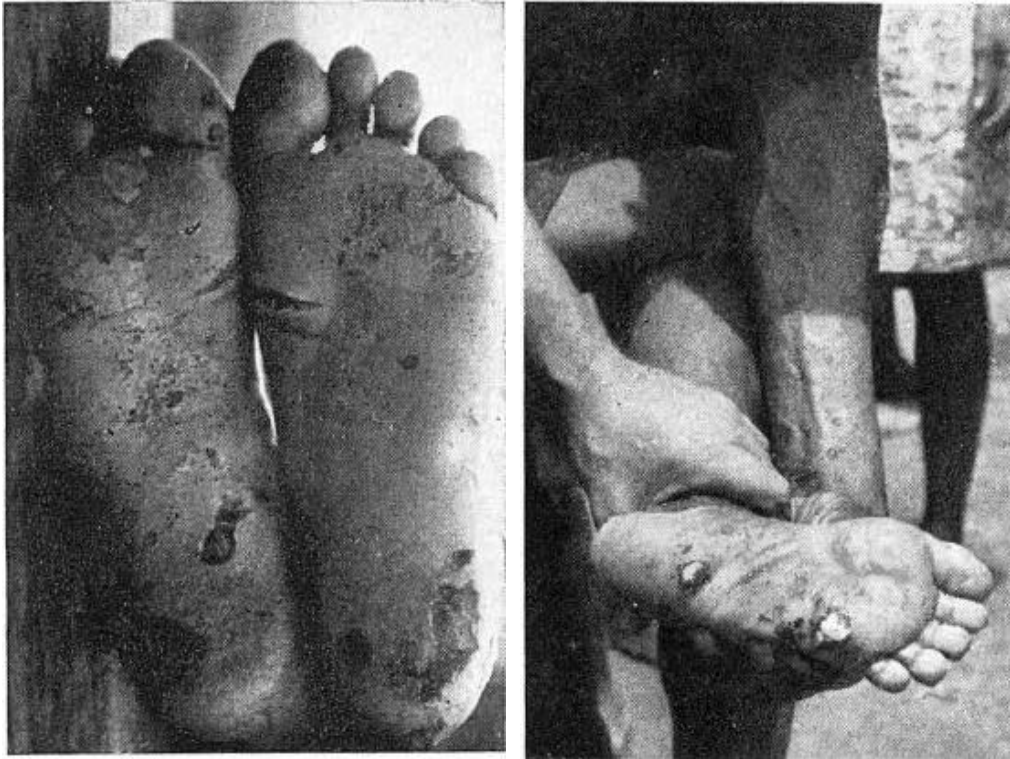
Fuente: López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

Figura 5. Manifestaciones secundarias típicas



Paciente de Montería, de profesión minero y agricultor. Curiosamente este paciente, proveniente del Alto Sinú, era el curandero de su región y contaba con una numerosa clientela por su éxito en el tratamiento del pian. El paciente además llegó con tres de sus hijos infectados de pian para ser tratados en el dispensario de Montería. Foto de 1927. Fuente: Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian*. Tesis de grado. Bogotá, Editorial de Cromos. pp. 35, 54-55.

Figura 6. Ulceraciones plantares y clavo



Este tipo de lesiones ocasionaban en la mayoría de los casos una imposibilidad para mantenerse en pie. Fuente: López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

El pian podía desaparecer durante la fase secundaria de manera definitiva o presentarse tiempo después en un periodo terciario caracterizado por la aparición de las manifestaciones ya descritas, pero en una forma grave y crónica. Este era el periodo más terrible de la enfermedad y en este aparecían diversas formas que traían como consecuencia deformaciones que, además de alterar el aspecto físico del afectado, producían una enorme incapacidad. Los sitios del cuerpo más afectados eran la piel, los cartílagos, tendones y los huesos, esto traía como consecuencia un amplio espectro de formas clínicas dentro de las cuales las más comunes eran las deformidades óseas, ulceraciones profundas, destrucción del tabique nasal, entre otras.

Una de las manifestaciones que más impresionaban por su gravedad era la gangosa. Esta era una forma del pian donde se presentaba perforación del paladar y destrucción total de la nariz. Como consecuencia de esta condición el enfermo perdía casi por completo la capacidad del habla, sumado a lo anterior y teniendo en cuenta la perforación palatina (el paladar es una barrera entre la boca y la nariz) la alimentación se hacía difícil, pues el bolo alimenticio tendía a salirse por los orificios nasales (figura 7).

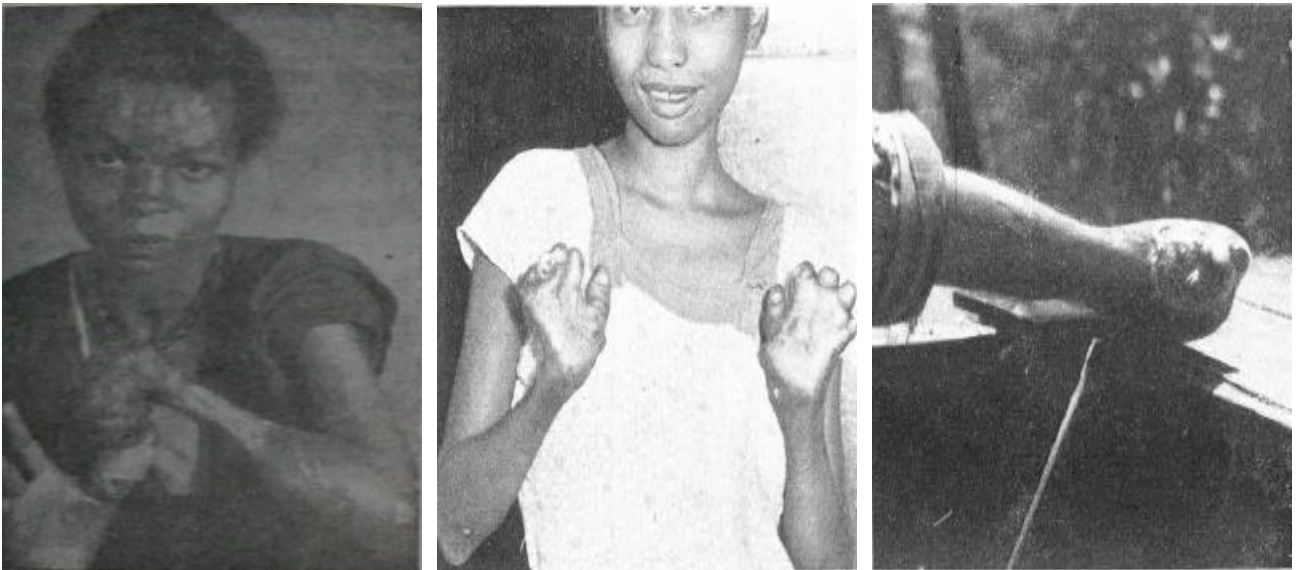
Existían también otro tipo de manifestaciones que generaban incapacidad como el reumatismo piánico que generaba dolor articular con las variaciones climáticas y con los “cambios de luna” según decían los habitantes de zonas endémicas. Sumado a estos dolores había alteraciones en las articulaciones que podían extenderse hasta llegar al caso de mutilaciones en las extremidades (figura 8).¹⁸

¹⁸ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Editorial El Gráfico, Bogotá. p. 25-31

Figura 7. Forma conocida como “gangosa” en la cual se presentaba una grave deformación en el rostro

Fuente: López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

Figura 8. Amputaciones espontáneas como consecuencia de lesiones crónicas en manos y pies.



La primera imagen corresponde a una mujer de 28 años nacida en el Chocó que relataba presentar úlceras ocasionadas por el pian desde los 5 años, además de la amputación de su mano izquierda presentaba lesiones en el rostro. **Fuente:** Vargas Cuellar, Pedro. 1941. *El pian en la geopatología del Valle del Cauca. Tesis para optar al título de medicina y cirugía.* Bogotá, Universidad Nacional. p 68. Las otras dos imágenes fueron tomadas de: López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia.* Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

Distribución geográfica

El pian es una enfermedad tropical con una mayor incidencia en las regiones ubicadas entre los trópicos de Cáncer y Capricornio, la presentación de casos en países por fuera de zonas tropicales o subtropicales era escaso. El continente más afectado por esta patología era África y según Castellani era común encontrarla en la costa oeste, especialmente en el río Gabón, en el Estado Libre del Congo y en Angola. También era bastante común en Nigeria. Dado la extensión de la enfermedad desde la costa Atlántica hasta el océano Índico había gran cantidad de países afectados como Senegal, Sierra Leona, Liberia, Costa de Marfil, Togo,

Nigeria, Uganda y Sudán. El pian se presentaba también en Mozambique, Madagascar y en las islas Comoras.¹⁹

En Asia se extendía por la península de Malaya, Assam, Alta Birmania, Siam, Java, Batavia, Filipinas y era muy frecuente en Ceilán (actualmente Sri Lanka), que según Castellani, era un país donde se trataban unos 3500 pacientes por año tan solo en los hospitales, lo que representaba solo una pequeña parte de los casos totales. Tanto en la India como en China, la enfermedad era poco común. En el caso de Oceanía la Frambresía estaba presente al norte de Australia y en islas del océano Pacífico como Samoa, Nueva Caledonia y Fiji.²⁰

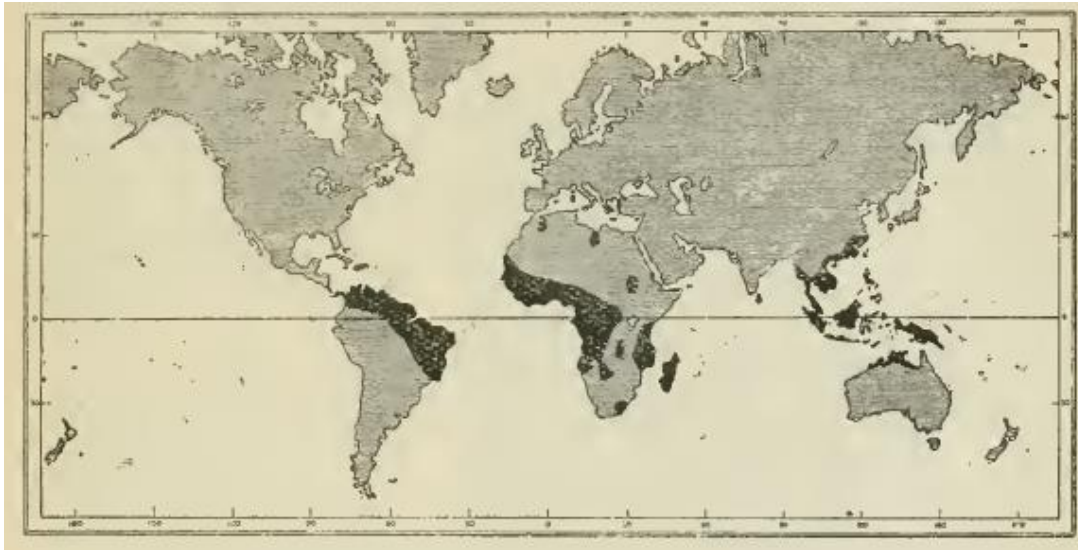
En América el pian tenía una amplia distribución afectando las islas de Jamaica, Haití, Republica Dominicana, Trinidad y Tobago y Puerto Rico. En Centroamérica era endémico en Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Finalmente, en Suramérica además de Colombia, la enfermedad prevalecía en Brasil, sobre todo en la región amazónica, Venezuela, Ecuador y Perú.²¹ La figura 9 muestra la distribución geográfica para el año 1919.

¹⁹ Castellani, Aldo, y Chambers, Albert. 1919. *Manual of tropical medicine*. New York, Ed William Wood and Company. p. 1538

²⁰ Castellani, Aldo, y Chambers, Albert. 1919. *Manual of tropical medicine*. New York, Ed William Wood and Company. p. 1538

²¹ Iriarte R, David. 1942. *La buba o bubas en Venezuela*. Revista de la Facultad de Medicina, 10(12). pp. 767-781. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/30706>

Figura 9. Distribución mundial del pian para el año 1919.



En negro se señalan los países afectados por la enfermedad. **Fuente:** Castellani, Aldo, y Chambers, Albert. 1919. *Manual of tropical medicine*. New York, Ed William Wood and Company. p. 1537

En la primera mitad del siglo XX ya se conocía la forma de contagio, que podía ser por contacto directo (de persona a persona) o a través del contacto con objetos contaminados con las secreciones de un individuo infectado. Además del contagio de la enfermedad por contacto con individuos infectados, se sabía también que existían vectores mecánicos como las moscas que podían transmitir el pian cargando la bacteria en sus patas y posándose sobre la piel de una persona. Con respecto a la transmisión de esta enfermedad existían también otras hipótesis en las que sin importar que alguien fuera aseado, la transmisión estaba determinada por el hecho de habitar en “casas malditas”. En este caso la infección estaba asociada a la presencia de un chinche conocido como garrapato, que habitualmente se encontraba en casas viejas y de bareque e infectaba a las personas a pesar de ser amigas de la limpieza.²²

²² Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. pp. 14-15. La transmisión por moscas o chinches se explica a fondo en: Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 15

El problema de la definición

Teniendo en cuenta que el pian estaba presente en gran número de países con climas tropicales, se adoptaba una denominación diferente en cada territorio que era estudiado. Es posible afirmar que esta enfermedad tenía tantas denominaciones como lugares con individuos infectados. Esto contribuyó a una gran la confusión en su descripción y designación nosológica.

Algunos del los nombres con los que se conocía la enfermedad según la región donde se registraban los casos fueron: Bubas en Venezuela, Antillas y Brasil; Bobas en el archipiélago de las Azores; Buba en el África Central; Dubea en Costa de Oro; Boton de Amboin en Molucas. Los alemanes y holandeses la llaman Frambuesia Tropical. Los franceses Pian y los ingleses Yaws.²³ En Colombia se nombraba en la mayoría de las regiones como Pian, debido a que las facultades de medicina nacionales seguía el modelo médico francés. Esta denominación era utilizada sobretodo en la region sur de la costa del Pacífico, es decir en Nariño, Cauca y Valle. Otro apelativo común en el país era el de Buba o Bubas usado con frecuencia hacia el norte de la costa pacífica, es decir al interior del Chocó y el golfo de Urabá.²⁴

Esta polisemia era importante ya que existía una preocupación clínica por hacer la distinción entre pian, sífilis y lepra. Incluso para algunos médicos era primordial diferenciar el pian de la *verruca peruana* (enfermedad de Carrión), esta última por

²³ Es común observar en las tesis médicas colombianas dedicadas al estudio del pian, que los médicos se remiten al tratado de medicina tropical escrito por Castellani y Chalmers (Castellani, Aldo, y Chambers, Albert. 1919. *Manual of tropical medicine*. New York, Ed William Wood and Company. pp. 1535-1565). En general los trabajos colombianos utilizan la misma información que Castellani, quien además de hacer una descripción completa de la tanto del agente etiológico como de la enfermedad, fue quien describió por primera vez el pian, por eso no es extraño que los médicos colombianos lo vean como una autoridad en el tema y utilicen para sus tesis médicas la misma estructura de dicho libro empezando por la sinonimia, historia, etiología y finalmente en el tratamiento de la enfermedad. Algunas tesis representativas en Antioquia son: Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado; Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout; Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos.

²⁴ López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

lo general mortal.²⁵ Para sanjar estas discusiones en gran parte de las tesis médicas era común remitirse a la historia y origen de la enfermedad. El estudio de la enfermedad comenzó a ser importante para los médicos europeos después del descubrimiento de América. Para algunos doctores colombianos el pian provenía de las costas de África y la enfermedad llegó a América a través del transporte de esclavos negros. Algunos consideraban que los primeros casos de bubas en Colombia se presentaron en el año 1825 con la llegada de esclavos negros que venían a trabajar en minería.²⁶ Sin embargo, otros apuntaban a que la enfermedad ya existía en América antes de la conquista española, pero no estaba claro aún si se trataba de pian, sífilis u otra patología epidérmica. Aclarar el origen de la enfermedad era crucial para los médicos pues afirmaban que ello ayudaba a realizar el diagnóstico diferencial con respecto a otras afectaciones de la piel.

Hume, Adams y otros han dicho que la frambuesa fue una enfermedad que atacó a los Israelitas durante su emigración de Egipto y quizás la palabra SARAÁ que dice en el capítulo XIII del Levítico no se refería a la lepra como se cree. Ali Abbas y Avicenna médicos del siglo X mencionan una enfermedad llamada SAFAT o SAHAFATI con síntomas muy parecidos a los de la frambuesa, pero otros autores opinan que la enfermedad a la cual se refieren ambos médicos árabes era la sífilis.²⁷

Dualistas vs unicistas

Si bien había una preocupación por establecer las diferencias entre el pian y otras patologías cutáneas, ya en la primera mitad del siglo XX se conocía el agente etiológico de la enfermedad y los signos y síntomas característicos del pian estaban bien descritos. El responsable del descubrimiento del microorganismo causante de esta patología fue el médico italiano Aldo Castellani en 1905, quien examinando muestras de exudados cutáneos a través de observaciones en el microscopio describió la morfología de la espiroqueta (*Treponema Pallidum* subespecie

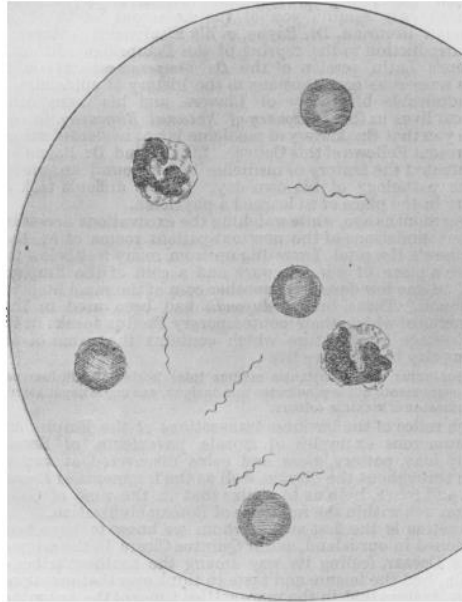
²⁵ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado.* Medellín, Tip Bedout. p. 10

²⁶ Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado.* Bogotá, Editorial de Cromos. p. 12

²⁷ Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN,* Tesis para el doctorado. p. 10

pertenue) causante de la enfermedad (figura10).²⁸ Además de sus trabajos con el pian, fue el responsable de relacionar como agente causal de la enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana) al tripanosoma, observando el microorganismo en el fluido cerebroespinal de individuos enfermos.²⁹

Figura 10. Espiroquetas encontradas a partir de lesiones en piel de pacientes con pian en Ceilán (actualmente Sri Lanka).



Fuente: Castellani A. 1905. *Further observations on parangi (yaws)*. British Medical Journal; 2:1330–13

Producto de la confusión que generaba la discusión acerca de si el pian y la sífilis eran o no la misma enfermedad, surgieron dos corrientes médicas que trataron de resolver esta cuestión: unicistas y dualistas. Para los primeros el pian y la sífilis eran una misma enfermedad y uno de sus principales argumentos era que el tratamiento yodo-mercurial era igualmente efectivo. Para los dualistas la sífilis y el pian eran dos entidades completamente diferentes tanto por el agente infeccioso como por los signos y síntomas que generaba durante la infección. Además, refutaban el

²⁸ Castellani A. 1905. *Further observations on parangi (yaws)*. British Medical Journal; 2:1330–13

²⁹ Kasuke, Ito. 1984. Aldo Castellani, 1874-1971. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 60(10). pp. 1011–1029.

argumento del tratamiento explicando que así como servía para las dos enfermedades, era igualmente efectivo en otras patologías como las actinomicosis (enfermedad producida por hongos).³⁰ Algunos de los médicos colombianos se remitían al cuadro elaborado por el médico E. Jeanselme para explicar las diferencias entre las dos enfermedades. De hecho, la mayoría de los médicos que describían el unicismo y dualismo en sus tesis de estudio, se remitían a su obra *Précis de pathologie exotique* publicada en 1909. Este cuadro también servía como una guía de diagnóstico, teniendo en cuenta que para dictaminar si un individuo tenía pian o no el criterio era basado en los signos clínicos característicos de la enfermedad y no mediante pruebas serológicas de laboratorio (Ver tabla 1)

³⁰ En algunas tesis hay una explicación completa acerca de los argumentos de una y otra corriente que abarca desde el agente etiológico hasta las diferencias en la presentación clínica y tratamiento. Estas explicaciones pueden verse en tesis como las de Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. p. 10 Kairuz, Eduardo. 1938. *Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía*. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 16.

| Sífilis | Pian |
|--|---|
| 1. Enfermedad pandémica. Adquirida hereditariamente y por contagio | 1. Enfermedad tropical adquirida únicamente por contagio |
| 2. Empieza por un accidente primario patognomónico que se encuentra en el lugar de la inoculación | 2. El accidente inicial en el punto de entrada es inconstante. No se diferencia de los elementos que aparecen ulteriormente |
| 3. La inmunidad de la sífilis es casi definitiva | 3. La reinoculación de las bubas es posible |
| 4. Todas las tentativas de autoinoculación hechas en sujetos portadores de sífilides secundarias o terciarias son infructuosas | 4. La autoinoculación de las bubas es posible durante un lapso de duración indeterminada pero muy larga |
| 5. El chancro duro y los otros signos de la sífilis pueden aparecer en un sujeto que ha tenido bubas | 5. Las bubas pueden desarrollarse en un individuo sifilítico |
| 6. Polimorfismo de las lesiones sifilíticas | 6. Monotonía de la erupción en un solo tipo: el papiloma |
| 7. Las sífilides, al menos la del periodo terciario desorganizan la piel y dejan las cicatrices indelebiles | 7. El botón de bubas que no ha sido expuesto a ninguna causa de irritación se cura sin dejar huellas. |
| 8. La sífilis es una afección de manifestaciones disciplinadas, jerarquizadas, correspondiente a tres periodos: primario, secundario y terciario | 8. Todas las manifestaciones de las bubas son idénticas, cualquiera que sea la fecha |
| 9. Las manifestaciones sifilíticas interesan las mucosas | 9. Las manifestaciones piánicas respetan las mucosas |
| 10. Localizaciones en las vísceras | 10. Sin localizaciones viscerales |
| 11. Las sífilides no son pruriginosas | 11. Las erupciones piánicas están acompañas de vivas comezones |
| 12. Alopecia del periodo secundario | 12. Sin alopecia durante toda la enfermedad |

Tabla 1. Diferencias entre sífilis y pian que muestran que son entidades completamente diferente. **Fuente:** Kairuz, Eduardo. 1938. *Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía.* Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 32.

Las tesis médicas de la época enfocadas en el estudio del pian tenían una nosología completa que abarcaba desde las causas hasta la patogenia de la enfermedad. Para los médicos era importante tratar de asociar la presencia de la enfermedad con diferentes causas tanto adyuvantes y predisponentes como agentes productores directos.

Como causas adyuvantes había un consenso generalizado en cuanto a los modos de vida y costumbres de las personas que los hacían más susceptibles a desarrollar la enfermedad. Dicha susceptibilidad estaba relacionada con las condiciones internas y externas que afectaban al cuerpo del individuo. Así uno de los principales factores que favorecía la aparición del pian era el clima tropical, tanto que los médicos resaltan que en los climas fríos la enfermedad no se presenta y la infección se va acentuando a medida que el calor aumenta.³¹

Sumado al aspecto geográfico en la distribución de la enfermedad, su aparición también se asoció a los modos de vida de los habitantes de estas regiones. Comportamientos como la desnudez en las actividades cotidianas y la falta de higiene de los individuos fueron vistos como factores que potenciaron las infecciones piánicas. Así mismo la mala alimentación, hasta el punto de la desnutrición, en conjunto con el constante sometimiento al paludismo predisponían los cuerpos a una extrema debilidad que los hacía más susceptibles a la bacteria.³²

Es también de consideración algunas de las prácticas que eran llevadas a cabo por los locales de zonas endémicas, que aumentaban la posibilidad ya fuera de adquirir la infección o en algunos casos de perpetuarla por tratamientos poco efectivos. El médico Juan José Narváez lo relataba así:

Entre nosotros (auncando [Sic] realmente, por fortuna tan irracional práctica ya se está abandonando) la transmisión en muchos casos se

³¹ Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado. p. 17

³² Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. pp. 13-15; Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado. pp. 13-17. Mora Mora, Alberto. 1935. *Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia*. Trabajo para tesis de grado. pp. 15-17

hacía voluntariamente: con la uña o con cualquier objeto vulnerante se hacía sobre la piel sana de los niños casi recién nacidos una escoriación sobre la cual se frotaba las costra [Sic] de una lesión evolutiva. Esto con el objeto de buscar alguna suerte de inmunidad y sobre todo según mi personal observación porque entre las gentes de raza negra pobladoras de las regiones en que el Pian es endémico había y aún hay respecto de él un concepto fatalista: pensaban que por pertenecer a tal raza era inevitable que en alguna época de la vida la padecerían.³³

Es claro que para la década de 1920 la enfermedad era vista como una condición asociada a la pobreza y a la miseria. Una adecuada higiene de la piel era fundamental para prevenir la infección, para los médicos era poco habitual ver a una persona con cierta posición social enferma de pian.³⁴

Según el médico Eduardo Vásquez Gutiérrez existían algunas creencias asociadas a la transmisión del pian, en las cuales las personas pensaban que la enfermedad podía *emigrar*. Con referencia a las verrugas, el médico comenta que esta práctica se presentaba así

Si se recogen en un papel tantas piedrezuelas cuantas verrugas tiene un individuo, piedras con las cuales debe tocarse previamente la verruga, y luego se arroja a la calle el saquito de papel, el que lo recoja y toque las piedras se llenará de papilomas mientras que el otro quedará curado de ellas. También, pues, emigran las verrugas.³⁵

En relación con esta práctica el médico cita las palabras de un sacerdote de nombre Greggio quien mencionaba que en el Congo Belga una tribu que se encontraba libre de enfermedad había sido contaminada por una tribu vecina a través del pan. La forma en que se llevaba a cabo esta contaminación era ocultando en trozos de pan

³³ López Narváez, G. 1956. *Pián y Campaña Antipiánica en Colombia*. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

³⁴ En general hay un consenso alrededor de la consideración de la falta de aseo como factor predisponente para adquirir la enfermedad, lo anterior se puede evidenciar en informes como: Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. p. 111. También en las tesis médicas se habla de la falta de higiene como adyuvante para la presentación del pian Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado. p17

³⁵ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. pp. 14-15.

pequeñas costras provenientes de las lesiones pianosas, esos pedazos contaminados del alimento eran vendidos a la tribu vecina, pensando que, si la enfermedad era adquirida por los compradores, ésta desaparecía de los vendedores.³⁶

Era de especial preocupación para los médicos de la época la naturalidad con que se mezclaban sanos y enfermos en las actividades cotidianas, a pesar de ser tenida como una enfermedad repugnante. Para los habitantes de zonas endémicas era normal compartir habitación e incluso cama con algún enfermo de pian, así como no tenían problema con alimentarse del mismo plato. Además, y en contravía con las recomendaciones de los médicos, muchos niños pianosos asistían a las escuelas lo cual hacía aún más difícil luchar contra la alta contagiosidad de la enfermedad.³⁷

Durante la primera mitad del siglo XX la medicina social ya hacía eco en las políticas de higiene y ya se pensaba la salud como un tema de Estado, de ahí la necesidad de evitar el contagio de la población sana por parte de los bubosos. Para el año 1928, el médico Jorge E. Delgado contemplaba con preocupación la negligencia de algunas personas naturales de sitios en los que había focos pianosos y exigía mayor esfuerzo por parte del Estado para combatir la enfermedad y evitar su propagación

Sería acaso, con un criterio indolente, hasta admisible la tesis de que cada persona pianosa disfruta del derecho de disponer de la vida y sus medios de actividad y de dedicar su cuerpo al cultivo del *treponema pertenue*, si ella viviera aisladamente y no amenazara a todos sus semejantes. Pero, aparte de que ello pugna con elementales principios de moral y de religión y con un concepto civilizado del estado opuesto al de un bárbaro individualismo, sobre las autoridades pesa el deber

³⁶ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. p. 15. Esta práctica también es citada en: Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 20. A pesar de lo citado en estos dos trabajos ninguno hace referencia a la fuente de donde toman la información.

³⁷ Mora Mora, Alberto. 1935. *Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia*. Trabajo para tesis de grado. p. 16

imperioso de extirpar en esas personas lo que constituye un permanente y temible peligro para la sociedad toda.³⁸

El desarrollo de la medicina social en Colombia, con una clara influencia del modelo francés, permitió ver la enfermedad como un proceso integral y a partir de esta concepción médica se comienza a pensar la salud como un tema de Estado. En la medida en que los diferentes Estados fortalecieron sus políticas sanitarias, la lucha contra las enfermedades y más las de carácter epidémico fueron mejor entendidas y combatidas.

Tratamiento contra el pian

Sabiendo la capacidad de contagio de la enfermedad, era importante dar el tratamiento a los enfermos para prevenir la propagación hacia individuos sanos. Antes de la llegada de los antibióticos, los medicamentos utilizados para curar el pian podrían dividirse en tres grupos principales: los arsenicales, los bismúticos y los yodurados.³⁹

El ideal que se buscaba al aplicar uno u otro tratamiento se basaba en la premisa de una corta duración para disminuir el periodo de contagio, baja toxicidad y facilidad en su administración, pues como se verá a lo largo de este trabajo, no siempre quien aplicaba la droga era un médico (en muchos casos se entrenaban inspectores sanitarios para que trataran a los enfermos).

Las drogas que tenían como base farmacológica el arsénico, fueron las más usadas para la curación de las bubas. Dentro de este grupo se usaron para eliminar la espiroqueta dos drogas en especial: el salvarsán y el neosalvarsán. El salvarsán o 606 fue desarrollado por el médico y bacteriólogo Paul Ehrlich. Para lograr el diseño de este medicamento estableció una estrategia mediante la cual pudiera convertir

³⁸ Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 59.

³⁹ Nieto Escobar, Florencio. 1945. *Algunas observaciones sobre el pian en la región de Medina. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Tipografía Hispana. p. 35

el atoxil, en una sustancia tóxica para los microorganismos patógenos, pero que no tuviera repercusiones negativas en el individuo infectado. Para esto, a partir del método científico, siguió los siguientes pasos: **a)** inicialmente estableció la fórmula química del atoxil llegando a la conclusión de que se trataba de un compuesto derivado del ácido fenilarsénico; **b)** mediante un proceso químico transformó el arsanil en arsacetina, que se sabía que tenía un efecto tóxico en el microorganismo causante de la sífilis (treponemas) pero también ocasionaba en el humano lesiones en el nervio óptico; **c)** tanto el arsanil como la arsacetina carecían de actividad microbicida cuando se aplicaba *in vitro*, es decir cuando se probaba por fuera de organismos vivos o en otras palabras, cuando se usaba en tubos de ensayo. Sin embargo, si se aplicaban estos dos compuestos en animales, estos cambiaban su estructura química y se convertían en elementos activos contra el microorganismo; **d)** se formuló la hipótesis que planteaba que en tejidos humanos ocurriría un proceso químico de reducción que transformaría estos dos compuestos; **e)** obtuvo la sustancia derivada de ese proceso químico artificialmente: la arsenofenilglicina; **f)** comprobó que los treponemas tuvieran receptores para derivados del arsénico o arsenorreceptores, halogenorreceptores e hidroilorreceptores; **g)** buscó compuestos químicos que dentro de su estructura química tuviera grupos hidroxílicos asociados al arsenobenzol; encontró el dioxidiamidoarsenobenzol, esta sustancia poseía propiedades parasitotropas y no organotropas, es decir tenían un efecto tóxico para el treponema pero no para los tejidos del humano. Ese compuesto fue el 606 (denominado así porque resulto de 606 combinaciones del arsénico) y al que se le llamaría salvarsán (arsénico que salva).⁴⁰

El 606 fue dado a conocer en 1910 en el 27º Congreso alemán de Medicina interna. Gracias a este medicamento se acuñó el concepto de “balas mágicas” en referencia

⁴⁰ Fresquet Febrer, Jose Luis. 2019. Terapéutica etiológicamente orientada. Introducción de la salvarsanoterapia en España a través de la prensa diaria y del periodismo médico. En: Alfonso V. Carrascosa y María José Báguena (Coord.) 2019. El desarrollo de la Microbiología en España. Volumen I. Madrid, Fundación Ramón Areces, pp. 35-68

a que iban específicamente dirigidos hacia un microorganismo en particular, dejando indemne al huésped.⁴¹

A pesar de la efectividad mostrada por el salvarsán en la eliminación de treponemas en el tratamiento de la sífilis, este medicamento presentaba un inconveniente: la dificultad en la terapéutica y aplicación a los pacientes. A pesar de la baja toxicidad, el medicamento no era bien tolerado por el hombre ya que era poco soluble, además previo a su uso era necesario hacer un proceso de alcalización lo cual dificultaba más la manipulación y por último después de su preparación, el compuesto era susceptible a la oxidación por el aire. Todos estos factores lo hacían un medicamento difícil de utilizar.⁴²

Con el fin de superar estos contratiempos, Ehrlich continuó trabajando en el perfeccionamiento de una droga selectiva frente a la sífilis y con una mejor tolerancia por parte del enfermo. En 1912 desarrolló un medicamento también derivado del arsénico al que denominó 914 o Neosalvarsan. Este presentaba ciertas ventajas con respecto al salvarsán. Mayor solubilidad y no necesitaba procedimientos previos para inyectarlo en los enfermos. Además, dadas sus propiedades solubles, era posible inyectarlo directamente en sangre sin peligro de causar daño en quienes recibían el tratamiento. No obstante, es importante aclarar que el uso del 914 era tóxico en ciertas condiciones, como en individuos con insuficiencias hepáticas y otras enfermedades de base, esto obligaba a quien lo aplicaba a tener un mínimo de conocimiento para utilizarlo.⁴³ El 914 fue el

⁴¹ Fresquet Febrer, Jose Luis. 2019. Terapéutica etiológicamente orientada. Introducción de la salvarsanoterapia en España a través de la prensa diaria y del periodismo médico. En: Alfonso V. Carrascosa y María José Báguena (Coord.) 2019. El desarrollo de la Microbiología en España. Volumen I. Madrid, Fundación Ramón Areces, pp. 35-68

⁴² Nieto Escobar, Florencio. 1945. *Algunas observaciones sobre el pian en la región de Medina. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.* Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Tipografía Hispana. pp. 35-36

⁴³ Para ver en detalle bajo que condiciones era inconveniente usar el neosalvarsán mirar Nieto Escobar, Florencio. 1945. *Algunas observaciones sobre el pian en la región de Medina. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.* Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Tipografía Hispana. pp. 36-39

medicamento más usado al comienzo de las campañas en Antioquia y el Ferrocarril de Antioquia.⁴⁴

El bismuto fue otro de los medicamentos con un uso más extendido frente al pian. Si bien no era tan efectivo como los arsenicales, tenía una eficacia duradera con una buena eliminación de las lesiones en piel. Ya desde 1889 se conocía de algunos beneficios del bismuto, pero no fue sino hasta 1921 que se comprobó la capacidad de eliminación de espiroquetas. A pesar de su buena acción treponemicida, era un poco más baja que la de los salvarsanes. Este medicamento carecía también de un efecto esperilicida *in vitro* pero al contacto con los tejidos, formaba una sustancia con una gran capacidad de eliminación bacteriana. Era de fácil uso y tenía una buena absorción por vía intramuscular, no estaba indicada la vía intravenosa ya que las sales de bismuto solubles podían ser tóxicas aplicadas de esta manera y producir algunos efectos como crisis diarreicas y dolor en los dientes.⁴⁵

Los yoduros eran medicamentos auxiliares en el tratamiento frente al pian. El yoduro potásico se usaba con más frecuencia dada su solubilidad en agua y facilidad de aplicación. Tenía un buen efecto contra la sífilis y la actinomicosis, además tenía otros beneficios como vasodilatador reduciendo la tensión arterial, facilitaba la circulación pulmonar, la reabsorción de secreciones bronquiales, favorecía la expectoración y calmaba el asma.⁴⁶

Por lo general cuando no había una curación completa después del tratamiento con el neosalvarsán, se hacían combinaciones con otros medicamentos. El más usado

⁴⁴ Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. pp. 109-111. Esta información es también mencionada en: Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 47

⁴⁵ Nieto Escobar, Florencio. 1945. Algunas observaciones sobre el pian en la región de Medina. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Tipografía Hispana. p39-46

⁴⁶ Vargas Cuellar, Pedro. 1941. *El pian en la geopatología del Valle del Cauca. Tesis para optar al título de medicina y cirugía*. Bogotá, Universidad Nacional. pp. 43-44

en combinación era el yoduro de potasio. De todos los medicamentos mencionados el 914 era considerado el de mayor efectividad y específico contra el pian.⁴⁷

A pesar de los beneficios del neosalvarsán, se presentaron varios inconvenientes con su uso. Según el médico Eduardo Vasco Gutiérrez los enfermos veían el 914 como una especie de una panacea universal y fueron perdiendo el respeto a esta droga, obviando los cuidados que debían tenerse para su aplicación. En las regiones invadidas por el pian, el medicamento en ocasiones era aplicado por boticarios o curanderos, quienes tenían la creencia de que la droga era inocua y entre más alta fuera la dosis, mayor beneficio traía. Frente a esto Vasco Gutiérrez indicaba los peligros que tal práctica podría traer:

Hemos oído relatar dos casos relativamente recientes: el uno ocurrió en Puerto Berrío y el otro en la Bodega de San José, en que gentes del pueblo, sugestionadas con los milagros del 914, se fueron al boticario, le compraron la mayor ampolla que hubiera y se la hicieron aplicar allí mismo. Y el boticario, que para el caso todos son uno, quien cree que todas las ampollas se pueden aplicar indistintamente e ignora toda base científica, las aplica sin ningún examen previo. Ambos pagaron con la vida su fervor por la droga: el uno en el momento en que se la aplicaban, el otro algunos días después.⁴⁸

Estaba tan extendida la creencia del 914 como una droga milagrosa que en ocasiones algunos particulares la compraban y buscaban a algún médico en la región para que les fuera inyectada con el fin de curarse del paludismo. Una de las recomendaciones para el uso del 914 era el ayuno por lo menos tres horas antes de recibir la dosis. Sin embargo, muchos enfermos no respetaban este régimen y esto traía como consecuencia malestares para los pacientes, esto a su vez generaba en algunos sectores desconfianza hacia el medicamento. Según Vasco Gutiérrez:

⁴⁷ Kairuz, Eduardo. 1938. *Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía*. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 34; Vargas Cuellar, Pedro. 1941. *El pian en la geopatología del Valle del Cauca. Tesis para optar al título de medicina y cirugía*. Bogotá, Universidad Nacional. pp. 43-44

⁴⁸ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. p. 35

En Calera K. 21 de Puerto Berrío, nos ocurrió el caso de un individuo a quien estábamos tratado contra el *Pian*, y a quien después de ponerle una ampolla de 0,60 que es la mayor que tenemos por costumbre aplicar, le vino un vómito muy abundante y una crisis gástrica terrible. Entonces nos confesó que había acabado de tomar un almuerzo succulento.⁴⁹

A pesar de la efectividad del neosalvarsán en gran parte de los pianosos, las observaciones de los médicos coincidían en que la mayor parte de los casos de éxito correspondían a los bubosos en las primeras fases de la enfermedad. Sin embargo, quienes presentaban la infección de forma crónica mostraban cierta resistencia a los arsenicales.⁵⁰ El cambio definitivo en el tratamiento contra el pian lo representó la llegada de la penicilina al país. Una de las razones de la transición de los arsenicales por la penicilina en la campaña nacional de 1950, fue la dificultad de tratamiento en los casos reacios o resistentes. Este tópico será explicado en el capítulo tercero.

El esfuerzo del cuerpo médico a comienzos del siglo XX por establecer una nosología completa de esta patología respondió a la necesidad de delimitar el pian como una enfermedad particular diferente de otras entidades con sintomatología similar como la sífilis, leishmaniasis o enfermedad de Carrion. Esto a su vez contribuyó al diseño de medidas específicas para su control, influenciadas por el nuevo paradigma pasteriano. Este indicaba que un agente microbiano, el *Treponema Pallidum* subespecie *pertenue* en este caso, era el responsable de ocasionar la enfermedad. A pesar de ser esta una visión reduccionista, los médicos asumieron el papel de asociar las bubas con aspectos sociales y culturales que favorecieron su presencia y persistencia en diferentes regiones.

Los médicos asociaron la susceptibilidad de adquirir la enfermedad con condiciones geográficas propias de los climas tropicales. A su vez debieron enfrentarse con retos de orden social y cultural como comportamientos que aumentaban la vulnerabilidad

⁴⁹ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. pp. 36-37

⁵⁰ Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. pp. 47-48

a desarrollar la infección. Si bien existía un tratamiento específico para la curación de la enfermedad, los médicos debieron enfrentar imprevistos relacionados con el mal manejo terapéutico, algunos accidentes asociados al mal uso de la droga tuvieron consecuencias fatales en varios pianosos.

2. La lucha contra el pian en Antioquia

Para el análisis de la lucha contra el pian en Antioquia se tuvieron en cuenta los registros médicos existentes en fuentes documentales que reflejan el papel de los actores que participaron en la batalla contra esta enfermedad. Inicialmente se tuvo en cuenta al Departamento Médico y Sanitario del Ferrocarril de Antioquia que, durante los años de construcción de la vía férrea, vio como sus trabajadores padecieron diferentes enfermedades. Ante este panorama la empresa institucionalizó un aparato sanitario que enfrentó diferentes epidemias entre las cuales se encontraba el pian.

Este primer análisis permitió dilucidar los pasos iniciales de una campaña organizada y concebida no solo para los peones del Ferrocarril, sino también para los familiares y particulares que vivían en zonas aledañas a la línea. La campaña fue también determinante para conocer la magnitud de una enfermedad que fue tomando grandes dimensiones a lo largo del departamento de Antioquia. El Departamento médico del ferrocarril aportó estadísticas y mapas en los que se ponía en evidencia que el pian era un problema, no sólo en los municipios aledaños a la vía férrea sino también en regiones como el bajo Cauca y la provincia de Urabá.

En Antioquia el análisis de la campaña permitió establecer el rol de cada uno de los actores involucrados en ella, desde la Dirección Departamental de Higiene hasta los mismos enfermos. Al comienzo de la campaña las autoridades procuraron proveer las dosis necesarias del medicamento para atender la situación. Tanto los médicos oficiales como aquellos sostenidos por el erario departamental se encargaron de recorrer los municipios inyectando a los bubosos. Sin embargo, no solo los médicos intervinieron en el tratamiento de los enfermos. Como también como se verá en este capítulo, los yerbateros y empíricos tuvieron una estrecha relación con los pianosos, lo que a los ojos de la medicina científica entorpecía en algunos casos la campaña emprendida por el departamento.

Endemias en el Ferrocarril de Antioquia

La construcción del Ferrocarril de Antioquia ha sido considerada uno de los hechos más sobresalientes a nivel económico e industrial en la segunda mitad del siglo XIX en Antioquia. La idea era conectar la capital Antioqueña con el río Magdalena y establecer así una ruta comercial que permitiera un intercambio más fluido y accesible de la producción del departamento con otras regiones del país y el extranjero. Con el ferrocarril ya en funcionamiento hubo un alivio para la producción campesina pues ahora no solo sus productos tardaban menos en ser transportados, sino que también era menos costoso hacerlo. Además su funcionamiento permitía una mayor movilización de personas entre las zonas. A partir de la construcción del ferrocarril en 1875 hubo un impulso en la colonización de las regiones por las cuales pasaba la vía férrea, desde Medellín, hasta las orillas del río Magdalena en Puerto Berrío. Sin embargo, estas regiones reunían condiciones geográficas y climáticas complicadas para ser habitadas y aún más para los obreros encargados de la construcción de las vías férreas.⁵¹

El departamento médico en el Ferrocarril de Antioquia

Según la historiadora Libia Restrepo después de haberse construido el primer tramo desde Puerto Berrío hacia Medellín los inspectores encargados de supervisar el funcionamiento de la obra sentían conmiseración de las penurias que sufrían los peones en su trabajo. Estaban obligados a trabajar bajo el sol, en las selvas anegadizas del Magdalena, invadidas de ciénagas, entre aguas negras y pestilentes, devorados por insectos y durmiendo a la intemperie.⁵²

Ante las duras condiciones de trabajo que traían consigo factores de insalubridad en los obreros, la empresa decidió establecer un sistema médico sólido que

⁵¹ Latorre, Gabriel. 1924. *Francisco Javier Cisneros y el Ferrocarril de Antioquia* http://biblioteca-virtual-antioquia.udea.edu.co/pdf/11/11_342395098.pdf (último acceso: 28 de diciembre de 2018)

⁵² Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores. p. 22.

permitiera garantizar una afluencia de trabajadores capaces de sostener la obra. Hasta antes de 1893 la atención a las enfermedades en Puerto Berrío consistía en dos visitas por semana de los médicos a los enfermos, quienes eran albergados en una edificación precaria para recibir los tratamientos. El FA no fue indiferente al auge del sistema económico capitalista que dio paso de una medicina privada a una medicina social y laboral que pretendía mantener vigorosa su fuerza productiva. En 1893, con el fin de garantizar un instrumento efectivo de medicalización colectiva, se abre un hospital en Puerto Berrío. A diferencia de los hospitales de Medellín que estaban dirigidos por comunidades religiosas, éste estuvo a cargo de un médico, el doctor Emiliano Henao. Años más tarde y en vista de que el Hospital de Puerto Berrío no contaba con las condiciones de salubridad suficientes fue construido el Hospital de San Rafael.⁵³

Durante la primera década del siglo XX el servicio higiénico tenía una política que se enfocaba en la terapéutica de los obreros que caían enfermos, la prevención de las enfermedades aún no era considerada central. En el año 1909, Emiliano Henao viajó a Londres y tomó el curso de medicina tropical en The London School of Tropical Medicine poniéndose al corriente de las ideas de la higiene moderna. Sus trabajos en el FA hicieron énfasis en pasar de un modelo curativo hacia el modelo de la medicina preventiva. Estas ideas, si bien parecían muy loables desde el punto de vista médico, también perseguían intereses económicos en beneficio de la empresa. La puesta en marcha de medidas preventivas reducía el número de enfermos y ello traducirse en un ahorro para la empresa.⁵⁴

Una de las características de este servicio médico fue la organización administrativa rigurosa. Se le exigía al personal sanitario llevar registros precisos de la proporción de obreros sanos y enfermos, causas de la enfermedad, tratamientos, cantidad de dosis suministradas y mortandad entre los trabajadores. Con base en los datos recogidos se elaboraron estadísticas que aún no hacían parte de las rutinas de

⁵³ Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. La Carreta Editores, Medellín. p. 52,102-109.

⁵⁴ Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. La Carreta Editores, Medellín. p. 61-66

cuantificación de la época en el país. Estas incluían: promedios de enfermos atendidos, relación de entradas/salidas del hospital y una clasificación detallada de las enfermedades. Esa información permitía llevar un registro financiero de la inversión que se estaba haciendo en el departamento sanitario.

Para el año de 1921, el departamento sanitario del FA elabora y pone en funcionamiento un reglamento de sanidad que tanto el personal médico como los obreros debían cumplir. Este reglamento reflejaba también los esfuerzos de por tener una estructura administrativa más organizada, que incluía tres secciones cada una con funciones definidas, encabezadas por la administración central, es decir por la Superintendencia general del ferrocarril. Las tres divisiones eran

1. Higiene y Sanificación: Era la sección más importante para el departamento médico pues sus acciones estaban dirigidas a evitar a toda costa la enfermedad de los obreros mediante acciones preventivas continuas.
2. Hospitales y dispensarios: En los casos en que un peón, a pesar de las medidas preventivas enfermaba, se consideraba como un fracaso del Departamento de Higiene y Sanificación y pasaba a ser atendido para recuperar su eficiencia en el trabajo
3. Estadística sanitaria: esta sección se encargaba de llevar un registro de la morbilidad y mortalidad de los obreros y con base en estas cifras se guiaba el personal sanitario para la intensificación o perfeccionamiento de los métodos a seguir por los otros dos departamentos. Además, estas cifras eran tenidas en cuenta para calcular los costos que se generaban por los medicamentos, alimentación y tratamientos que se generaban en hospitales y dispensarios, para regular tanto los excesos como las carencias monetarias.⁵⁵

⁵⁵ Reglamento del Departamento de Sanidad del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 941-942, octubre 20 de 1921, p. 7488-7499

Hospitales y dispensarios

Para que los obreros del FA fueran atendidos, el departamento sanitario dispuso hospitales y dispensarios a lo largo de la línea férrea tanto en la división del Nus como en la de Porce. La primera estación del FA estaba ubicada en Puerto Berrío, región ubicada a orillas del río Magdalena, desde allí llegaba a la estación de Cisneros para lo cual el tren debía recorrer 109 kilómetros. Este tramo comprendía la división del Nus y para esta sección estaban habilitados el Hospital de San Rafael,⁵⁶ —cuyo funcionamiento pleno se dio a partir de 1898—, además de dos dispensarios uno ubicado en Cisneros y el otro en Caracolí. Desde la estación de Cisneros hasta la de Porcecito había un camino de herradura el cual los pasajeros del ferrocarril debían recorrer por su cuenta. La estación de Porcecito se conectaba con Medellín a través de una vía de 72 kilómetros. Esta última era la división de Porce la cual contó con varios hospitales, que se fueron abriendo según la necesidad del FA. Estuvieron en funcionamiento hospitales en Ancón (cerca a Girardota), Copacabana y finalmente, en 1926, se estableció una sede central en Medellín en el Hospital Universitario San Vicente de Paul, en un pabellón que el FA arrendaba. (figura 11)

⁵⁶ Para 1898 el Hospital de San Rafael era visto como uno de los mejores del país, no solo por la atención que brindaba a los trabajadores que permitía que hubiera una mayor eficiencia en el adelanto de los trabajos de construcción de la línea férrea sino también por los trabajos de ingeniería con que contaba la edificación. El hospital estaba construido en madera de comino y cedro con un techo de láminas de hierro importados desde Inglaterra. En su interior estaba dotado de camas de hierro y contaba con agua potable y de buena calidad para baños y cocina. Además, contaba con una estructura administrativa sólida en la cual se llevaban libros contables, movimientos de botica, registros de enfermos y clasificación de las enfermedades. Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores. pp. 106-107

Según Emiliano Henao, los dispensarios eran considerados como el departamento más importante de la Sanidad de la División del Nus. En cada uno de ellos se contaba con el servicio de un médico, quién debía velar de una parte, por la salud de y, por la otra, por las condiciones de habitación. En cuanto a los obreros, se les realizaban rigurosos exámenes médicos y se les expedía un certificado de sanidad, en el que debía constar que el peón se encontraba apto para el trabajo o en caso de enfermedad grave debía ser atendido para retornar a sus labores. El médico debía garantizar que las habitaciones eran adecuadas, adoptar medidas preventivas para evitar infecciones, y como medidas profilácticas para evitar futuras enfermedades dotar a los obreros de condiciones de alimentación adecuada y de agua potable. Además de los trabajadores, en los dispensarios también se atendían particulares de las zonas cercanas a la línea férrea, con el fin de evitar la propagación de epidemias a los empleados del FA. De hecho en el caso del pian, y debido a su alta contagiosidad ésta fue una de las estrategias privilegiadas por el personal del servicio de sanidad.⁵⁷

Al igual que con los demás departamentos del FA, la estadística recogida en los dispensarios era extensa y rigurosa. Un ejemplo de esto es la información registrada para 1921 en los dispensarios de Cisneros y Caracolí, que consignaron mes a mes la siguiente información:

1. Número de enfermos tratados
 - De la empresa
 - De familias de obreros
 - Particulares
 - Total
2. Vacunaciones antivariolosas
 - Empresa
 - Particulares
 - Total
3. Certificados de sanidad expedidos
4. Operaciones quirúrgicas
5. Otras inyecciones aplicadas
6. Lucha contra el pian
 - Número de inyecciones

⁵⁷ Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 977-986, abril 30 de 1922, pp. 7828-7829

- Número de enfermos
- 7. Quinina profiláctica distribuida. Píldoras
- 8. Mosquitos destruidos dentro de los campamentos
- 9. Detalle de las inyecciones aplicadas
 - Quinina
 - Emetina
 - 914
 - Mercurio
 - Otras

Para conocer en detalle esta información, observar la figura 12

Figura 12. Trabajos realizados por el dispensario de Cisneros para el año 1921

| DISPENSARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|---------------|-------|------------------------------|---------------|-------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------|---|---|--------------------------------------|---------|-----|----------|-------|
| DISPENSARIO DE CISNEROS. TRABAJOS DEL MEDICO HIGIENISTA ENCARGADO DE EL LIMON A CARACOLI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuadro número 18. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AÑO DE 1921 | Enfermos tratados | | | | Vacunaciones anti-variolasas | | | Certificados de sanidad expedidos | Operaciones quirúrgicas | Otras inyecciones aplicadas | Lucha contra el pian | | Quinina profi-láctica distri-buida. Píldoras. | Mosquitos destrui-dos dentro de los campamentos | Detalle de las inyecciones aplicadas | | | | |
| | De la Em-presa | De fami-lias de obreros | Particu-lares | Total | Empresa | Particu-lares | Total | | | | Número de inyec-ciones | Número de en-fermos | | | Quinina | Emetina | 914 | Mercurio | Otras |
| Enero..... | 28 | 68 | 58 | 154 | 42 | 42 | 75 | 127 | 43 | 14 | 10426 | 2937 | 18 | 29 | 36 | 12 | 32 | | |
| Febrero..... | 38 | 44 | 27 | 109 | 16 | 16 | 7 | 142 | | | 11422 | 300 | 60 | | 72 | | 10 | | |
| Marzo..... | 25 | 37 | 36 | 98 | 5 | 9 | 14 | 22 | 630 | | 15616 | 647 | | 31 | 84 | | 17 | | |
| Abril..... | 29 | 38 | 47 | 114 | | | | 90 | 5 | 115 | 12143 | 1431 | 5 | 20 | 84 | | 6 | | |
| Mayo..... | 14 | 28 | 37 | 79 | | | | 150 | 3 | 128 | 11464 | 417 | 10 | 18 | 93 | | 7 | | |
| Junio..... | 23 | 45 | 26 | 94 | 11 | 11 | | 131 | 9 | | 10324 | 9327 | | | | | | | |
| Julio..... | 61 | 116 | 63 | 240 | ? | ? | 1876 | 181 | 5 | 62 | 18934 | 10723 | | | 26 | | 36 | | |
| Agosto..... | 5 | 29 | 20 | 54 | | | | 187 | 3 | 81 | 15000 | 629 | 1 | 18 | 43 | 10 | 9 | | |
| Septiembre..... | 10 | 28 | 39 | 77 | | | | 98 | 3 | 73 | 13266 | 121 | 4 | 8 | 50 | 6 | 5 | | |
| Octubre..... | 13 | 15 | 12 | 40 | | | | 324 | 3 | | 18000 | | | | | | | | |
| Noviembre..... | 30 | 70 | 56 | 156 | | | | 93 | 3 | 155 | 10000 | 3311 | | 69 | 41 | 22 | 23 | | |
| Diciembre..... | 20 | 43 | 58 | 121 | | | | 94 | 15 | 133 | 22000 | 8429 | 18 | 49 | 28 | 24 | 14 | | |
| Totales..... | 296 | 561 | 479 | 1236 | | | 1959 | 1449 | 49 | 1148 | 1098 | 393 | 168595 | 43272 | 116 | 242 | 557 | 74 | 159 |

En la imagen se ve la rigurosidad y el detalle con que eran consignados diferentes aspectos que eran importantes en la estadística del Departamento médico del FA, desde los tratamientos aplicados, hasta medidas de saneamiento como el número de mosquitos destruidos en los campamentos. **Fuente:** Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: *El Ferrocarril de Antioquia* (periódico), Medellín, números 977-986, abril 30 de 1922, p. 7843

El paludismo en el Ferrocarril de Antioquia

Algunas de las enfermedades a las cuales se vieron constantemente sometidos los obreros del ferrocarril de Antioquia fueron la malaria, la anemia tropical, la neumonía, la tuberculosis y las disenterías. La presencia de estas enfermedades durante la construcción de la obra impulsó al departamento médico a diseñar campañas de saneamiento para combatir las infecciones en sus peones. En la mayoría de los casos, estas campañas estuvieron dirigidas a los trabajadores del ferrocarril y sus familias, pero en otros casos estas se hicieron extensivas hacia los pobladores que habitaban los caseríos circundantes a la línea ferroviaria. Las campañas más significativas fueron contra el paludismo y la anemia tropical.⁵⁸

El paludismo fue la enfermedad más importante para el FA. Gran parte de los esfuerzos del departamento de sanidad, y en particular de Emiliano Henao, se centraron en la disminución de los casos de malaria que atacaban un número considerable de trabajadores de la obra. Los primeros pasos de la lucha antipalúdica comenzaron en 1911 con medidas preventivas como la construcción de amplios campamentos higiénicos protegidos con alambre de malla para evitar la picadura del zancudo. La reglamentación del Departamento de Sanidad en 1921 contempló el saneamiento de las zonas palúdicas para contener su expansión. Algunas de las acciones tomadas por el FA fueron:

- Estudio realizado por un médico higienista de las zonas con necesidad de sanificación considerando: características del terreno, morbosidad malárica y abundancia de mosquitos. “este estudio será siempre el paso inicial en toda obra de saneamiento antipalúdico que haya de emprenderse”. Con los

⁵⁸ Para conocer más acerca de las campañas sanitarias desarrolladas por el departamento médico del Ferrocarril de Antioquia ver Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores. En este trabajo se muestran algunos apartes de lo que significó en términos económicos la campaña contra la anquilostomiasis o tun-tun que en su momento se convirtió en una de las más costosas para el departamento médico pero aun así se mantuvo para que los pueblos de la línea siguieran proveyendo obreros para el trabajo en el ferrocarril, tanto que muchas personas buscaban trabajo en el ferrocarril con el fin de ingresar al hospital de la empresa y les fuera suministrado el tratamiento antihelmíntico. Con respecto a la campaña antipalúdica en el trabajo se plasma el papel fundamental que tuvo el trabajo del médico Emiliano Henao y sus esfuerzos en la implementación de la quinización profiláctica para combatir la malaria.

resultados de este estudio de terreno se elaboraron croquis de la región en el que se localizaban tierras bajas y húmedas, corrientes de agua, ciénagas, pantanos, charcos y pozos que podían ser criaderos y focos de zancudos. A partir de esa información se tomaban las decisiones de que trabajos se harían y cuánto tiempo tomarían. Dentro de las acciones correctivas estaban el encausamiento de las corrientes, el drenaje de pequeñas ciénagas con la destrucción de la vegetación marginal y la destrucción de vasijas o de aposentos que pudieran servir de criaderos.

- Se llevaba a cabo la eliminación de las larvas -mediante larvicidas como el petróleo crudo en una concentración de 20 gramos por cada metro cuadrado de superficie- en las charcas, pantanos, ciénagas y en criaderos que no habían sido saneados. Cuando había corrientes de agua lenta o ciénagas extensas se usaban estopas impregnadas de petróleo que mantenían una capa sobre la superficie que generaba un ambiente asfixiante para las larvas.
- La petrolización era renovada cada ocho días a no ser que fuera anticipada por lluvias, vientos o huracanes.⁵⁹

La destrucción de mosquitos y el saneamiento del terreno en general abarcaba unos 200 metros alrededor de los campamentos de obreros. Estas medidas comenzaron a ser aplicadas a partir de 1911 y según Emiliano Henao fueron una forma efectiva para disminuir los casos de malaria. Los datos recogidos por el Departamento de Sanidad del FA en 1910 señalaban una morbosidad malárica de 17,1% mensual, muy similar a la de 18,4% mensual en 1911, año en el que comenzaron las medidas preventivas. Con el funcionamiento de habitaciones y campamentos siguiendo las nuevas medidas sanitarias la morbosidad disminuyó a un 11,1% mensual en 1912 y al año siguiente bajó hasta el 6% mensual.

Para acompañar estas formas de prevención del paludismo se utilizó una estrategia que quizá fue la bandera de Emiliano Henao para la lucha antimalárica: la

⁵⁹ Reglamento del Departamento de Sanidad del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 941-942, octubre 20 de 1921, pp. 7488-7499

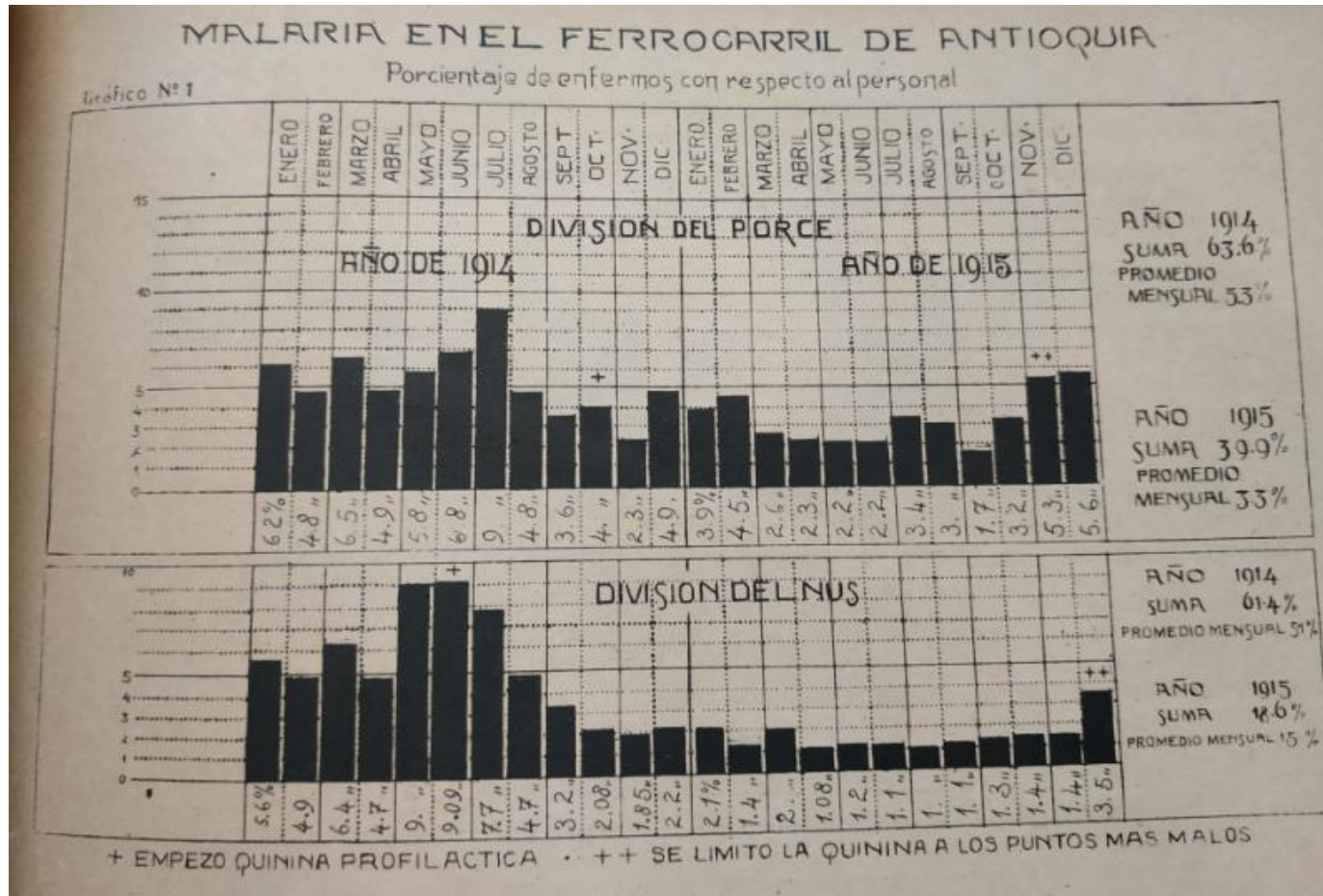
quinización profiláctica. Esta medida consistía en la administración a los obreros de una dosis diaria de 30 centigramos de quinina para evitar la multiplicación del parásito causante de la malaria. La profilaxis con este medicamento comenzó a regir a partir del julio de 1914 y se sostuvo hasta de 1915, de esta manera en el segundo semestre de 1914 la morbilidad fue de 3,6% mensual y de 1,5% para 1915. Según la historiadora Libia Restrepo la distribución de quinina a los trabajadores no estuvo exenta de obstáculos. En 1912, a pesar de que aún no iniciaba el programa de quinización, el Ministerio de hacienda negó la introducción del medicamento libre de impuestos al país alegando falta de autorización legal.⁶⁰ También, entre diciembre de 1915 y agosto del siguiente año la distribución del medicamento se vio limitada a los puntos de mayor afectación malárica y en el año 1919 no hubo quinización profiláctica por falta del medicamento en el mercado.⁶¹

Para justificar la continuidad de esta campaña se insistía en las cifras que destacaban la disminución de los casos gracias a las medidas adoptadas por el departamento médico del FA. También se preparaban gráficos en los que se comparaban las frecuencias de la enfermedad con y sin el uso de la quinina (Figura 13).

⁶⁰ Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores. p. 73

⁶¹ Henao, Emiliano. *Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, pp. 8767-8768

Figura 13. Casos de Malaria en el Ferrocarril de Antioquia 1915-1916



Fuente: Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: *El Ferrocarril de Antioquia* (periódico), Medellín, números 508-512, abril 5 de 1916.

La anemia tropical en el Ferrocarril de Antioquia

La anemia tropical o uncinariasis fue otra de las mayores preocupaciones del departamento sanitario del FA. Desde 1909 el ferrocarril intentó diseñar estrategias para frenar esta enfermedad. Al año siguiente, un numeroso grupo de obreros se vio afectado por la anemia que causaba un agotamiento extremo y alejaba al trabajador de sus funciones, además de las úlceras o candelillas en los pies producidas por la entrada del parásito al organismo.⁶²

La campaña contra la anemia tropical en el FA comenzó a consolidarse en cabeza de Emiliano Henao a partir de 1912, año en el que se abrió un libro de registro en la división del Nus para tener una estadística del comportamiento de esta patología. Entre 1912 y 1913 se realizó un examen coprológico en el hospital de San Rafael a 1.827 obreros y el resultado arrojó un 97,8% de infección (solamente 40 muestras dieron un resultado negativo). En 1914 se hizo la misma evaluación, esta vez en 2.200 peones mostrando un 98,1% de infectados. Ante este panorama y teniendo en cuenta que Antioquia estaba altamente infestada por los parásitos causantes de la anemia tropical, el FA diseñó diferentes estrategias para frenar la infección.⁶³

Era tan importante esta enfermedad dentro de la línea que en el reglamento sanitario de 1921 había una sección dedicada exclusivamente a las medidas de saneamiento, prevención y tratamiento para controlar la uncinariasis. Estas medidas comprendían la higienización del agua proveyendo a los empleados de agua potable en todas las oficinas de las divisiones del Nus y de Porce. Para tal efecto el FA contaba con un empleado de aseo que se encargaba del proceso de ebullición del agua, esta se almacenaba en vasijas y era llevada a los lugares y campamentos más alejados de la línea. Además, el FA trató también de controlar el consumo de agua potable cuando su personal no estaba trabajando, esto con el fin de impedir la

⁶² Henao, Emiliano. *Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, p. 8768

⁶³ Henao, Emiliano. *Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, p. 8768

diseminación de la enfermedad y la adquisición de disentería u otras infecciones obtenidas por vía oral.⁶⁴

Otra de las estrategias adoptadas para prevenir la infección fue la adecuación de excusados en las habitaciones y campamentos de los trabajadores y en los casos en los que la construcción o los trabajos se alejaban de los campamentos había instrucciones de cavar un hoyo en un lugar estratégico para hacer las deposiciones, el cual era tapado con tierra antes de abandonar el lugar. Como medida preventiva había también se realizaba una fase de educación higiénica a la población afectada que consistía en hacer propaganda y dar explicaciones claras acerca de cómo se transmitía la enfermedad y cuáles eran las formas de evitarla.⁶⁵ Finalmente, el FA se encargó de expender el medicamento a precio muy bajo para que estuviera al alcance de todos sus trabajadores y contratistas, además de los familiares de estos, pues eran considerados como un foco de infección que no permitía extinguir la enfermedad.⁶⁶

La campaña antiplágica en el Ferrocarril de Antioquia

En el año 1919 el pian se sumaría como una de las enfermedades a combatir en el Ferrocarril de Antioquia. Sin embargo, desde el año 1914, la presencia de la enfermedad ya era motivo de preocupación, tal y como se detectó en uno de los informes de la comisión exploradora del Ferrocarril de Urabá. Haciendo referencia a la región de San Jorge el ingeniero jefe Luis F. Osorio comentaba

Pero si hay una enfermedad típica y propia de aquellas regiones: la buba. Sus manifestaciones son muy semejantes a las de la sífilis, pero no tiene ninguna de las consecuencias terribles de esta dolencia. Se cura con inyecciones de 606 o también espontáneamente al cabo de un año porque

⁶⁴ Reglamento del Departamento de Sanidad del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 941-942, octubre 20 de 1921, pp. 7490-7491

⁶⁵ Reglamento del Departamento de Sanidad del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 941-942, octubre 20 de 1921, pp. 7490-7491; Henao, Emiliano. "Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia", en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, p. 8768

⁶⁶ Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores.

parece que el microbio, o lo que sea que la origina, tiene una evolución natural que termina con la muerte del microorganismo en un año completo.⁶⁷

Para ese año ya se tenían claros aspectos de la enfermedad tales como su tratamiento, las diferencias con respecto a la sífilis y su alto grado de contagiosidad. Sin embargo, fue solo hasta el año 1919 en que comenzó a ser un verdadero problema para el Ferrocarril de Antioquia. Ese año, en la división del Nus, que comprendía la región oriental del departamento, se informó de un foco de pian en Canoas, una pequeña población que se comunicaba con Caracolí. En este último municipio, según el informe del médico Emiliano Henao, se podían llegar a contar hasta 100 personas infectadas de pian todos los domingos. A partir de Caracolí la infección se comenzó a extender a otras poblaciones, tanto en pequeños núcleos del campo, así como en la misma línea férrea.⁶⁸

Atendiendo a la problemática que se estaba presentando en esas poblaciones, el médico auxiliar Benigno Velasco Cabrera se desplazó en diciembre a Canoas para atender los casos de infecciones por pian. Para esto el Dr. Velasco quien viajó con una buena provisión de 914 y atendió a todos los bubosos que encontró aplicando hasta dos dosis del medicamento. Uno de los casos más interesantes atendidos durante el viaje corresponde a un individuo con alto grado de infección:

Entre los enfermos había algunos con erupción tan generalizada que a uno le contaron, entre el Sr. Cura de la población vecina, que tomó mucho interés en la campaña, y el Médico, 700 placas y dejaron de contarle las innumerables restantes.⁶⁹

El total de pianosos atendidos durante esa excursión fue de 186 en Canoas y 162 en Caracolí. Es importante resaltar que la mayoría de las personas tratadas por la empresa durante 1919 en dicha excursión eran individuos sin vinculación laboral

⁶⁷ Osorio, Luis F. 1914. *Informe número 1 del ingeniero jefe de la comisión exploradora del Ferrocarril de Urabá al Señor Gobernador del Departamento*. Imprenta Oficial. Medellín. p. 43

⁶⁸ Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: *El Ferrocarril de Antioquia* (periódico), Medellín, números 828-835, abril 30 de 1920, p. 6626

⁶⁹ Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: *El Ferrocarril de Antioquia* (periódico), Medellín, números 828-835, abril 30 de 1920, p. 6626

con el ferrocarril. Los casos de obreros que contrajeron la enfermedad fueron atendidos en el hospital de San Rafael. Se presentaron solamente cuatro casos de pian en dicho hospital, que cubría la división del Nus, mientras que no hubo enfermos por bubas en el hospital de Copacabana que abarcaba la división de Porce.⁷⁰

A partir de 1920, la campaña contra el pian en el ferrocarril empezó a tomar fuerza en cabeza de Emiliano Henao quien emprendería el registro sistemático de los infectados. Que comprendía: nombre, edad, profesión y procedencia de los enfermos, así como el número de tratamientos aplicados a cada individuo.⁷¹ Considerando la alta contagiosidad de la enfermedad y la diseminación de la infección, los casos de pian comenzaron a ser tratados en los dispensarios de la línea. Para el año 1920, el Dr. Velasco atendió 119 bubosos en el dispensario de Cisneros, suministrando en algunos casos hasta 7 dosis del 914 para asegurarse de la completa curación de los pacientes: Los datos indicaron que de los 119 enfermos tratados se curaron 113. En algunos casos después de las primeras dosis, los pacientes no volvían, así que no era posible saber si se curaban o no. Esto llevaba a la posibilidad de seguir contagiando la enfermedad y aumentar los focos de infección. La proporción de los que volvían era bastante grande, ello demuestra que si había un interés de la población por curarse. Durante ese año las estadísticas de la lucha contra el pian se fortalecieron ya que la empresa se vio en la necesidad de organizar una campaña (Ver Tabla 2). Para el departamento médico era importante conocer no solo las características de los individuos que contraían la enfermedad sino también el número promedio de tratamientos aplicado a los pacientes. Estos datos, además de contribuir a la caracterización de la enfermedad en el ferrocarril, aportaban las cifras necesarias para calcular los gastos de la campaña (Ver Tabla 3).⁷²

⁷⁰ Henao, Emiliano. Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 828-835, abril 30 de 1920, p. 6626

⁷¹ Velasco Cabrera, Benigno. 1920. *Contribución al estudio clínico del pian*. Bogotá, Tip Gómez. p. 11

⁷² Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 900-908, mayo 28 de 1921, p. 7220-7221

Tabla 2. Estadísticas de la campaña contra el pian, septiembre de 1920, F.A

| Lucha contra el pian (bubas) en 1920 Trabajos del doctor Benigno Velasco, Médico higienista de la División del Nus, del mes de septiembre en adelante (dispensario de Cisneros). | | | | | | | | | |
|---|---------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------|------------------|
| Nro. de casos | Procedencia | Casos tratados con | | | | | | Resultado | |
| | | 1 iny. | 2 iny. | 3 iny. | 4 iny. | 5 iny. | 7 iny. | Curados | No volvieron |
| 24 | Caracolí | 1 | 2 | 11 | 8 | 2 | - | 24 | - |
| 22 | Canoas | 1 | 5 | 9 | 6 | - | 1 | 20 | 2 |
| 14 | Sardinas | - | 2 | 9 | 3 | - | - | 13 | 1 |
| 11 | Guayabito | - | - | 1 | 8 | 2 | - | 11 | |
| 10 | El Jordán | - | 1 | 6 | 3 | - | - | 9 | 1 |
| 4 | Providencia | - | - | 3 | 1 | - | - | 4 | - |
| 5 | Botijas | - | - | 2 | 3 | - | - | 5 | - |
| 5 | Virginias | - | - | 3 | 2 | - | - | 5 | - |
| 3 | San Carlos | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 2 | 1 |
| 3 | San Rafael | - | - | 3 | - | - | - | 3 | - |
| 2 | La Cruzada | - | - | 2 | - | - | - | 2 | - |
| 2 | La Estrella | - | - | 2 | - | - | - | 2 | - |
| 3 | Puerto Berrío | - | - | 1 | 2 | - | - | 3 | - |
| 2 | Soledad | - | - | 1 | 1 | - | - | 2 | - |
| 1 | Pavas | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| 2 | Gallinazo | - | - | 2 | - | - | - | 2 | - |
| 1 | K. 68 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| 2 | Las Mercedes | - | - | 1 | 1 | - | - | 2 | - |
| 1 | Maceo | - | 1 | - | - | - | - | - | No toleró el 914 |
| 1 | San Roque | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| 1 | Santa Teresa | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| 119 | | 3 | 12 | 60 | 39 | 4 | 1 | 113 | 5 |

Es notable que Caracolí y Canoas seguían siendo los lugares más afectados por la enfermedad. Iny: inyecciones. Fuente: Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 900-908, mayo 28 de 1921, p. 7220

Tabla 3. Estadísticas Campaña contra el Pian, septiembre 1920, F.A

| Edad y Sexo | | | | | | | |
|-------------|---------|---------|-------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Edad (años) | Hombres | Mujeres | total | Nro. total de Iny. | cantidad de 914 empleada | Nro. de Iny. por persona (promedio) | Total de 914 por persona (promedio) |
| De 1 | 2 | - | 2 | 8 | 1,30 gr | 4 | 0,65 gr |
| De 2 | - | 1 | 1 | 4 | 0,85 gr | 4 | 0,85 gr |
| De 3 a 5 | 2 | 2 | 4 | 16 | 2,65 gr | 4 | 0,66 gr |
| De 6 a 10 | 11 | 4 | 15 | 53 | 11,20 gr | 3,5 | 0,74 gr |
| De 11 a 15 | 21 | 6 | 27 | 84 | 33,65 gr | 3 | 1,24 gr |
| De 16 a 20 | 17 | 8 | 25 | 72 | 35,40 gr | 2,8 | 1,41 gr |
| De 21 a 30 | 19 | 6 | 25 | 78 | 34,55 gr | 3,1 | 1,36 gr |
| De 31 a 40 | 10 | 4 | 14 | 44 | 20,25 gr | 3,1 | 1,45 gr |
| De 41 a 50 | 2 | 2 | 4 | 13 | 6,00 gr | 3,2 | 1,50 gr |
| De 51 a 60 | 2 | - | 2 | 4 | 1,65 gr | 2 | 0,82 gr |
| Totales | 86 | 33 | 119 | 376 | 147,50 gr | 3,1 | 1,23 gr |

Iny. Inyecciones. Fuente: Henao, Emiliano. "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 900-908, mayo 28 de 1921, p. 7221

A pesar de que para el año 1920 el médico Emiliano Henao resaltaba la labor del Dr. Velasco y anunciaba que "puede decirse que queda la línea limpia ya, lo mismo que el foco principal de Caracolí", al año siguiente el pian cobro fuerza en la región del Nus y se comenzó a descubrir la verdadera magnitud de la enfermedad. Durante el año 1921 se hicieron varias excursiones partiendo desde Canoas, hacia diferentes focos pianosos. Las dos primeras excursiones, cada una de 15 días, estuvieron a cargo del Dr. Velasco, la primera en abril y la segunda en mayo. Durante este periodo aplicó 630 inyecciones de 914 a 162 infectados. Posteriormente, otro médico de la empresa, el Dr. Muñoz estuvo desde finales de junio hasta el 31 de julio y durante este tiempo suministro 363 tratamientos a 158 pianosos. El total de focos pianosos encontrados durante ese año fueron 32, repartidos en los municipios de Puerto Berrío, Santo Domingo, San Luis, San Rafael, Ituango y Buriticá.⁷³

⁷³ Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 977-986, abril 30 de 1922. pp. p. 7829

Estas excursiones también sirvieron para conocer las penosas condiciones en las que se encontraban los habitantes de las poblaciones infectadas. Además de la ausencia de caminos de herradura en estos sitios, faltaban habitaciones en buenas condiciones de higiene, había escasez de alimentos y no había personal sano para preparar la comida. Esto contribuía a mantener a los individuos infectados y, según palabras del personal del Ferrocarril, en “repugnante estado”. El grado de contagio llegó a ser tan alto que el Dr. Emiliano Henao refería las siguientes cifras de las caceríos pianosos que tenían, en algunos casos, el total de sus habitantes infectados con pian

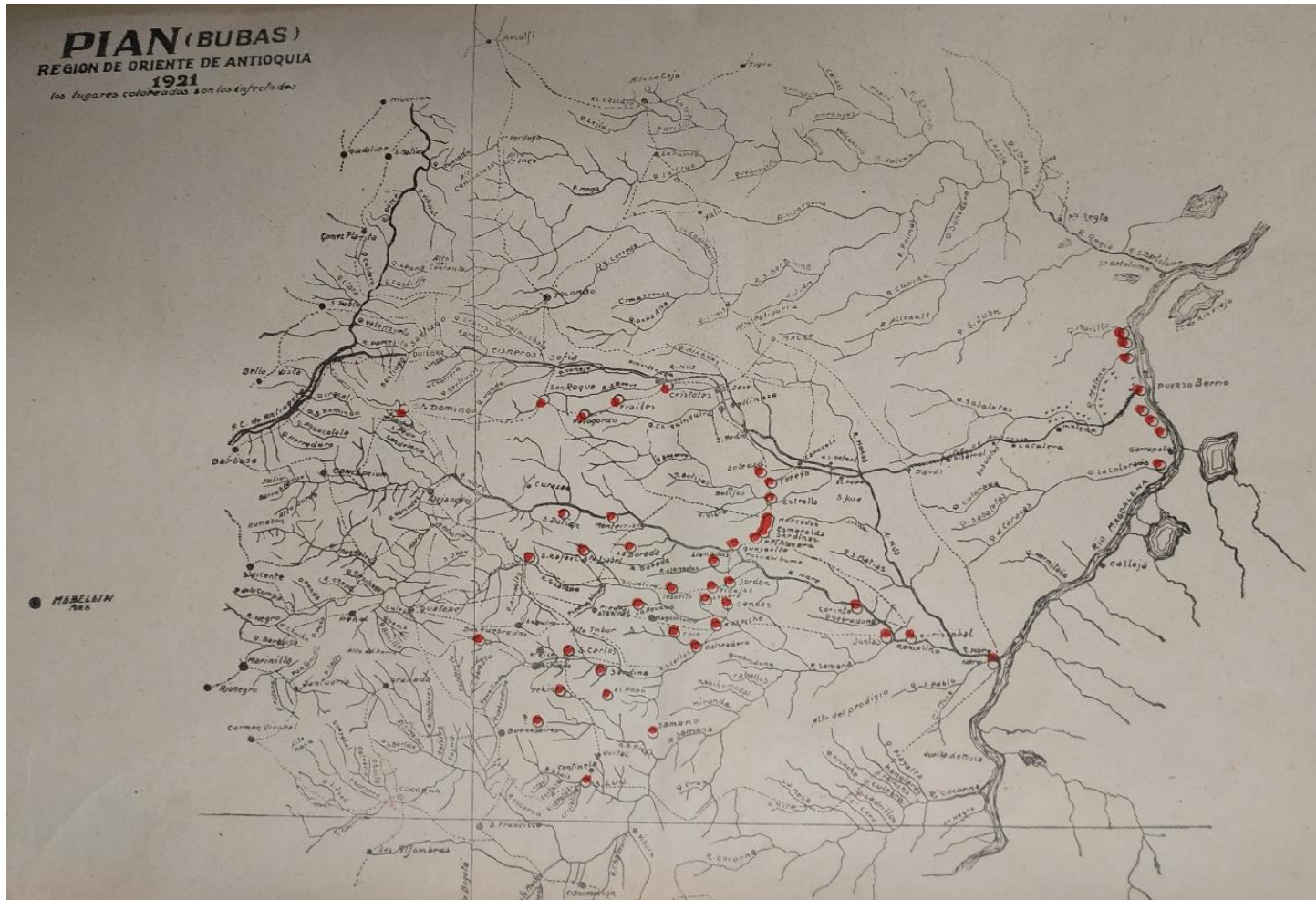
En Montecristo, con 32 habitantes había 31 infectados
En San Julián con 8 habitantes, había 8 infectados
En la Aguada con 19 habitantes, había 17 infectados
En El Trapiche con 13 habitantes había 6 infectados.⁷⁴

La enfermedad, que se propagaba desde el oriente hacia el centro del departamento fue tomando grandes magnitudes. Para el año 1921, de los 96 municipios que tenía Antioquia se habían registrado 37 infectados con pian, de los cuales 6 fueron reportados por el ferrocarril dentro de su campaña. Emiliano Henao, además de la información recogida, diseñó varios mapas con el fin de ilustrar las dimensiones del pian no solo en Antioquia, sino también en Colombia (Figuras 14, 15, 16). Estos mapas fueron presentados a la Asamblea Médica de Antioquia con el fin de dar a conocer la distribución de la enfermedad y alertar el peligro que representaba el pian para el futuro del país.⁷⁵

⁷⁴ Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 977-986, abril 30 de 1922. pp. 7829

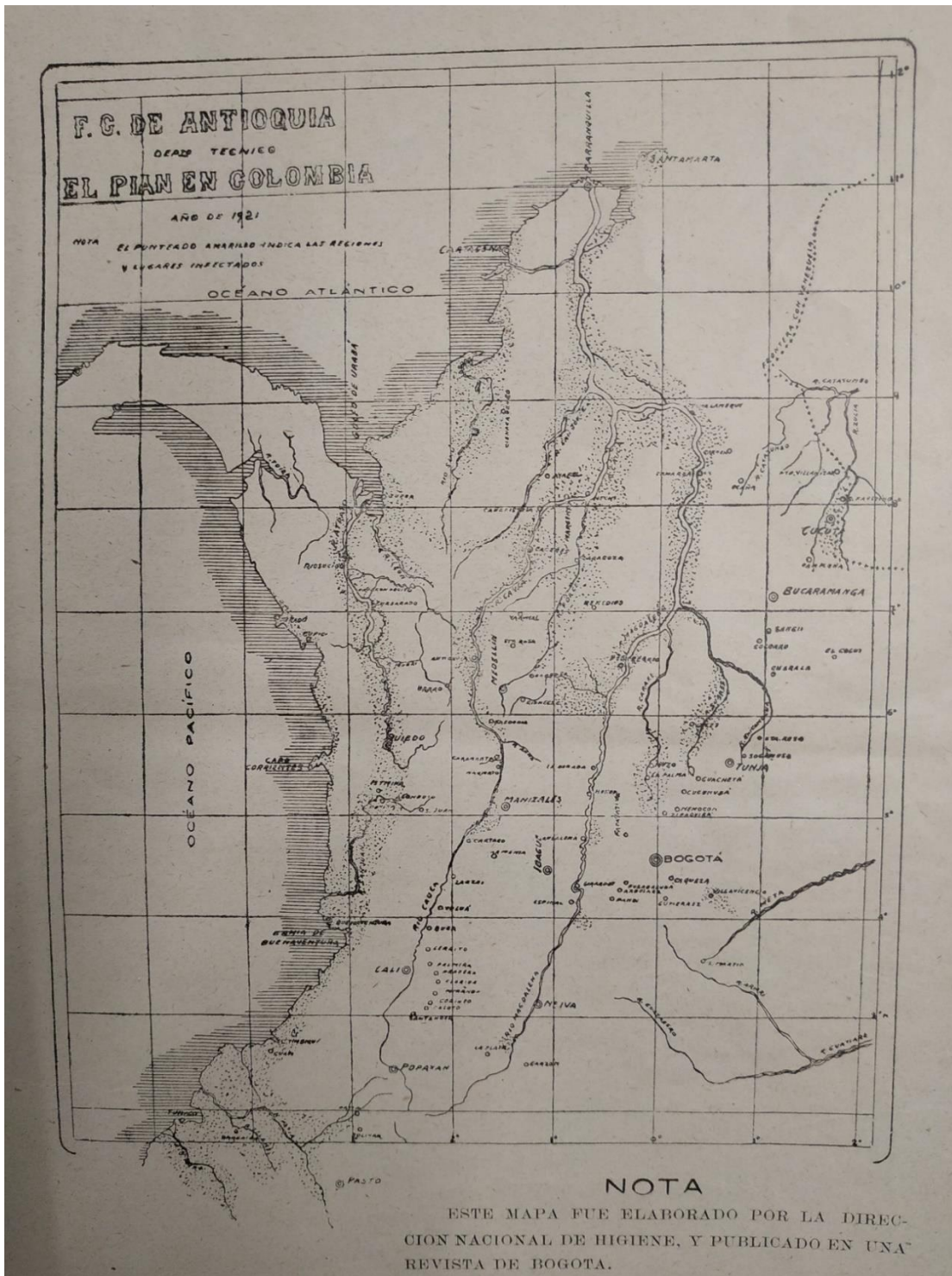
⁷⁵ Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 977-986, abril 30 de 1922. pp. 7829. Los mapas se encuentran en: Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout.

Figura 15. Distribución del Pian en la región oriente de Antioquia, 1921.



En los lugares sombreados en rojo se registraba Pian. **Fuente:** Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol*. Estudio para obtener el doctorado. Medellín, Tip Bedout.

Figura 16. Distribución del Píen en Colombia, 1921.



En las zonas punteadas se registraban casos de infección por Píen. **Fuente:** Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado.* Medellín, Tip Bedout.

El plan de campaña contra el pian en la región oriental de Antioquia

Si bien en 1921 se había hecho un esfuerzo por tratar de contener la infección, lo cierto es que el pian se extendía cada vez más a lo largo del departamento. Por ello se decidió suspender la campaña mientras se elaboraba un plan más eficaz para combatir la enfermedad. Para el año 1922, Emiliano Henao elaboró un informe presentando un *Plan de campaña contra el pian en la región oriental de Antioquia*. Esta estrategia de lucha contra las bubas estaba comprendida por los siguientes puntos:

- **Inspección**, con la cual se quería hacer un censo lo más exacto posible para conocer la situación real de la enfermedad
- **Hospitalización**, para lo cual se requería habilitar una o más casas con el fin de prestar un servicio hospitalario con capacidad de atención de hasta 80 pacientes diarios, que podrían estar hospitalizados por 16 días (tiempo necesario para aplicar las dosis de tratamiento requeridas para una completa curación)
- **Establecimiento de hospitales** en las regiones de San Carlos, San Rafael, Caracolí y Puerto Berrío
- **Suministro de insumos** a los hospitales mediante la proveeduría del Ferrocarril
- **Personal de campaña**, el cual estaría a cargo de un médico con su ayudante, un despensero, un provisionero, dos cocineras y seis policías sanitarios
- **Finanzas** llevar las cifras de la campaña y compararlas con otras enfermedades como la malaria. Calcular el valor de los sueldos del personal, el costo de cada enfermo, día/mes/año y valores extras⁷⁶ (Ver en anexo 2 el plan completo)

⁷⁶ Henao, Emiliano. Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia (trabajo presentado a la Asamblea médica de Antioquia y Caldas reunida en octubre de 1922), en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, p. 8769-8771

Al parecer el plan diseñado por el departamento médico del ferrocarril no entró en funcionamiento pues en los informes médicos posteriores no se habla de los resultados de la campaña y por tanto no es posible establecer qué sucedió. Es probable que los costos del proyecto hicieran desistir a la empresa de emprenderlo. De todos modos, en estos informes si es posible observar que tanto obreros como particulares siguieron siendo atendidos en hospitales y en los dispensarios de Cisneros (de El limón a Caracolí) y La Cristalina (de Caracolí a Puerto Berrío). Para el año en que el plan de lucha contra la enfermedad fue elaborado el número de personas atendidas en los dispensarios fue de 271. Paradójicamente en 1923, año en el que al parecer la campaña estuvo suspendida, fueron atendidas 344 personas con pian.⁷⁷ Esto demuestra que, pese a que la campaña quizá no fue aplicada de la forma descrita en *El plan*, el tratamiento contra esta enfermedad siguió siendo prioritario para el Ferrocarril de Antioquia. Tanto así que para 1925 el médico Eduardo Vasco Gutiérrez, quien se desempeñaba en la división del Nus, ensayó un tratamiento en los pacientes con pian que había mostrado buenos efectos contra la sífilis.⁷⁸

El tratamiento que se aplicaba de rutina en la Línea era una inyección intravenosa semanal de 914. En el Hospital de San Rafael se hacía la aplicación en menos tiempo pues se inyectaban 4 ampollas en 8 días. También se hacían inyecciones intramusculares en el caso de los niños donde el método intravenoso era más difícil. Por lo general el tratamiento era efectivo y en los primeros días de tratamiento las lesiones comenzaban a ceder. A pesar de ser el 914 un tratamiento efectivo, algunos pacientes presentaban resistencia a los arsenobencenos (componente activo del 914) y difícilmente mejoraban después del tratamiento. Es probable que esa fuera la justificación para ensayar nuevos tratamientos en los casos de difícil curación, de curaciones incompletas o de reinfecciones. El medicamento en

⁷⁷ Henao, Emiliano. Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 1057-1066, junio 9 de 1923, p. 8471, 8479. ⁷⁷ Henao, Emiliano. Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 1121-1128, abril 25 de 1924, p. 8974, 8978

⁷⁸ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout. p. 46

cuestión era el Storvasol.⁷⁹ Una de sus principales ventajas era la facilidad con que se suministraba (comprimidos en lugar de inyecciones). También era importante que tenía buenos resultados en quienes presentaban resistencia al 914 intravenoso.

Basándose en los resultados mostrados en algunos estudios en África en el que varios pacientes con pian habían sido tratados con éxito —el médico se refería al Congreso Tropical de Angola— en diciembre de 1924 el Ferrocarril de Antioquia hizo un pedido de Storvasol al exterior. La idea era destinarlo a los dispensarios de La línea y suministrar los comprimidos de forma gratuita a los bubosos que llegaran a solicitarlo. La remesa llegó en mayo de 1925 y, aunque el 914 se siguió aplicando a quienes ya estaban con el tratamiento en curso, se buscó reemplazarlo de manera paulatina. Los ensayos en el ferrocarril, en los que se trataron 42 pianosos, tuvieron inconvenientes debido a la reticencia de la gente para tomar las pastillas y a la dificultad de ver los pacientes de forma continua para evaluar su evolución. Si bien los resultados con el Storvasol fueron satisfactorios, no fueron tan buenos como en los estudios realizados en África puesto que en la mayoría de los casos se renunció a continuar el tratamiento por la lentitud en la curación.⁸⁰

Primeros indicios de la enfermedad en Antioquia

Durante los primeros años del siglo XX, la salud era un asunto del Ministerio de educación. Éste se encargaba no solo de instruir al pueblo sobre las enfermedades a las que se veía constantemente sometido en el territorio nacional sino también de enseñarle cómo combatirlas. La revista Instrucción Pública Antioqueña funcionaba como un mecanismo de divulgación de la Dirección de Instrucción Pública departamental y en ella circulaba información acerca de enfermedades como el paludismo, la anquilostomiasis y la lepra entre otras. La revista también contaba con una sección encargada de la vulgarización de los principios generales de higiene,

⁷⁹ Según el médico Vasco, el Storvasol (derivado del ácido amino – 3 – hidroxifenilo – 4 – arsénico 1) se comenzó a usar en 1924 en África para el tratamiento de la sífilis y mostró buenos resultados para el tratamiento del pian

⁸⁰ Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol. Estudio para obtener el doctorado*. Medellín, Tip Bedout.

donde se contemplaba la higiene escolar y la profilaxis de enfermedades parasitarias que afectaban a Antioquia.

De este modo cree la Dirección contribuir eficazmente a la educación física del pueblo, poniendo en conocimiento de los Inspectores Escolares, Maestros, autoridades y ciudadanos en general los principios en virtud de los cuales se puede establecer una lucha racional y científica contra las enfermedades que diezman nuestro País por su mortalidad elevada o por la degeneración de la raza que producen.⁸¹

Para el año 1911 la revista ya advertía sobre la propagación “alarmante” del pian en el occidente de Antioquia. Se había llegado al punto de tener que clausurar escuelas y se hacía especial énfasis en la susceptibilidad de los niños a la infección. Ésta se explicaba debido a la fragilidad de su piel que, además de ser más delicada, no estaba siempre cubierta por vestidos adecuados y entonces estaba más expuesta a traumatismos que abrían una puerta de entrada a la bacteria. Para la época en que circulaba esta información ya era conocido el agente causal del pian, el modo de transmisión y había una buena descripción de las formas clínicas de la enfermedad, por esto la revista hacía énfasis en cortar las vías de adquisición de la infección a través de medidas higiénicas. Algunas de las recomendaciones eran:

- En zonas donde la enfermedad era endémica se debían tratar hasta las heridas más insignificantes con productos antisépticos como agua fenicada y cubrir la herida con emplastos para cerrar una puerta de entrada a la bacteria causante del pian.
- El aseo bajo todas sus formas era la mejor forma de profilaxis, por eso los enfermos debían bañarse el cuerpo diariamente, pero les estaba prohibido hacerlo en las aguas que servían a la población sana, además sus ropas tampoco debían lavarse allí.
- Los individuos sanos que habitaban en lugares contaminados (es decir en sitios donde había presencia de pianosos) debían procurar también las más

⁸¹ Jiménez, Nepomuceno. 1911. *Algo sobre higiene. Bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año IV, Nro 39. p. 884

estrictas medidas de aseo, además de practicar curaciones en las heridas a quienes ya se encontraban infectados.⁸²

A pesar de la alta contagiosidad de la enfermedad, el aislamiento de los enfermos en establecimientos especiales no era bien visto debido a la relativa benignidad del pian y a los enormes gastos que tal medida imponía. Aunque era conocido que en sitios como la Isla de Trinidad se apelaba a esta medida para controlar el alarmante incremento de esa endemia, para la Dirección de instrucción pública este aislamiento era impracticable y tal vez innecesario. Sin embargo, para la publicación de 1917 y tal vez por la expansión de la enfermedad a nivel departamental, el director departamental de higiene Juan B. Londoño en referencia al aislamiento decía:

Se impone la necesidad de crear hospicios especiales para los bubientos pobres, en las poblaciones en donde se haya presentado esta enfermedad. No se trata de grandes hospitales sino solamente de adquirir una casa donde se puedan mantener separados los sanos de los niños enfermos, mantenerlos limpios, darles buena alimentación y someterlos al tratamiento ya indicado. Basta una casa que tenga una sala con varias camas, una pieza para sirvientes o domésticos y otra para la persona encargada de la casa, y un campo donde los niños puedan jugar y distraerse, sobre todo cuando están mejorados.⁸³

En estas publicaciones también se buscaba hacer desaparecer nociones erróneas que las personas tenían sobre la enfermedad, ya que en ciertos casos éstas atentaban contra la higiene, tan necesaria para evitar su contagio y propagación. Por ejemplo, existía en los pianosos el prejuicio de que mojar las bubas era inconveniente y que se debían tratar después de cierto tiempo. Incluso, con frecuencia, en pacientes que no lograban acceder a una medicación las lesiones

⁸² Jiménez, Nepomuceno. 1911. *Algo sobre higiene. Bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año IV, Nro 39. p. 887

⁸³ Londoño, Juan B. 1917. *Sobre tratamiento del pian, o sea las bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año VI, Nro 75 y 77. p. 254

tendían a una larga cronicidad y por esto existía la creencia popular de que las bubas duraban siete años, con brotes una vez por año.⁸⁴

Era de especial importancia la educación higiénica en las escuelas pues, según el médico Nepomuceno Jiménez, el pian podía desembocar en hábitos faltos a la moral. Los maestros eran llamados a instruir a los niños evitando que éstos cayeran en una enfermedad o crecieran en la ignorancia de sus deberes morales. Se debía evitar que los niños sucumbieran a los vicios o contrajeran hábitos de holgazanería difíciles de desarraigar que derivaran en individuos problemáticos para la sociedad que luego fueran candidatos para terminar en las cárceles. Con un argumento similar se planteaba que los adultos enfermos eran propensos a adquirir hábitos de pereza debido a la larga incapacidad para el trabajo activo, además infectaban a sus familias y las abandonaban a la miseria en su afán de mendigar por falta de empleo. Dichos enfermos recorrían los pueblos vecinos expandiendo la enfermedad, despertando la compasión del público y haciendo gala de su repugnante condición.⁸⁵

La campaña antiplánica en Antioquia

Según el médico Jorge Delgado Uribe, la alta capacidad de contagio en el pian fue lo que llamó la atención de la Dirección Nacional de Higiene. Para el año 1928, esta institución recibía con frecuencia telegramas con carácter urgente para el envío de médicos con el fin de combatir epidemias de pian en territorios en las cuales no se conocía aún la enfermedad. Era tal la contagiosidad y la rapidez con que se expandía la infección en familias, veredas y comunidades que en algunas regiones se conservaba el recuerdo del primer pianoso que había llegado al pueblo o caserío y de cómo a partir de ese individuo se había expandido la infección. Sumado a lo

⁸⁴ Jiménez, Nepomuceno.1911. *Algo sobre higiene. Bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año IV, Nro 39. p. 886-887

⁸⁵ Jiménez, Nepomuceno.1911. *Algo sobre higiene. Bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año IV, Nro 39. p. 887-888

anterior se presentaban situaciones especiales que favorecían el contagio. Por ejemplo, en algunas ocasiones un portador de la enfermedad dormía en alguna posada de manera transitoria y cuando algún otro viajero pernoctaba en el mismo sitio la contraía.⁸⁶

La campaña nacional contra el pian se inició de manera oficial en 1925 sin embargo, el departamento de Antioquia —siendo una de las regiones más golpeadas por este flagelo— llevaba varios años luchando contra la enfermedad. En 1918, la cruzada contra el pian en este departamento comenzó de la mano del médico Vespasiano Peláez, Director departamental de higiene. Él procuró dentro de su gestión establecer estadísticas de casos de pian en los municipios antioqueños y hacer palpable la necesidad de dispensarios con tratamientos gratuitos para combatir este mal. La creación de un dispensario médico surgió con la necesidad de establecer un sitio en el cual dar tratamiento para las enfermedades venéreas, en especial la sífilis. A partir de 1917 fue creado, por el Concejo, el Dispensario de Salubridad a cargo del Tesoro Departamental. Allí se daba asistencia y medicina de forma gratuita tanto a los pobres como a las mujeres públicas que la solicitaban y tenían una enfermedad venérea. Esta institución tuvo su germen en el control social y la moral.⁸⁷ Después de un año de funcionamiento, las principales enfermedades que se atendieron en el dispensario fueron las de origen venéreo, sin embargo, como lo revela la tabla 4, en ese año también fueron atendidos pacientes con pian. Según el jefe del dispensario y laboratorio departamental Gustavo Uribe, los casos de bubas tratados incrementaron en 1918 respecto al año anterior, probablemente por la propaganda que se hacía entre los mismos enfermos. Incluso decía que “El

⁸⁶ Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. pp. 59-60

⁸⁷ Pérez, Francisco de P. 1918. *Memoria que al Sr General D. Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento Presenta El Secretario de Gobierno al reunirse la Asamblea de 1918*. Imprenta Oficial. Medellín. p.133

Alcalde de Sopetrán me escribe diciéndome que 230 bubientos saldrían inmediatamente para acá si no carecieran de recursos”.⁸⁸

Tabla 4. Estadísticas de individuos atendidos en el Dispensario de salubridad de Antioquia, 1918

| Sífilis | Blenorragia | Pian | Otras venéreas | Otras no Venéreas |
|------------|-------------|-----------|----------------|-------------------|
| 66 | 24 | 8 | 22 | 3 |
| 73 | 18 | 7 | 8 | 4 |
| 41 | 17 | 6 | 19 | 8 |
| 53 | 22 | 5 | 37 | 8 |
| 50 | 15 | 7 | 10 | 8 |
| 65 | 24 | 3 | 16 | 6 |
| 90 | 22 | 6 | 15 | 6 |
| 88 | 20 | 9 | 19 | 8 |
| 75 | 10 | 3 | 14 | 4 |
| 90 | 18 | 11 | 28 | 1 |
| 26 | 10 | 4 | 9 | 0 |
| 717 | 200 | 69 | 197 | 56 |

El número de filas corresponden a los meses del año que no fueron agregados en la tabla original. En la columna correspondiente a otras veneras, se señalan en el informe enfermedades como “chancros blandos, balanitis, etc.” Fuente: Pérez, Francisco de P. 1918. *Memoria que al Sr General D. Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento Presenta El Secretario de Gobierno al reunirse la Asamblea de 1918*. Imprenta Oficial. Medellín. p.174

En cabeza de Vespasiano Peláez comienza a hacerse visible la necesidad de ir fortaleciendo una campaña departamental contra el pian. En su informe al secretario de gobierno se indica que el tratamiento contra la enfermedad se suministraba de forma sistemática en municipios como: San Carlos, Sopetrán, Sucre, Antioquia Yarumal, Valdivia y Cáceres. Dentro del presupuesto la oficina de la Dirección Departamental de Higiene de Antioquia se contaba rubros para la adquisición del tratamiento específico del pian, el Neosalvarsán o 914, que mostraba un resultado

⁸⁸ Pérez, Francisco de P. 1918. *Memoria que al Sr General D. Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento Presenta El Secretario de Gobierno al reunirse la Asamblea de 1918*. Imprenta Oficial. Medellín. p.171

positivo para la eliminación de las bubas.⁸⁹ Sin embargo, durante los primeros años en los que el departamento se centró en atender los casos de pian el tratamiento no siempre fue suficiente. En 1919 el médico oficial de Sopetrán informaba que el medicamento que le había sido enviado había dado un magnifico resultado, pero que faltaba tratar al menos 200 individuos y que de no ser atendidos, el trabajo hecho sería en vano. Ante esto la respuesta fue el envío de 90 dosis de 914 que eran insuficientes para cubrir el tratamiento de los individuos solicitados.⁹⁰

En otros casos la dificultad se encontraba en la falta de médicos oficiales en algunos municipios. También en 1919 se enviaron 65 dosis de 914 al municipio de Sucre que debía aplicar el médico de Sopetrán. En el municipio de Antioquia se presentó un situación particular, pues habiendo médico oficial y a pesar del envío de 60 dosis, el Alcalde contestó que no había quien inyectara a los enfermos.

En Colombia, la falta de médicos oficiales en zonas rurales contribuyó a una deficiente atención de diversas enfermedades. Para el año 1923 se denunciaba la ausencia de médicos oficiales que contribuyeran con el robustecimiento de las estadísticas en el departamento. Sin embargo, de fondo existían problemas estructurales desde la norma que, sumado al reducido número de médicos graduados, dificultaba también la presencia de galenos en territorio rural

Antes de la expedición de la ordenanza No. 50 de 1919 muchos de los municipios sostenían Médicos Oficiales; pero después de la vigencia de la Ordenanza citada, que obliga a los municipios que tengan más de diez mil habitantes a sostener médicos oficiales, muchos de los no incluídos [Sic] en la Ordenanza, los suprimieron y esta supresión ha causado enorme perjuicio a la estadística y la higiene municipal y departamental.⁹¹

⁸⁹ Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. pp. 109-111

⁹⁰ Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. pp. 111

⁹¹ González Gómez, José M. 1923. *Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1923*. Medellín, Imprenta oficial. p. 186

En vista de esa problemática y teniendo en cuenta la falta de recursos de muchos municipios para el sostenimiento de médicos oficiales, algunos galenos sugerían estrategias como hacer uso de médicos presentes en la campaña contra la anemia tropical, aduciendo que habiendo uncinariasis y pian en la misma región convendría que los médicos oficiales encargados de esta campaña fueran así mismo obligados a tratar los casos de pian.⁹²

En el caso de Valdivia, que no tenía médico oficial, el encargado del tratamiento de los buboso corría por cuenta del médico oficial de Yarumal.⁹³ Considerando que este problema venía presentándose con esta y otras enfermedades, a partir de 1920, se crean en Antioquia comisiones de médicos pagados y se financia la compra de medicamentos con presupuesto del departamento.⁹⁴

Comisiones sanitarias en Antioquia

Con la intención de organizar un aparato sanitario capaz de atender las enfermedades que se presentaban a nivel nacional el gobierno dictó la Ley 84 de 1914. Esta ley pretendía organizar la Junta central de Higiene —corporación creada desde 1886— y nombrar en las principales capitales del país Directores Departamentales de Higiene en remplazo de las Juntas Departamentales de Higiene, que a excepción de la Junta de Bogotá fueron letra muerta. Uno de los mecanismos precisos que se propuso para contener las enfermedades infecciosas que amenazaban el territorio nacional fue la creación de comisiones sanitarias, ya fueran permanentes o accidentales.⁹⁵

⁹² González, José M. 1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925*. Medellín, Imprenta oficial. p. 173

⁹³ Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. p. 111

⁹⁴ Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. pp. 13-14

⁹⁵ Los artículos 8 y 9 de la Ley 84 de 1914 decían: **Artículo 8:** 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

Para el año 1920, las principales enfermedades que se presentaban en el departamento de Antioquia eran la anemia tropical, la disenteria, la gastroenteritis, la fiebre tifoidea, la viruela, la gripa, la tos ferina y la tuberculosis. Según Vespasiano Pelaez, director departamental de higiene de Antioquia, con el fin de atender estas enfermedades, fueron creadas “Comisiones Sanitarias en todos los Municipios con el objeto de atender a las epidemias y darle cumplimiento a lo que dispone el Código de Policia”.⁹⁶

Mediante la resolución 37 el 30 de junio de 1922 se crearon Comisiones Sanitarias permanentes para todos los municipios de Antioquia con el fin de organizar la higiene en todo el departamento. Cada comisión estaba formada por seis miembros, tres principales y tres suplentes, de los cuales uno sería el secretario designado por el alcalde. La idea era realizar dos sesiones por mes y que éstas estuvieran presididas por el médico oficial del municipio. En caso de no haberlo la Junta Departamental de Higiene nombraba un presidente para la comisión. La principal función de estas comisiones era levantar una estadística sanitaria municipal que sería enviada en los primeros diez días de cada mes a la Junta Departamental de Higiene, anotando las principales epidemias que se presentarían.⁹⁷

gastos que estas Comisiones ocasionen serán de cargo de los respectivos Municipios o de los Departamentos, cuando los recursos de alguno de aquéllos fueran insuficientes. **Artículo 9:** 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. **Artículo 10:** En los casos de que trata el artículo anterior, la Junta Central de Higiene podrá nombrar Comisiones Sanitarias especiales de carácter transitorio, encargadas de estudiar las regiones infectadas y de hacer cumplir las disposiciones que dicten las autoridades sanitarias. El Ministro a cuyo despacho estuviere adscrito el ramo de Higiene señalará las sumas que deben destinarse para los gastos de estas comisiones. Fuente: García Medina, Pablo. 1932. Ley 84 de 1914 (noviembre 21) por el cual se derogan las Leyes 19 de 1911 y 23 de 1923 y se dictan algunas disposiciones sobre extinción de la langosta y sobre higiene pública y privada. Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia. Bogotá, Imprenta Nacional. pp. 45-46

⁹⁶ Marulanda, Jesús M. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor General Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial. p113

⁹⁷ Resolución N° 37 del 30 de junio de 1922 por la cual se crean Comisiones Sanitarias Municipales permanentes para los Municipios del Departamento y se hacen varios nombramientos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de junio de 1922. Imprenta departamental.

A pesar de que las comisiones sanitarias se pensaban como una forma de contener las epidemias, la carencia de médicos oficiales en varias de estas no permitía enfrentar muchas de estas enfermedades, además, las funciones que se dictaban para estas comisiones no siempre correspondían al control de las principales epidemias que se presentaban en Antioquia. El Director Nacional de Higiene señalaba que las funciones de las comisiones departamentales eran:

- a) Provisión de aguas y medios de mejorarlas
- b) Desagües
- c) Investigación de las causas de lepra en el Municipio y desinfección de los locales que hayan sido ocupados por leprosos, de acuerdo con lo que dispone la Ley 32 de 1918 en los artículos 12 y 13
- d) Mataderos públicos e inspección de las carnes especialmente de las foráneas
- e) Basureros
- f) Luchas contra las moscas
- g) Establecimiento y ensanche de Hospitales y creación de Consultorios para indigentes
- h) Enfermedades de los ganados
- i) Vacunación antivariolosa
- j) Inspección de los locales para Escuelas y aplicación del Acuerdo sobre higiene escolar
- k) Estudio estadístico de las enfermedades reinantes en el Distrito
- l) Estadísticas demográfica y nosográfica.⁹⁸

Sin embargo Vespasiano Pelaez señalaba:

Hay otros puntos de grande interés a los cuales deben prestar los Gobiernos Departamentales atención inmediata, tales como la lucha contra la tuberculosis, la anemia tropical, el paludismo, el alcoholismo, las enfermedades venéreas, pero sería mucho exigir a esas comisiones que consagrasen su tiempo a estos graves asuntos; ellos requieren medidas especiales y un servicio médico sanitario competente que hay imperiosa necesidad de establecer.

Para atender oportunamente a la higiene de los Municipios debe votarse en el Presupuesto de Gastos una suma de consideración, que se

⁹⁸ Marulanda, Jesús M. 1921. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1921*. Medellín, Imprenta oficial. p. 48

empleará cada vez que la Dirección lo crea conveniente: cuando los Municipios sean azotados por una endemia o por las epidemias.⁹⁹

A diferencia de las funciones de las comisiones sanitarias permanentes, las comisiones accidentales, como lo señalaba el artículo 9 del Acuerdo 15 de 1914 dictaba que:

En los casos urgentes los Directores Departamentales de Higiene nombrarán Comisiones Sanitarias Accidentales en los municipios en que apareciere alguna o algunas enfermedades que se juzgue puedan ser epidémicas, y de ello darán cuenta al respectivo Gobernador y a la Junta Central de Higiene.¹⁰⁰

A pesar del intento de implementación de estas comisiones sanitarias accidentales, la campaña contra el pian fue llevada a cabo gracias a los trabajos de médicos oficiales en los municipios en los cuales se registraba la enfermedad. En el caso de las regiones con alta incidencia de pianosos en las que no había médicos oficiales, se recurrió en principio, a la ayuda del departamento médico del FA para la aplicación de los tratamientos cuando los focos de infección se encontraban cerca de la línea.¹⁰¹ Es importante recordar que el pian si bien presentaba una alta morbilidad, la mortalidad era muy baja y la principal preocupación era el daño que podía producir en los trabajadores y por eso la la necesidad de atender esa problemática, tanto por las autoridades locales como por el FA.¹⁰²

Uno de los aspectos fundamentales en los comienzos de la campaña liderada desde la Dirección Departamental de Higiene de Antioquia, fue el interés por fortalecer el registro de la enfermedad en los diferentes municipios afectados. Esto con el fin de

⁹⁹ Marulanda, Jesús M. 1921. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1921*. Medellín, Imprenta oficial. p. 48

¹⁰⁰ González Gómez, José M. 1924. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924*. Medellín, Imprenta oficial. p. 192

¹⁰¹ Marulanda, Jesús M. 1921. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1921*. Medellín, Imprenta oficial. p. 51

¹⁰² Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 14

conocer la situación de las regiones afectadas y enviar el tratamiento. La exigencia desde la institución para los médicos de la región era consignar en un cuadro el nombre del enfermo, la edad, el sexo y el número de inyecciones empleadas hasta la total curación del individuo.¹⁰³ Es probable que este modelo haya sido tomado por Vespasiano Peláez de la forma de registro que llevaba Emiliano Henao en el FA, pues el diseño de las estadísticas era muy similar.

Es incierto si estas medidas contribuyeron o no a un registro más minucioso de la enfermedad. Lo cierto es que en el caso del pian se observó un cambio en el número de municipios que reportaron tener la enfermedad y esto favoreció, no solo la identificación de la estadística de morbilidad/mortalidad para cada zona, sino también, el envío de 914 hacia las regiones. Para 1920 se tenía en Antioquia identificada la presencia de Pian en nueve municipios. Esos datos se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Casos de pian registrados en municipios antioqueños en 1920.

| Municipios | Enfermos |
|---------------|----------|
| Dabeiba | 16 |
| Liborina | 30 |
| Pavarandocito | 20 |
| San Carlos | 15 |
| Sopetrán | 200 |
| Valdivia | 80 |
| Andes | 2 |
| Barbosa | 2 |
| Cáceres | 180 |

Fuente: Marulanda, Jesús M. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1921. Imprenta oficial. Medellín. p. 51. Con respecto a Cáceres, como se observa en la tabla era el segundo municipio con más enfermos reportados durante 1920 y aunque el alcalde y el personero del municipio solicitaban con insistencia un médico para tratar esa enfermedad y muchas otras, no pudo ser enviado por falta de recursos.

¹⁰³ Pérez, Francisco. 1922. *Informe del secretario de gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro con motivo de la reunión de la asamblea de 1922*. Medellín, Imprenta oficial. p. 131

En el año 1921, la Dirección Departamental de Higiene de Antioquia destinaba rubros para la atención médica en las siguientes dependencias:

- Manicomio Departamental,
- Hospital San Juan de Dios,
- Dispensario de Salubridad,
- Casa de Menores
- Colonia penal
- Oficina Médico Departamental
- Servicio médico para los municipios de Valdivia, Cáceres y Margento y la región de Urabá.¹⁰⁴

El servicio médico para la región del Bajo Cauca y del Urabá fue creado mediante la ordenanza número 7 de 30 de marzo de 1921.¹⁰⁵ Cabe resaltar que en esta ordenanza que establecía la apertura de dos plazas médicas para cubrir las necesidades en esas dos regiones, se indicaba explícitamente en su artículo 4 que “Los médicos nombrados serán provistos por la Gobernación de salvársán y otros específicos necesarios para combatir el pian y demás enfermedades de esas regiones”.¹⁰⁶

Con el fin de reglamentar esa ordenanza, se dictó en 1921 el decreto número 15, el cual ordenaba en su inciso *d* del artículo número 2 “Dictar todas las medidas profilácticas que juzgue necesarias para combatir las enfermedades contagiosas, epidémicas o endémicas que existan en la región, muy especialmente las que se refieren al paludismo, a la anemia tropical, a la frambuesa o pian y a la sífilis”. Con este decreto ya se tenía al pian como uno de los problemas que afectaban al departamento y al que la administración departamental debía enfrentar.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Pérez, Francisco.1922. *Informe del secretario de gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro con motivo de la reunión de la asamblea de 1922*. Medellín, Imprenta oficial. p. 42-43

¹⁰⁵ Ordenanza N° 7 de 30 de marzo de 1921. Por el cual se crean dos plazas de médicos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de marzo de 1921. Imprenta departamental.

¹⁰⁶ Ordenanza N° 7 de 30 de marzo de 1921. Por el cual se crean dos plazas de médicos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de marzo de 1921. Imprenta departamental.

¹⁰⁷ Pérez, Francisco.1922. *Informe del secretario de gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro con motivo de la reunión de la asamblea de 1922*. Medellín, Imprenta oficial. p. 43-44

El pian en el bajo cauca

El artículo primero de la ordenanza 7 de 1921 dictaba la creación de una plaza médica con destino a los municipios de Valdivia, Cáceres y Margento, con residencia en Cáceres, pero con la obligación de recorrer periódicamente los tres distritos. Además, en caso de ocurrir alguna emergencia debía desplazarse a donde lo ordenará la gobernación.¹⁰⁸ Esta ordenanza comenzó a regir a partir del 7 de julio de 1921 y al año siguiente el médico contratado, Salvador Jaramillo Berrío, quien años más tarde sería el director departamental de higiene, señalaba la imperiosa necesidad de atender a la higiene en el Bajo Cauca que se veía afectada como consecuencia de la miseria reinante. La tabla 6 muestra algunas características de los municipios del bajo cauca.

Tabla 6. Algunas características de municipios del bajo cauca en 1923

| Municipio | Corregimientos | Rancheríos | Temperatura media | | | Número de habitantes |
|-----------------|--|--|-------------------|--------|--------|----------------------|
| | | | Media | Máxima | Mínima | |
| Cáceres | Guarumo, Purí, Cruces de Cáceres, Carí | Corrales, "La perdida" | 29°C | 37°C | 16°C | 1500 |
| Valdivia | Candebá, Raudal | "El Pescado", "La clara", Caracolí | 22°C | 29°C | 14°C | 7.500 |
| Margento | Cañafistula, Nechí | Río Viejo, Chontaduro, Santa Lucía, "Las Flores", Cututú, Barro Colorado | 29°C | 38°C | 16°C | 3000 |

Elaboración propia con datos tomados de: González Gómez, José M. 1924. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924.* Medellín, Imprenta oficial. p. 203

¹⁰⁸ Ordenanza N° 7 de 30 de marzo de 1921. Por el cual se crean dos plazas de médicos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de marzo de 1921. Imprenta departamental. p.2772

Con respecto a Valdivia mencionaba como principales endemias “la frambuesa (así lo escribe el médico), la uncinariasis, la disentería crónica (amibiana), el paludismo, la filariosis, la tuberculosis, la sífilis, las úlceras fagedénicas tropicales, la sarna y la verminosis intestinal”. Una de las preocupaciones del médico de la región era la dificultad para el tratamiento de las personas enfermas. El total de pacientes con pian atendidos fue de 961 (743 hombres y 218 mujeres de los cuales 534 eran niños). A pesar de esto, no fue posible aplicar el tratamiento al total de las personas infectadas, pues la mayoría de los individuos que asistían al consultorio eran incapaces de costear la receta para el tratamiento y el departamento había dispuesto solamente 200 dosis, por lo cual más de 700 pacientes se quedaron sin tratamiento. Si bien el pian era una de las principales enfermedades que afectaban este municipio, el médico también demandaba la construcción de excusados públicos adecuados dada la infestación de uncinariasis.¹⁰⁹

En Cáceres, la situación era muy similar a la de Valdivia con una predominancia del pian como enfermedad a tratar. De acuerdo con lo mencionado por Salvador Jaramillo Berrío este municipio iba en decadencia día por día. En la cabecera municipal habitaban unas trescientas personas y los demás habitantes ocupaban las porciones del municipio aledañas al río Cauca. Además del pian, la sífilis, la tuberculosis y el paludismo estaban diseminadas entre sus pobladores y se sumaban a esta situación la miseria, el alcohol y las pésimas condiciones higiénicas. Al igual que en Valdivia, los tratamientos eran suficientes para atender la cantidad de bubosos, aunque en este municipio los comerciantes hacían aportes monetarios para la consecución del medicamento.¹¹⁰

Durante el primer año de funciones del médico del Bajo Cauca, la cabecera municipal de Margento y sus corregimientos se visitaron en dos ocasiones y en el informe se señaló que la miseria, el descuido y la ignorancia imperantes contribuían con la abundancia del pian, la sífilis, el paludismo y la uncinariasis. En consonancia

¹⁰⁹ Jaramillo Berrío, Salvador. 1922. Informe anual del médico de Cáceres. Febrero 1° de 1922. Gaceta Departamental de Antioquia 1922. Imprenta departamental. p. 3987-3989

¹¹⁰ Jaramillo Berrío, Salvador. 1922. Informe anual del médico de Cáceres. Febrero 1° de 1922. Gaceta Departamental de Antioquia 1922. Imprenta departamental. p. 3987-3989

con lo mencionado con respecto a Valdivia y Cáceres, el tratamiento contra el pian tuvo dificultades, pues las dosis aportadas por el Departamento se gastaron en estos dos municipios dejando a Margento sin dosis para atender a los enfermos y solo se aplicó el salvarsán a algunos indigentes gracias a la ayuda de particulares “acomodados” que costearon y suministraron la droga. También se procuró curar a los pianosos con tratamientos alternos, pero sin éxito.¹¹¹

Finalmente, señalaba el médico en su informe las dificultades que suponía para los tres municipios la ausencia de Hospital. Con respecto a Cáceres mencionaba que solo había dos casas que sostenían el comercio de la región y en Valdivia no había local adecuado para la construcción de un hospital. Además, era difícil el desplazamiento, por las distancias, entre los tres municipios. Una de las propuestas del médico era construir un Hospital en Nechí, última población de Antioquia por el Norte. Si bien un viaje entre Nechí y Cáceres podía tomar entre dos y seis días por vía marítima, este municipio tenía muchas facilidades de navegación. Margento contaba con el puerto de Bocas de Nechí que había tomado gran importancia, debido a la carretera que había sido construida entre Pato y Anorí.¹¹²

Esto hizo la navegación hacia esta región más frecuente lo cual activó el comercio de la zona mediante la introducción de nuevas mercancías. Otra de las razones para la construcción de un hospital estaba sustentada en el miedo a nuevas epidemias introducidas desde el departamento de Bolívar, que para Salvador Jaramillo era la porción de la Republica más descuidada en asuntos de higiene y estaba invadida por la sífilis tropical, el pian y lepra.¹¹³ Salvador Jaramillo también hacía hincapié en los rancheríos, ubicados en la mayoría en las laderas del río

¹¹¹ Jaramillo Berrío, Salvador. 1922. Informe anual del médico de Cáceres. Febrero 1° de 1922. Gaceta Departamental de Antioquia 1922. Imprenta departamental. p. 3987-3989

¹¹² Jaramillo Berrío, Salvador. 1922. Informe anual del médico de Cáceres. Febrero 1° de 1922. Gaceta Departamental de Antioquia 1922. Imprenta departamental. p. 3987-3989

¹¹³ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 211

Cauca y con un alto número de habitantes pues en ellos reinaban las endemias de más gravedad.¹¹⁴

Dos años después de comenzar sus labores en la región, la situación de Valdivia no variaba mucho y la cantidad de pianosos ascendía a más de 2.000, una cantidad muy alta si se tiene en cuenta que la población era apenas de 7.500 habitantes. Una de las razones que entorpecía el control de la enfermedad era que corregimientos pertenecientes a Yarumal e Ituango que limitaban con Valdivia estaban también invadidos de pian y contribuían con la dispersión de las infecciones. Ante esto, el médico hacía la solicitud de que se extendieran sus funciones a estas regiones y tratar todos los casos a lo largo de la hoya del río Cauca desde Antioquia hasta Nechí. Territorio en el que, según palabras del médico oficial, la buba “predomina con un porcentaje alarmante hasta el punto de no haber otro lugar en la República más infectado”.¹¹⁵ Su petición fue atendida y mediante la ordenanza 7 del 20 de mayo de 1924, el radio de acción se amplió a Yarumal para atender las fracciones de Turbaco, Briceño y El Aro, además de los trabajadores de la carretera Yarumal-Montería que estaba en construcción.¹¹⁶

La situación en Margento respecto al pian también seguía siendo preocupante, pues para el año 1924, hubo más de 400 personas infectadas en este municipio cuya población se calculada en 3.000 habitantes.¹¹⁷ Con respecto al medicamento el escenario tampoco cambiaba, pues gran parte de los enfermos se quedaron sin tratamiento ya que las dosis enviadas por la Dirección Departamental de Higiene fueron insuficientes. Pese a que las autoridades municipales apoyaron la consecución de la droga, el presupuesto solo permitió comprar 70 dosis, una

¹¹⁴ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 203

¹¹⁵ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 213

¹¹⁶ Ordenanza N° 7 de 20 de marzo de 1924. Por la cual se reforma la número 7 de 1921. Gaceta Departamental de Antioquia 1924. Imprenta departamental.

¹¹⁷ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 211-213

cantidad muy pequeña teniendo en cuenta que varios de los casos necesitaban varias aplicaciones del medicamento. Muchas de las personas tratadas eran trabajadores del municipio, que antes de la aplicación del neosalvarsán se encontraban incapacitados y después de la curación pudieron retomar labores.¹¹⁸

Contrario a estos dos municipios, la situación de Cáceres parecía mejor en cuanto al control de la buba en sus habitantes. A pesar de la visión, casi apocalíptica que describía el médico de esta región, hubo considerables avances en el tratamiento del pian. De los pobladores de Cáceres decía:

La mayor parte de sus moradores son negros, de costumbres aún más salvajes que las de nuestros indios; dadas las pésimas condiciones en que viven, el aislamiento, la absoluta desadaptación para el trabajo, debido a la insuficiente instrucción que han recibido, y sobre todo a los espantosos estragos que en ellos ha causado la sífilis tropical, el pian, la tuberculosis y otras inquietantes endemias, no estará muy tarde la época de su desaparición.¹¹⁹

Sin embargo, en ese mismo informe destacaba que, aunque al inicio de sus labores dos años atrás, más del 90% de la población se encontraba infectada de bubas, esta infección para 1923 se encontraba completamente exterminada del municipio. El éxito de este suceso radicaba en las remesas de neosalvarsán enviadas por la Dirección Departamental de Higiene, que sirvió para el tratamiento de individuos que se encontraban incapacitados, en algunos casos, hasta por cuatro años, y que gracias al tratamiento retomaron sus trabajos. Para el año 1924, las cifras de la enfermedad en la región eran desalentadoras (Tabla 7)

¹¹⁸ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 204-207

¹¹⁹ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 207

Tabla 7. Datos mensuales oficiales de pacientes de pian atendidos en municipios antioqueños en el año 1924

| MUNICIPIOS | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
|---------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| Andes | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | 3 |
| Angostura | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | - | - | - | - | - | - | 5 | 27 |
| Antioquia | 30 | 30 | 30 | - | 8 | 8 | - | - | - | - | - | 25 | 131 |
| Campamento | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | - | - | - | - | - | 27 |
| Chigorodó | 16 | 17 | 17 | 14 | 12 | 12 | 6 | 8 | 12 | 8 | 6 | 6 | 134 |
| Frontino | 10 | 15 | 8 | - | - | - | - | - | 8 | 10 | - | 5 | 56 |
| Ituango | 4 | - | 8 | 5 | 35 | 5 | - | - | - | 5 | - | 3 | 65 |
| Liborina | 25 | 25 | 25 | 25 | 30 | 30 | 30 | 40 | 40 | 50 | - | 52 | 372 |
| Margento | 30 | 30 | 30 | 30 | 40 | 40 | - | 40 | 42 | 45 | 40 | - | 367 |
| Medellín | 3 | 7 | 10 | - | 6 | 4 | 6 | 6 | 9 | 6 | 1 | - | 58 |
| Remedios | 60 | 60 | 60 | - | 80 | 160 | 96 | - | 80 | - | - | - | 596 |
| San Carlos | 60 | 60 | - | 50 | 35 | - | 30 | - | 40 | - | - | 54 | 329 |
| San Jerónimo | 65 | - | 70 | 70 | - | 70 | 85 | 80 | 80 | 80 | 50 | 50 | 700 |
| Segovia | 1 | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 5 |
| Sucre | 50 | 50 | 100 | - | - | - | 20 | - | - | - | - | 60 | 280 |
| Valdivia | 400 | 400 | 60 | 200 | - | 200 | - | - | 230 | 400 | 200 | 200 | 2290 |
| Venecia | 15 | 16 | 18 | 10 | 100 | 90 | 70 | 55 | 58 | 58 | 40 | 55 | 585 |
| Yarumal | 5 | 18 | 3 | 3 | 1 | - | 3 | 2 | - | 1 | 2 | - | 38 |
| Fredonia | 21 | - | - | 26 | 25 | 25 | - | 28 | 28 | - | - | 12 | 165 |
| Pavarandocito | 20 | - | 20 | 15 | - | - | - | 10 | 12 | 12 | 10 | 12 | 111 |
| Sopetrán | - | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 800 | 806 |
| Armenia | - | - | 3 | - | - | - | - | - | 7 | 2 | 10 | - | 22 |
| Bolívar | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - | 2 |
| Amalfi | - | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | 4 | 7 |
| Zaragoza | - | - | - | - | - | 8 | - | 16 | - | 18 | 43 | - | 85 |
| Turbo | - | - | - | - | - | - | 5 | - | - | - | - | 294 | 299 |
| Peque | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 2 | - | 2 | 8 |
| Rionegro | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| San Rafael | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 50 | 50 |
| Suman | 823 | 743 | 471 | 457 | 384 | 659 | 355 | 288 | 649 | 698 | 403 | 1689 | 7162 |

Nota: Los datos mensuales no permiten saber si son casos nuevos o algunos son casos que ya habían sido atendidos en meses anteriores. Fuente: González, José M. 1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1925*. Medellín, Imprenta oficial. pp. 181-182

Después de 3 años de labor el médico de Valdivia, Cáceres y Margento decía que gracias a las remesas de neosalvarsán el pian había dejado de ser un problema serio en los tres municipios¹²⁰ y a pesar de que aún se presentaban algunos casos la mayoría de estos provenían de regiones del departamento de Bolívar y de Ituango.¹²¹ Sin embargo, para el año 1926 y en vista de la falta de visitas al municipio de Margento (solo dos en el año) por la dificultad de transporte para volver al lugar de residencia, el pian volvió a tomar fuerza en el Municipio. Ante esta situación el médico Ernesto Molina (quien ocupaba la plaza de médico del Bajo Cauca en 1926) proponía que fuera el doctor enviado a Zaragoza y no él, quien se hiciera cargo de la atención gratuita de enfermos en Margento. Estas razones las aducía teniendo en cuenta que el médico de Zaragoza durante sus correrías llegaba hasta Nechí, que se encontraba a tan solo cuatro leguas del sitio en cuestión.¹²²

En el año 1924 se expidió la ordenanza 17 del 31 de marzo mediante la cual se creaba el cargo de médico oficial para el municipio de Zaragoza, para atender a las principales endemias que aquejaban a la región. Para tal efecto fue contratado el Dr. Marco Robledo. La ordenanza indicaba que al médico le correspondía visitar cada 15 días los caseríos de: El real Cuturú, Amacerí, Boca de Nechí y Las flores. En estos sitios debía residir por lo menos 2 días y prestar allí sus servicios. De los Caseríos mencionados, el Real Cuturú y Bocas de Nechí pertenecían al municipio de Margento.¹²³ Esta era la razón por la cual el médico Molina solicitaba que fuera el médico de Zaragoza quien se hiciera cargo de los enfermos de Margento. En la tabla 8 están consignadas algunas características de los municipios y caseríos de Zaragoza

¹²⁰ Las palabras del médico son llamativas teniendo en cuenta que la tabla 7, señala que para esa fecha fueron atendidos 2200 pianosos en Valdivia. Es posible que su afirmación esté lejos de ajustarse a la realidad y probablemente lo dijera para justificar sus labores en el Bajo Cauca

¹²¹ González, José M. 1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1925*. Imprenta oficial. Medellín. p. 195

¹²² González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p. 174

¹²³ Ordenanza 17 de 3 de marzo de 1924. Por la cual se crea un Médico Oficial en el municipio de Zaragoza. Gaceta Departamental de Antioquia 1924. Imprenta departamental.

En su informe del año 1926 Arturo Posada (quien reemplazo al Dr Marco Robledo como médico de Zaragoza) se quejaba de ser él quien tuviera que visitar el Real Cuturú y Bocas de Nechí, pues consideraba que esos dos caseríos en mención eran rancheríos paupérrimos y era difícil cumplir con la obligación que dictaba la ordenanza. La principal dificultad era el transporte, por una parte, porque los viáticos con los que contaba el médico para sus viajes en canoa eran insuficientes para estas correrías. Por la otra alegaba las dificultades para hacer diagnóstico de muchas de las enfermedades, teniendo en cuenta que no tenía un laboratorio para confirmar muchas de ellas. Ante esto una solicitaba, además de modificar el número de visitas por lo menos para ir solo una vez al mes, la adquisición de un microscopio para usarlo en sus diagnósticos.¹²⁴

Tabla 8. Algunas características de los municipios y caseríos que debía visitar el médico oficial de Zaragoza

| Municipio o Caserío | Temperatura media | | | Número de habitantes |
|---------------------|-------------------|--------|--------|----------------------|
| | Media | Máxima | Mínima | |
| Zaragoza | 29°C | 39°C | 17°C | 2.800 |
| El Real* | 27°C | 35°C | 16°C | 80 |
| Cuturú* | 27°C | 35°C | 16°C | 90 |
| Amacerí * | 25°C | 34°C | 14°C | 300 |
| Boca de Nechí * | 29°C | 37°C | 16°C | 600 |
| Las flores * | 20°C | 37°C | 16°C | 200 |

*Caserío. Tabla adaptada a partir de datos de: González, José M.1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1925*. Medellín, Imprenta oficial. p. 210

Según el informe rendido por el médico de Zaragoza en el año 1930, las correrías que se hacían por el municipio eran intensas. Estas se hacían todos los meses y se gastaban por lo menos doce días para completar el recorrido. El transporte era por

¹²⁴ González, José M.1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p186

vía fluvial, bajando por el río Nechí en canoa y parando en cada caserío donde se permanecía por lo menos por dos días atendiendo a los enfermos. Ya en Bocas de Nechí la estadía era de seis o siete días a la espera del bote que llevaba el correo hacia Zaragoza para emprender el regreso. Para el médico la navegación en estas lanchas era muy peligrosa pues por lo general iban cargadas de gran cantidad de gasolina y no contaban con ningún dispositivo de emergencia o salvavidas en caso de accidente. Ante esta situación el galeno abogaba para que el departamento sanitario consiguiera un medio de transporte propio para emprender las campañas contra las endemias en Zaragoza.¹²⁵

Después de 7 meses de entrada en vigor la ordenanza 17 del 31 de marzo de 1924, el médico oficial Marco Robledo se refería a esta porción del Bajo Cauca como una de las más vastas en patología tropical. Sin embargo, el pian no fue una de sus principales problemáticas, al llegar encontró apenas 52 individuos con la infección que fueron tratados con éxito.¹²⁶ Para el año 1926 se consideraba como una patología ampliamente extinguida gracias a la fácil curación y la campaña tenaz llevada a cabo.¹²⁷ Preocupaban más, enfermedades como la sífilis, el paludismo o la anemia tropical. Aunque el pian no fue una endemia tan extendida en el territorio, Marco Robledo hizo patente una situación que inquietaba enormemente su ejercicio profesional como médico: la presencia de yerbateros o empíricos que impedían los tratamientos propuestos por la medicina moderna.¹²⁸

¹²⁵ Parte oficial Gobernación del Departamento. Mensaje que el Gobernador del departamento de Antioquia dirige a la asamblea en sus sesiones ordinarias de 1930. *Zaragoza*. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental. p. 5970

¹²⁶ González, José M. 1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1925*. Medellín, Imprenta oficial. p. 210-213

¹²⁷ González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p. 184

¹²⁸ González, José M. 1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1925*. Medellín, Imprenta oficial. p. 210-215

Los Yerbateros en el Bajo Cauca

En 1922, dos años después de iniciar labores en el Bajo Cauca, Salvador Jaramillo denunciaba la dificultad para eliminar algunos focos de pian endémicos, pues muchos de los casos se quedaban sin tratamiento. En municipios como Valdivia y Zaragoza además de “la desidia y desaseo de los campesinos”, existía una problemática con la superstición y el temor a los tratamientos médicos que, era motivada por yerbateros. En relación con lo anterior Salvador Jaramillo decía:

A pesar de los esfuerzos hechos para extirpar los focos endémicos de pian existentes en algunos parajes, son muchos los casos que permanecen sin tratamiento porque en ninguno de ellos hay autoridades que apliquen la respectiva sanción, tan necesaria en estos casos, máxime si se tiene en cuenta que los enfermos tienen la absoluta prohibición de los yerbateros de hacerse aplicar la inyección de Neosalvarsán, alegando como causa que esta no puede curarlos como las yerbas, y que además el médico trata de envenenarlos. En Chontaduro, por ejemplo, no me ha sido posible tratar ni un solo caso a pesar de que en distintas ocasiones he insistido.¹²⁹

En vista de esta situación por lo general se acudía a las autoridades locales para combatir este tipo de medicina informal, el médico continuaba diciendo:

Para vencer este inconveniente sería necesario que al Sr. Alcalde de Margento se le ordenara trasladarse a dicho lugar con el objeto de obligarlos formalmente, y que al mismo tiempo dictara alguna medida contra la perjudicial labor de los chacareros.¹³⁰

Para el año 1924 el médico oficial de Zaragoza, Marco Robledo, quien estaba a cargo del centro poblado y seis caseríos más —representando una población de más de 3.000 personas—, en su informe al secretario de gobierno puso en evidencia la problemática que había en la región. Además del descuido de los habitantes de Zaragoza en cuestión de higiene, lo cual era un rasgo común en otras zonas

¹²⁹ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 203

¹³⁰ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 204

endémicas, las personas acudían más a los yerbateros que al médico oficial. De esta manera Robledo manifestaba como aquellos se valían de la manipulación de los enfermos de pian mediante el espíritu de la especulación y así las mantenían sumidos en la ignorancia.

En su informe, el médico denunciaba que dichos yerbateros tenían prohibido por completo a los enfermos de pian acudir a las inyecciones de neosalvarsán, alegando que estos remedios eran poco efectivos en comparación con las yerbas, además de insinuar que, a través del tratamiento con el neosalvarsán, el médico oficial pretendía envenenarlos. Lo anterior, sugería Robledo, le había impedido eliminar focos endémicos de infección en diferentes parajes. A pesar de esto, el médico se mostraba optimista pues desde su punto de vista muchos de los rebeldes iban superando el temor infundido al ver la mejoría de sus vecinos tratados con el 914. El hecho de que la presencia de los médicos en la región a veces era de tan solo un mes llevaba a que se interrumpieran las inyecciones a los enfermos y los tratamientos quedaba incompletos, provocando que los campesinos acudieran a tratamientos empíricos.¹³¹ Esto es un ejemplo de la lucha, por parte de los médicos diplomados de la época contra los irregulares y su búsqueda por consolidar el monopolio del ejercicio de la profesión médica.

Además de los casos denunciados con respecto al pian, en el año 1924 se presentó la muerte por envenenamiento de tres niños en Valdivia quienes ingirieron el vermífugo *Velásquez del Valle*, muy recetado en la en la población por empíricos que además prescribían también todo tipo de píldoras. Esta especialidad farmacéutica era producida en el Departamento de Bolívar. Pero según denunciaba el médico, se hacía de manera muy empírica y se vendía por toda la región.¹³²

¹³¹ González, José M. 1925. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925. Imprenta oficial. Medellín. p. 210-215

¹³² González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 204

A estos comportamientos fuertemente arraigados en la mentalidad de los habitantes de focos endémicos, se sumaba problema de la falta de provisión de agua potable. Esto además de contribuir con el aumento de enfermedades gastrointestinales, como disenterías o anemia tropical, favorecía la falta de aseo y facilitaba el contagio a través de heridas abiertas en la piel.

El pian en Urabá

Como ya se mencionó, mediante una ordenanza se establecieron dos cargos de médico oficial, uno para la región del Bajo Cauca y otro para la Región de Urabá. El médico debía residir en Turbo y tendría funciones en las demás regiones de la Provincia de Urabá que carecieran recursos suficientes para costear un médico oficial propio.¹³³ La provincia de Urabá, cuya temperatura promedio era de 28°C, se componía de cuatro municipios, seis corregimientos y más o menos veintiséis pueblos o caseríos. La poca población que habitaba en este territorio se encontraba muy dispersa.¹³⁴

Para ocupar el cargo se contrató al Doctor Carlos Botero. En uno de sus primeros informes, en el año 1923 Botero daba cuenta de los numerosos caseríos y regiones que hubo de recorrer para ejercer su labor. Desde su llegada a Turbo visitó caseríos en Apartadó, Riogrande, Currulao, Guadalito, además de los caseríos correspondientes a la costa nordeste del Golfo de Urabá como Arboletes, San Juan, Zapata, Mulato, Cerro del Águila y Necoclí.¹³⁵

¹³³ Ordenanza N° 7 de 30 de marzo de 1921. Por el cual se crean dos plazas de médicos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de marzo de 1921. Imprenta departamental. p.2772

¹³⁴ González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Imprenta oficial. Medellín. p. 177

¹³⁵ González Gómez, José M. 1924. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924*. Medellín, Imprenta oficial. p. 218-219

Las descripciones que hacía el médico de Urabá permiten conocer cómo eran las condiciones de vida en varias regiones de la provincia. Según él, los habitantes de las poblaciones del río Atrato, el río León, en las costas y Pavarandocito tenían costumbres muy primitivas y habitaban en ranchos de paja en deficientes condiciones. Estas viviendas por lo general estaban rodeadas de terrenos pantanosos. Además, las poblaciones cercanas — propensas a las crecientes de los ríos— edificaban sus viviendas sobre tambos para escapar a los terrenos anegadizos. Estos consistían en un piso elevado sobre el suelo construido en madera o palma rajada, con una altura por lo general de medio metro. Cuando se presentaban fuertes inviernos, las personas se refugiaban en sarzos, hechos sobre vigas y en tambos elevados.¹³⁶

Robledo también llamaba la atención acerca del agua que bebían, pues por lo general era de las corrientes turbias de los ríos o de pozos destapados que en ocasiones estaban llenos de basura y animales. El uso de filtros o la costumbre de hervir el agua era nula y además los charcos, humedales y lagunas alrededor se convertían en criaderos de diversas especies de mosquitos transmisores de enfermedades, como el de la malaria.¹³⁷

En sus primeros dos años de estancia en Urabá las enfermedades más comunes registradas por el médico fueron la malaria, el pian, la sífilis y la uncinariasis. A su llegada a Turbo en 1923 y gracias a una dotación del gobierno departamental que le envió una provisión de 914, Botero pudo tratar a los bubosos que fue encontrando en el camino. En su visita a Vigía del Fuerte se presentó una situación particular. Este caserío, que era una fracción del municipio de Murindó ubicado a orillas del río Atrato,

¹³⁶ González, José M. 1925. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925. Imprenta oficial. Medellín. p. 200

¹³⁷ González, José M. 1925. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925. Imprenta oficial. Medellín. p. 200

era un centro comercial en la década de 1920. Su ubicación geográfica permitía la afluencia hacia este caserío por vía fluvial, ya fuera por las aguas del río Atrato, por el río Murrí, el río Bojayá o por otros afluentes y subafluentes del río Atrato. Cuando Botero desembarcó en Vigía dio aviso de tener medicamento suficiente para el tratamiento gratuito de bubas y sífilis. Los enfermos comenzaron a llegar de forma irregular y era difícil saber si los pacientes pertenecían a la Provincia de Urabá o a la Intendencia del Chocó. Aunque no estuvo exento de engaños por parte de quienes atendió, finalmente el médico oficial declaraba que el tratamiento, ya fuera para los Antioqueños o Chocoanos, había sido un beneficio para los colombianos.¹³⁸

También es de resaltar que, para estos viajes el transporte dependía de lo que se pudiera conseguir en el día a día y era pagado con los viáticos del médico. En muchos casos, cuando se agotaban estos recursos, el funcionario debía pagar de bolsillo propio los gastos de movilización. Años más tarde el departamento adquirió embarcaciones propias para las campañas sanitarias.¹³⁹

En su informe el médico también ponía en consideración la dificultad para atender a todos los enfermos de la Provincia de Urabá debido a la extensión del territorio. En el caso del pian, esto representaba una dificultad ya que algunos de los afectados podían necesitar varias dosis en diferentes días. Al respecto, el médico de Urabá indicaba:

Como la provincia es tan extensa, si se ejecuta la labor en la forma en que debe ejecutarse, no alcanza un año para recorrerla: aún faltan por visitar Micuro, Churidó, Chigorodó y Pavarandocito, todos los cuales tienen caseríos más o menos

¹³⁸ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 218-219

¹³⁹ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 218-219

apartados; a esta región pienso ir en el próximo verano (más o menos del 15 de enero de 1924 en adelante).¹⁴⁰

Durante su correría por los caseríos de Urabá entre junio y diciembre de 1923 el médico trató 531 pianosos, de los cuales más de 200 ya presentaban manifestaciones terciarias de la enfermedad como clavos.¹⁴¹ En un informe posterior, Botero mostraba como solo entre diciembre de 1923 y junio de 1924 había tratado 293 pianosos en las regiones de Currulao, Micuro y Riogrande, Churidó y Apartado, Vijagual, Quebrada Arenas, Chigorodó, Oficina del León y Pavarandocito.¹⁴²

Cuando Botero abandonó el cargo de médico oficial, en su reemplazo llegó Alberto Upegui quien, en el año 1926, resaltaba en su informe la labor de su antecesor y consideraba que gracias a él el pian era una enfermedad prácticamente destruida en la provincia de Urabá. Según Upegui, de los casos que quedaban por tratar, no había que tener temor alguno, pues eran muy pocos.¹⁴³ Dentro de las observaciones realizadas en su primer año de trabajo en la región, llamaba la atención sobre la ausencia de una botica en el municipio. Por ello, solo le quedaba la alternativa de inyectar los medicamentos que le suplían desde la Dirección departamental (914, emetina para la uncinariasis y quinoformo para el paludismo) y cuando se presentaban otras enfermedades para las cuales estos tratamientos no tenían efecto, el médico o se quedaba sin

¹⁴⁰ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 219

¹⁴¹ González Gómez, José M. 1924. Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo. Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924. Medellín, Imprenta oficial. p. 220

¹⁴² González, José M. 1925. Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925. Imprenta oficial. Medellín. p. 200-201

¹⁴³ González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p. 178

alternativas terapéuticas o debía esperar a que la receta le llegara desde Cartagena.¹⁴⁴

Para hacerle frente a esta situación, el doctor Upegui proponía la instalación de una botica en la provincia, en la cual se pudieran vender medicamentos como el 914 a un precio bajo y usar las utilidades del negocio para la labor médica. Además, esta sería una forma de luchar contra las drogas fabricadas en Cartagena que, según él, solo servían para explotar a los habitantes de esta región antioqueña.¹⁴⁵

Una de las razones que aducían los médicos respecto a la dificultad para eliminar los focos pianosos en Urabá era la naturalidad con la que los enfermos asumían su enfermedad, al punto de llegar a una íntima coexistencia entre bubosos y sanos. La inquietud venía del hecho de que, pese a la alta contagiosidad del pian, no había la más mínima precaución para evitar el contagio y las personas sanas comían de los mismos platos que los pianosos y dormían en las mismas camas. Así que de poco servían las recomendaciones médicas para quien tenía la enfermedad, lo cual dificultaba aún más eliminar en la región.¹⁴⁶

Una de las grandes dificultades que se presentaron en Urabá fue la falta de médicos que atendieran el problema. Adicional a la ausencia de personal suficiente en las zonas rurales, tampoco se contaba con hospitales que sirvieran para aislar a las personas infectadas y así evitar el contagio. Era común también en las diferentes campañas sanitarias la retórica y el uso de un lenguaje altisonante para señalar los programas e instituciones encargadas de las políticas higiénicas en el país. El médico Alberto Mora Mora, que para el año 1935 da cuenta de sus estudios en la región del Urabá, denunciaba como, por ejemplo, la institución encargada era denominada *Comisión sanitaria*, sin embargo, dicha comisión contaba tan solo con

¹⁴⁴ González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p. 179

¹⁴⁵ González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p. 179

¹⁴⁶ Mora Mora, Alberto. 1935. *Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia*. Trabajo para tesis de grado. p.16

un médico y carecía de auxiliares, enfermeras e infraestructura para combatir la enfermedad. Mora también denuncia falta de galenos y las dificultades para cubrir la totalidad de las zonas afectadas en esta zona costera de Antioquia

De la actual lucha antiplágica en Urabá, está encargada, lo que con un nombre rimbombante, figura en el presupuesto Departamental con la denominación de comisión sanitaria; esta se compone de un solo médico que carece de enfermeros y locales adecuados. Un solo médico, repito, tiene que encargarse de exterminar el pian, en esa vasta región de cerca de 15.000 habitantes, y con un presupuesto en drogas muy limitado; esto dá como resultado un relativo fracaso en el fin que se pretende. Durante tres años de continua movilización a través de Urabá, solo alcancé a visitar 2 veces la región, es obvio decir que a la segunda visita encontraba un numero aterrador de individuos afectados, girando así, en un círculo vicioso que da como resultado un pésimo balance en favor de la desaparición de esta plaga. Un solo médico es incapaz para apecharse eficientemente esta lucha; por lo demás, la tantas veces mencionada “Comisión Sanitaria de Urabá” no posee el más indispensable elemento de movilización [Sic] en la región, como es una lancha de gasolina; jornadas que en esta se harían en cinco horas, por los medios primitivos que hoy se usan, se llevan cinco días.¹⁴⁷

Reorganización del de la higiene pública municipal

A raíz de la muerte de Vespasiano Peláez en 1927 (ver figura 17) quien había presidido la Dirección Departamental de Higiene desde 1917, fue nombrado director el médico Alberto Gómez Arango. Si bien a su llegada reconoció la labor de su antecesor criticaba la estructura y funcionamiento del aparato higiénico que venía funcionando. Una de las principales falencias que encontraba era la desconexión entre la Dirección Departamental de Higiene y demás dependencias en los municipios. Gómez argumentaba falta de engranaje y describía eslabones sueltos en las actividades de sanidad. Las dependencias sanitarias eran unas de orden nacional, otras de orden departamental y otras municipales y todas trabajaban de manera dispersa. Ante esto ponía como ejemplo las comisiones sanitarias creadas para contener las epidemias sobre lo cual decía: “De nada sirve multiplicar

¹⁴⁷ Mora Mora, Alberto. 1935. *Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia*. Trabajo para tesis de grado. p16

aisladamente comisiones de una y otra índole si no hay un plan metódico en la dirección de los trabajos".¹⁴⁸

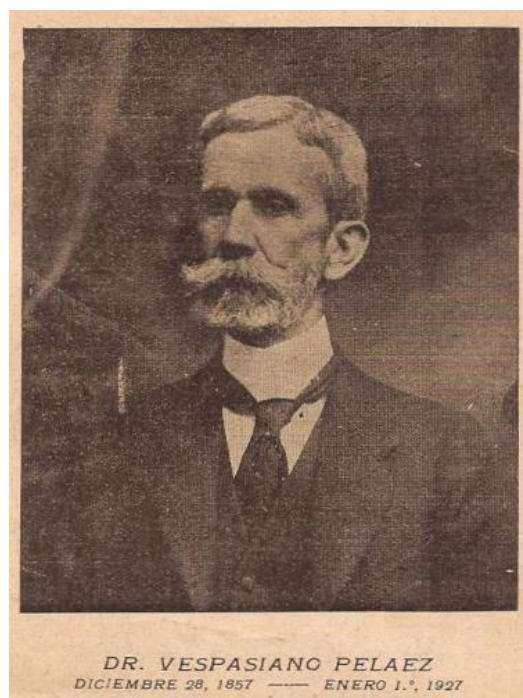
A pesar de que el nuevo director reconocía la importancia de los médicos oficiales, era consciente de la falta de ellos en muchos municipios ya fuera por desidia o falta de recursos. Como solución ante esta problemática la idea era la creación de plazas de médicos visitantes que se encargarían de permanecer en los pueblos que no tuvieran capacidad de sostener un médico oficial.¹⁴⁹ La propuesta de Alberto Gómez se cristalizó en un proyecto de ordenanza, que además buscaba complementar el personal de la Dirección Departamental de Higiene. Aunque el proyecto fue aprobado en el primer debate, posteriormente fue archivado por la Comisión de Higiene que lo estudió.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Pérez, Francisco de P.1927. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Sr General Pedro J. Berrío con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1927*. Medellín, Imprenta oficial. p. 54-55

¹⁴⁹ Pérez, Francisco de P.1927. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Sr General Pedro J. Berrío con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1927*. Imprenta oficial. Medellín. p. 55-56

¹⁵⁰ Aunque no se exponen los motivos por los cuales fue archivado el proyecto, es posible que haya sido por razones de orden presupuestal. Pérez, Francisco de P.1928. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Sr General Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1928*. Medellín, Imprenta oficial. p. 61

Figura 17. Vespasiano Peláez. Director de higiene de Antioquia (1927-1937)



Fuente: Anales de la Academia de medicina de Medellín, segunda época año 1 Medellín, julio 7 de 1930. N°1. p. 1

Para el año 1928 fueron adicionadas nuevas funciones a los médicos oficiales además de las que ya tenían en materia sanitaria y legal con la expedición de certificados de defunción. Mediante el decreto N° 176 de 1928 los médicos oficiales tenían también que prestar su servicio en las escuelas de los municipios.¹⁵¹ Para esto debían cumplir con lo dictado en la ordenanza N° 6 del 14 de mayo de 1923 que, entre otras funciones, indicaba al médico dar tratamientos a los alumnos y profesores de las escuelas.¹⁵² Además, el médico debía enseñar a los maestros los conocimientos indispensables sobre higiene escolar, fisiología y primeros

¹⁵¹ Decreto N° 176 de 1928 por el cual se adicionan los Decretos números 15 de 1921 y 208 de 1924 y se dictan otras disposiciones sobre servicio médico-escolar. Gaceta Departamental de Antioquia 1928. Imprenta departamental.

¹⁵² Ordenanza N.º 6 de 14 de marzo de 1923. Sobre servicio médico-escolar y enseñanza de anormales. Gaceta Departamental de Antioquia 1923. Imprenta departamental. p. 5146

auxilios en casos de accidentes.¹⁵³ Lo anterior da cuenta de la cantidad de funciones que debía cumplir un médico.

A finales de la década de 1920, uno de los pasos iniciales en la reorganización de la higiene pública en Antioquia vino con la resolución 151 de 1929 cuya característica principal fue la de la asignación de funciones claras a cada una de las dependencias del departamento sanitario. En este caso se determinaron las tareas puntuales para los funcionarios que estaban involucrados directa o indirectamente en la sanidad departamental. El artículo primero de la resolución reafirmaba la necesidad del funcionamiento continuo de las comisiones sanitarias en todos los municipios. Esta debía estar conformada por el alcalde, el personero, un delegado del concejo, un particular nombrado por la misma comisión y el médico y veterinario oficiales en caso de que los hubiere. Este organismo debía estar presidido por el médico oficial o en su defecto por el alcalde municipal.¹⁵⁴

Para el correcto funcionamiento de las disposiciones concernientes a la higiene municipal, era necesario que todos los municipios tuvieran un inspector local de sanidad el cual debía ser nombrado por la Dirección Departamental de Higiene, apoyada en la opinión de la Comisión Sanitaria Municipal. La tarea principal de estos funcionarios era prevenir y castigar las infracciones a las disposiciones vigentes en materia de higiene, siguiendo los procedimientos indicados en el código de policía.¹⁵⁵

Dado el papel preponderante que tenían los médicos oficiales en el mantenimiento de la higiene municipal, se transcriben las funciones que se les tenían y que se encuentran consignadas en la resolución en cuestión:

Artículo 14: Son funciones del médico oficial de un municipio:

¹⁵³ Decreto N.º 176 de 1928 por el cual se adicionan los Decretos números 15 de 1921 y 208 de 1924 y se dictan otras disposiciones sobre servicio médico-escolar. Gaceta Departamental de Antioquia 1928. Imprenta departamental.

¹⁵⁴ Resolución N.º 151 por la cual se reorganiza la Higiene Pública Municipal. Gaceta Departamental de Antioquia 1929. Imprenta departamental. p. 4833

¹⁵⁵ Resolución N.º 151 por la cual se reorganiza la Higiene Pública Municipal. Gaceta Departamental de Antioquia 1929. Imprenta departamental. p. 4834

- a) Las que le corresponde como Presidente de la Comisión Sanitaria Municipal.
- b) Vigilar la Higiene Municipal, atender al Hospital y prestar sus servicios a los enfermos pobres de solemnidad que le sean presentados.
- c) Reunir la Comisión Sanitaria siempre que lo estime necesario e indicar las medidas que esa corporación debe dictar en caso de epidemias.
- d) Practicar la vacunación contra la viruela y las demás que fueren necesarias
- e) Dar cuenta por conducto de la Alcaldía a esta Dirección de toda epidemia que se presente en el municipio, y suministrar a la Alcaldía los datos sobre las principales enfermedades endémicas y epidémicas observadas durante el mes.
- f) Aconsejar a los respectivos Concejos Municipales las obras que deben emprender con el fin de mejorar la Higiene Pública Municipal.
- g) Practicar las visitas ordenadas a las boticas y velar porque se cumplan estrictamente las disposiciones sobre farmacias, farmacéuticos, drogas heroicas y especialidades farmacéuticas.
- h) Suministrar a las autoridades departamentales y municipales todos los datos e informes que les pidan en relación con la higiene.
- i) Organizar debidamente las estadísticas epidemiológicas y de mortalidad municipal; y velar por que [Sic] los datos de una u otra sean suministrados correcta y puntualmente a la Dirección Departamental de Higiene.
- j) Asesorar al Inspector Local de Sanidad en materia de desinfecciones y demás funciones que le corresponde desempeñar.
- k) Vigilar la higiene de las escuelas, colegios, cárceles, asilos y otros establecimientos indicando las medidas higiénicas que en cada caso deben ponerse en práctica,
- l) Dictar mensualmente conferencias sobre Higiene en las escuelas.
- m) Ejercer una vigilancia cuidadosa para que las aguas de que se abastece la población no sufra ninguna contaminación.
- n) Velar por el cumplimiento de las disposiciones sobre mataderos, carnicerías, y artículos alimenticios en los Municipios donde no hubiere veterinario oficial; y
- o) Velar así mismo por el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con la venta ambulante de específcos; y fiscalizar las industrias peligrosas e insalubres.¹⁵⁶

A pesar de que la resolución dictaba también funciones para los veterinarios oficiales e incluso para los alcaldes y concejos municipales, es claro al ver las

¹⁵⁶ Resolución N.º 151 por la cual se reorganiza la Higiene Pública Municipal. Gaceta Departamental de Antioquia 1929. Imprenta departamental. p. 4834

funciones del médico oficial, que la mayoría de los asuntos concernientes a la higiene de todo el municipio recaía sobre este funcionario.

Aun con las dificultades para organizar el servicio sanitario, las comisiones sanitarias en Antioquia seguían operando, aunque no en todos los municipios, como el caso de San Carlos, que además carecía de médico oficial. En el caso del pian, en 1929 se enviaron médicos para las comisiones sanitarias a las poblaciones de Sucre, Liborina y Sabanalarga que desarrollaron actividades por cuatro meses dando buenos resultados. A su vez en municipios como Remedios, Segovia, Antioquia, Venecia y Amalfi la campaña seguía funcionando con medicamentos enviados desde la Dirección Departamental de Higiene. Sin embargo, para municipios como San Carlos y San Rafael, que carecían de médico oficial y que continuaban con el problema del pian, el director de higiene departamental insistía en su idea de nombrar médicos de sanidad que suplieran las funciones de los médicos oficiales.¹⁵⁷

Estos cargos médicos, además se pensaban como un mecanismo de unidad higiénica que lograrían también disolver muchas de las comisiones sanitarias en que se disgregaba el erario de la higiene pública nacional y que, en opinión de director departamental de higiene, sin conseguir un rendimiento que compensara la inversión, por estar muchas veces incompletas.¹⁵⁸

Hacia el año 1930 existían en el departamento de Antioquia los siguientes servicios médicos

- Médico departamental
- Médicos legistas
- Médicos regionales
- Médico del hospital
- Médicos del manicomio

¹⁵⁷ Moreno J, Miguel. 1930. *Memoria*. [Informe al Señor Gobernador]. Medellín, Imprenta oficial. pp. 280-281

¹⁵⁸ Moreno J, Miguel. 1930. *Memoria*. [Informe al Señor Gobernador]. Medellín, Imprenta oficial. pp. 280-281

- Médico de la casa de menores
- Médicos del Instituto profiláctico
- Médicos del departamento de uncinariasis
- Médicos escolares
- Médicos de las escuelas de ciegos y sordomudos
- Médico de la colonia penal de Antadó.¹⁵⁹

Esos servicios eran prestados por treinta y cinco médicos y como denunciaba Botero no había conexión entre las oficinas de estos médicos con una entidad central en el departamento y por tanto este error administrativo debía ser enmendado a la mayor brevedad.

La jefatura médica de Antioquia y los médicos de zona

Para reorganizar el servicio sanitario se nombró una comisión compuesta por los reconocidos médicos Emiliano Henao, Emilio Quevedo y Baudilio Zuluaga quienes conformaron un comité asesor en la Dirección Departamental de Higiene.¹⁶⁰ Producto de esa comisión, el mismo año, mediante la ordenanza 17 de 1930, se creó la Jefatura Médica de Antioquia, que funcionaría como una unidad central encargada de la coordinación de los servicios médicos del departamento. Una vez entrada en funcionamiento, la jefatura médica fue dirigida por el Director Departamental de Higiene.¹⁶¹ Sumado a la creación de este sistema centralizado se adicionó un servicio de zonas en las cuales operarían tres médicos pagados por el departamento que tendrían funciones higienistas, escolares y legistas.¹⁶² A través del decreto 88 de 1930 se asignaron las zonas en las cuales operarían los galenos y quedaron distribuidas de la siguiente manera:

- Primera zona: Comprende los distritos de Pavarandocito, Murindó y Dabeiba. El médico tendrá su sede en Pavarandocito

¹⁵⁹ Mensaje que el gobernador de Antioquia dirige a la asamblea en sus sesiones ordinarias de 1930. *Servicio sanitario*. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental. p. 5875

¹⁶⁰ Mensaje que el gobernador de Antioquia dirige a la asamblea en sus sesiones ordinarias de 1930. *Servicio sanitario*. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental. p. 5875

¹⁶¹ Ángel, Alberto. 1932. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial. p. 120

¹⁶² Ordenanza N.º 17 sobre organización del servicio médico departamental. *Artículo 2 inciso c*. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental. p. 6215

- Segunda zona: Comprende los distritos de Buriticá, Anzá, Caicedo, Abriaquí, Giraldo, Peque, Toledo, San Andrés, Sabanalarga, Liborina y Sucre. El médico tendrá su sede en Buriticá
- Tercera zona: Comprende los distritos de San Carlos, Concepción, Alejandría, San Rafael, San Luis, Cocorná, Granada, Peñol, y Guatapé. El médico tendrá su sede en San Carlos.¹⁶³

Además de la distribución de estas zonas, las plazas médicas regionales, es decir las de Urabá, Bajo Cauca y Zaragoza se mantenían. Al primero le correspondía trabajar en los distritos de Turbo y Chigorodó, al segundo en Valdivia y Cáceres y el último en los en Zaragoza y Margento.¹⁶⁴ Hay evidencia de que la norma entró en funcionamiento pues en el decreto 91 de 1930 se encuentra plasmado el nombramiento de los médicos correspondientes a las plazas médicas de zona y regionales (anexo 3).¹⁶⁵

Con esta nueva distribución, se sabe que el plan para el año 1931, era combatido por los médicos regionales, oficiales y ahora se sumaban los médicos de zona, que trataban la enfermedad con medicamentos enviados desde la Dirección Departamental de Higiene. Además de la tarea de curar a los enfermos, estaba también la labor educativa que se hacía por parte de los médicos escolares, enseñando los elementos básicos de higiene.¹⁶⁶

Para el año 1932 se veía posible la erradicación de la enfermedad en territorio antioqueño, sin embargo la campaña no estaba exenta de dificultades entre ellas la falta de medicamentos en algunas ocasiones. Con respecto a esto, el director departamental de higiene era enfático en señalar que no siempre se podía atender al pedido de la droga.¹⁶⁷ Esto ocasionaba que la enfermedad reapareciera en focos ya eliminados y todo el trabajo realizado parecía insignificante. A esto se sumaba la dificultad que suponía las funciones anexas que debían cumplir los médicos

¹⁶³ Restrepo Hoyos, Jorge. 1931. *Memoria*. [Informe al Señor Gobernador]. Medellín, Imprenta Oficial. p. 118-119.

¹⁶⁴ Restrepo Hoyos, Jorge. 1931. *Memoria*. [Informe al Señor Gobernador]. Medellín, Imprenta Oficial. p. 118-119.

¹⁶⁵ Decreto N.º 91 del 28 de abril de 1930 por el cual se nombran médicos regionales y médicos de zona. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental.

¹⁶⁶ Ángel, Alberto. 1932. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial. p. 130-131

¹⁶⁷ Jiménez, José Miguel. 1933. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial. p. 136

zona, pues la ordenanza 17 de 1930 los obligaba a realizar labores higienistas, escolares y legistas. Entonces, además de los extensos recorridos que debían hacer por cada municipio, muchas veces eran llamados a cumplir sus obligaciones como médico-legistas. Con respecto a esto, el director de departamental de higiene llamaba la atención

Con tal sistema se interrumpen campañas como las de que antes hablaba (se refiere a la campaña contra el pian), se relaja la rudimentaria labor cultural iniciada en los grupos campesinos, rehacios [Sic], por lo general, a lo que implique tratamiento científico y se desparrama inútilmente un caudal de energías; con tanta más razón cuanto que, a los dichos médicos, fuera de los reducidos sueldos que ganan, no se les reconocen viáticos y en infinidad de veces se les hace llamar para asuntos muy insignificantes.¹⁶⁸

La idea era tener una campaña metódica y sistemática, exenta de interrupciones que en muchos casos desmoralizaban a los campesinos, además los pianosos deficientemente tratados se convertían en un foco de persistencia de la enfermedad, infectando al resto de la comunidad y haciendo de esto un círculo vicioso en el que muchos de los casos no se curaban por completo.¹⁶⁹

Esta problemática no era un asunto menor y se presentaban casos en que los médicos de zonas debían hacer desplazamientos que incluso tomaban varios días. Un ejemplo de tales asuntos insignificantes es presentado por el director departamental de higiene en el cual decía que los alcaldes o funcionarios municipales, al saber de una lesionada hacían el llamado urgente aduciendo la presencia de un “herido gravísimo”. Para atender estos llamados, se debían recorrer cincuenta o sesenta kilómetros en difíciles condiciones de transporte. A la llegada del médico, éste se encontraba con heridas menores o insignificantes que no ponían en riesgo la vida del paciente. Para evitar tales circunstancias, se pedía

¹⁶⁸ Jiménez, José Miguel. 1933. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial. p. 136

¹⁶⁹ Secretaria de Gobierno. 1934. Informe. Medellín, Imprenta oficial. p. 212

al alcalde que antes del llamado del médico de zona hiciera constar que tipo de lesión se presentaba y su ubicación y así evitar interrumpir las campañas.¹⁷⁰

Algunas situaciones eran más complicadas por los largos desplazamientos y múltiples funciones de los médicos. En el año 1932 por ejemplo el médico de la tercera zona que se encontraba ejerciendo su labor higienista en San Rafael, fue solicitado para realizar un asunto legal urgente en San Luis y Concordia. El galeno acudió primero a San Luis y después de cinco días al llegar a Concordia, la comunidad estaba consternada pues tenían un cadáver insepulto ya en estado de putrefacción.¹⁷¹

Debido a estos inconvenientes, desde la Dirección Departamental de Higiene se proponía que se suprimieran las funciones de legistas en los médicos de zona y que estas fueran ejercidas por médicos oficiales, o médicos inscritos como legistas en la Oficina Central de Medicina Legal. Ante esta solicitud, la Gobernación de Antioquia —mediante decreto 209 del 30 de noviembre de 1933— suprimió la responsabilidad de funciones legales en los municipios de Concepción, Alejandría, Granada, Peñol y Guatapé correspondientes a la región oriental o tercera zona y en los municipios de Caicedo, Anzá, San Andrés y Sabanalarga de la zona occidental o segunda zona.¹⁷²

En 1935 fue dictada por la Asamblea de Antioquia la ordenanza 38 de julio 25 de 1935, mediante la cual se pretendía organizar el servicio de higiene departamental y cuya principal disposición fue la creación de una Junta asesora de la Dirección Departamental de Higiene, denominada Junta de Higiene y Asistencia Públicas. En el artículo primero se definió que sus integrantes serían: el gobernador de Antioquia como presidente, el director departamental de higiene, el jefe de la campaña antituberculosa, el jefe de la campaña antivenérea y dos miembros nombrados por la Asamblea de Antioquia.

¹⁷⁰ Jiménez, José Miguel. 1933. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial. p. 206-207

¹⁷¹ Jiménez, José Miguel. 1933. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial. p. 206-207

¹⁷² Secretaría de Gobierno. 1934. Informe. Medellín, Imprenta oficial. p. 249

Dentro de las principales funciones de la Junta de Higiene y Asistencia Públicas, definidas por el artículo segundo de la ordenanza, se encontraban la organización de la campaña contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis, el paludismo, el pian, la lepra, entre otras. Además, se pretendía también hacer una vulgarización en asuntos de higiene fomentando la educación a través de conferencias, radio, folletos, películas y demás sistemas de divulgación.

Uno de los objetivos de la ordenanza era la ampliación de servicios relacionados con la atención al problema de la tuberculosis y la sífilis. Por esta razón se creó el puesto de médico tisiólogo, quien sería el director del Instituto Central Antituberculoso y jefe de la campaña antituberculosa en el departamento. Además, se buscó ampliar el número de dispensarios para el tratamiento de la enfermedad en los municipios más afectados. Para cada dispensario se asignaba un médico jefe, dos médicos auxiliares y una enfermera.¹⁷³

Con respecto a la sífilis, el dispensario de salubridad que ya venía funcionando desde 1917 bajo la figura de Instituto Profiláctico de Medellín, pasaba a ser el Instituto Central de lucha antivenérea y su médico director, se encargaría de la campaña contra esta enfermedad a nivel departamental. Adicionalmente, se creaban hasta quince dispensarios además de los ya existentes con el fin de tratar las enfermedades venéreas y reglamentar la prostitución. El personal de cada dispensario sería un médico jefe y una enfermera visitadora. Finalmente, para los municipios que no contaban con médico oficial se crearon seis comisiones sanitarias ambulatorias con el carácter de dispensarios antivenéreos.¹⁷⁴

Si bien muchas de las disposiciones tomadas en esta ordenanza buscaban ampliar y atender la sífilis y la tuberculosis, que representaban dos importantes enfermedades en la nación, algunas decisiones tuvieron efecto también en la forma

¹⁷³ Ordenanza N.º 38 julio 25 de 1935. Por la cual se organizan los servicios de higiene y asistencia públicas y se dictan otras disposiciones. Gaceta Departamental de Antioquia 1935. Imprenta departamental. 6793-6794

¹⁷⁴ Ordenanza N.º 38 julio 25 de 1935. Por la cual se organizan los servicios de higiene y asistencia públicas y se dictan otras disposiciones. Gaceta Departamental de Antioquia 1935. Imprenta departamental. 6795

en que venía funcionando el aparato sanitario antioqueño. Mediante el artículo 16 se suprimieron los médicos de zona y de sanidad lo que trajo como consecuencia suspender los avances ya hechos en las campañas departamentales. La anterior disposición significó también un cambio en el modelo que llevaba varias décadas en marcha que establecía campañas para combatir una única enfermedad y se hizo la transición hacia un mecanismo más amplio, y de mayor cobertura, con base en nuevas instituciones conocidas como unidades sanitarias y comisiones rurales de sanidad.

En el año 1936, mediante la ordenanza 36, fue instaurada la Secretaría de Higiene y Asistencia Social de Antioquia la cual continuaba la idea de la integración de los servicios médicos del departamento, de forma que hubiera una articulación entre los diferentes ramos de la higiene. De esta forma pasaron a ser parte de esta secretaría todos los servicios de higiene, beneficencia, medicina social, escolar, dentistería y asuntos sociales del departamento. Además, se creó también una junta asesora similar a la que venía funcionando, denominada Junta asesora de la Secretaria de Higiene y Asistencia Social, cuyo presidente sería el gobernador de Antioquia.¹⁷⁵

Organismos unitarios de sanidad y comisiones de higiene rural

Sin duda alguna, uno de los cambios trascendentes después de la forma en que venían funcionando las campañas sanitarias, fue la transición desde el modelo unilateral hacia la creación de las unidades sanitarias y comisiones de sanidad rural. Cuando se habla de modelo unilateral se hace referencia a la forma en que venían operando las campañas, pues estas en muchos casos se centraban en una enfermedad en particular, prescindiendo de otras patologías que podían estar afectando una región.

¹⁷⁵ Ordenanza N° 36 mayo 14 de 1936. Por el cual se crea la secretaria de Higiene y Asistencia Social. Gaceta Departamental de Antioquia 1936. Imprenta departamental.

De esta forma, el secretario de higiene y asistencia pública hacía énfasis en un modelo más complejo y de mayor cobertura, para llevar hasta el pueblo una verdadera “conciencia sanitaria”, a este respecto decía

... si pensamos que aquellos sistemas [se refiere a las campañas unilaterales que venían funcionando en el departamento] dejaban inmenso vacío en la formación de la “conciencia sanitaria” de los conglomerados sociales, base esencial de las campañas de higiene pública. Nada se ganaría incrustando en las masas nociones de defensa contra la uncinariasis o las enfermedades venéreas por ejemplo, si a la vez no se les hace adquirir de modo conjunto la plena noción de otras luchas y su orientación colectiva de defensa y previsión, verbigracia, la de la lucha antipalúdica cuyos beneficios educativos irían llegando fraccionada y paulatinamente, a medida que las circunstancias favorables permitiera el avance desarticulado de la campaña contra la gran epidemia malárica. En definitiva, una lucha unilateral crearía en el pueblo un conocimiento incompleto de prevención. Una lucha que englobara unitariamente todos los factores que asaltan y merman la capacidad racial, crearía la verdadera “conciencia higiénica”, fundamento radical de aquellos pueblos que por su elevado índice sanitario van a la cabeza en la civilización.¹⁷⁶

Otro de los inconvenientes de las luchas unilaterales radicaba en la variedad de criterios para una y otra campaña, lo cual generalmente terminaba reflejándose en la descoordinación de los servicios en cada municipio. Además el factor económico pesaba también pues era más fácil financiar una empresa sanitaria que atendiera a varios problemas al tiempo, que varias empresas que atendieran problemas particulares uno a uno. Esta fue una de las razones por las cuales surgió la noción de sistemas unitarios que adhirieran varios programas que pudieran desplegarse al mismo tiempo de manera coordinada. Los primeros ensayos de acciones unitarias fueron llevados a cabo en las regiones meridionales de los Estados Unidos por higienistas norteamericanos, para luego expandirse por todo el país. Las naciones de América Latina donde primero comenzaron a funcionar estos sistemas fueron México, Costa Rica y Brasil.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 11

¹⁷⁷ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 12

En Colombia, los organismos unitarios de sanidad comenzaron a funcionar en 1934 con la unidad sanitaria de Pereira y posteriormente entró a operar en 1935 la unidad sanitaria de Quindío.¹⁷⁸ Según Arturo Robledo, secretario de higiene y asistencia social de Antioquia, en el departamento no había sido posible la creación de dichas comisiones por problemas fiscales.¹⁷⁹ Un antecedente importante que llevó a Colombia a la apropiación de este sistema fue la conferencia de sanidad rural celebrada en Ginebra y en la cual se discutió de manera extensa la forma en que se debía llegar a las masas campesinas con servicios de higiene eficaces. En términos generales una de las recomendaciones más importantes fue la creación de comisiones sanitarias rurales presididas por un médico acompañado de inspectores sanitarios y enfermeras visitadoras.¹⁸⁰

Antes de exponer a fondo como funcionaron las unidades sanitarias y comisiones de sanidad rural es necesario explicar los puntos más importantes discutidos en esa conferencia y sobre los cuales Colombia creó una política sanitaria. Esas medidas que se cimentaron sobre las políticas internacionales fueron fundamentales para atender las necesidades en las poblaciones campesinas.

Conferencia Europea de Higiene Rural

Del 29 de junio al 7 de julio de 1931 fue celebrada en Ginebra la Conferencia Europea de Higiene Rural organizada por la Liga de Higiene de las Naciones Unidas. Al evento fueron enviados observadores de diferentes países americanos entre los cuales estaban Colombia, Bolivia, Cuba, Estados Unidos y México. Producto de la conferencia se elaboraron dos folletos en donde se plasmaron temas como asistencia médica, servicios sanitarios y saneamiento, entre otros. En lo concerniente a la asistencia médica, lo discutido en Ginebra hacía un énfasis en tener un aparato higiénico organizado que pudiera llegar a todos los pobladores de

¹⁷⁸ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 11

¹⁷⁹ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 8-9

¹⁸⁰ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 7

una región. Por esto se entendía la asistencia médica como un “servicio médico organizado de tal modo, que ponga a la disposición de la población todos los recursos de la medicina moderna, a fin de fomentar la salud, y de distinguir y tratar las enfermedades desde su insipiencia”.¹⁸¹

Con el fin de facilitar este objetivo, que pretendía una amplia cobertura sobre el sector rural, era conveniente que se organizara un programa racional y coordinado sobre una base territorial que no desconociera las condiciones locales. Para alcanzar esa cobertura y tener un amplio rango de acción, una de las recomendaciones era que el número máximo de personas que debía recibir atención adecuada por parte de un solo médico era de 2.000 y a medida que se fueran desarrollando los servicios sanitarios y las necesidades de la gente, este número podría reducirse hasta llegar a 1.000 personas por médico.¹⁸²

En Antioquia alcanzar estas cifras era complicado y más cuando la normativa existente iba en contra de estas sugerencias. Disposiciones como la ordenanza 50 de 1919 obligaban a los municipios a sostener médico oficial cuando su población fuera superior a 10.000 habitantes. No eran pocos los municipios que aprovechaban no tener esa población para evadir la responsabilidad de crear el cargo de médico oficial y destinar el presupuesto a otras actividades. Ante esto el sucesor de Vespasiano Peláez, abogaba por que al menos se obligara a las localidades que sostuvieran un médico cuando la cifra de pobladores fuera mayor de 5.000.¹⁸³ Aun así, la cifra se encontraba muy por encima de las sugerencias hechas en la conferencia.

¹⁸¹ Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 11(3). p. 246-261. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10471/v11n3p246.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁸² Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 11(3). p. 246-261. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10471/v11n3p246.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁸³ Pérez, Francisco de P. 1928. *Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento con motivo de las sesiones extraordinarias de la Asamblea en el año 1928*. Medellín, Imprenta oficial. p. 18

Para el año 1938, de los 98 municipios antioqueños existentes, 35 carecían de médico oficial, situación que se explicaba por la pobreza de estos municipios y la falta de personal. A pesar de que numerosos municipios contaban con el presupuesto para la contratación de un médico muchos no lo hacían. En el año 1932 fue expedida la ordenanza N°8 que obligaba a contratar un médico en los municipios que contaran con un presupuesto superior a los 8.000.000 millones pesos. A pesar de esto, muchos municipios evadían esta responsabilidad igual que como lo hacían con respecto a la ordenanza 50 de 1919.¹⁸⁴ Las estadísticas profesionales y sanitarias para los municipios antioqueños son relevadoras de las condiciones materiales y de higiene del departamento. Por ejemplo, para el año 1934 se registraban en Antioquia, para una población que era superior al millón de habitantes, 209 médicos diplomados, 73 entre licenciados y permitidos, y 42 especialistas.¹⁸⁵ En 1936, y tras realizarse un estudio de sociología médica que buscaba cuantificar los médicos en el país, se identificaron 295 médicos en Antioquia, 154 de los cuales estaban registrados en Medellín y los demás distribuidos en 60 municipios. Así, 38 municipios antioqueños no contaban con ningún médico.¹⁸⁶ Por otra parte, para el año 1937 en los 9 municipios en los que se había llevado a cabo registros de las condiciones de higiene de habitación se detectó que de las 12.451 casas inspeccionadas la mayoría carecía de letrina, de baño, tenían agua de mala calidad y no contaban con buenos desagües (Tabla 9).

¹⁸⁴ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 25

¹⁸⁵ Márquez, Jorge. 2015. *El médico de oficio en Colombia en las décadas de 1920 y 1930*. *Revista Mundos do Trabalho* v.7, n.13, p.85-104. p. 103. <http://dx.doi.org/10.5007/1984-9222.2014v7n13p85>

¹⁸⁶ Estrada, Victoria. 2015. "La valeur des chiffres: la production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie, 1886-1947", tesis de doctorado en Historia (Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2015)

Tabla 9. Estado sanitario de algunos municipios en diciembre de 1937

| MUNICIPIOS | Total de habitaciones en control | H A B I T A C I O N E S | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-----------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------------|--------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| | | Con letrina | Sin letrina | Con baño | Sin baño | Con buena ventilación | Con mala ventilación | Con agua buena | Con agua mala | Con buenos desagües | Con malos desagües | Con criaderos de mosquitos | Sin criaderos | Con criaderos de Stegomyia |
| DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Abejorral..... | 2.223 | 541 | 1.676 | 10 | 2.213 | 1.608 | 615 | 165 | 2.058 | 1.341 | 882 | 13 | 2.210 | — |
| Angostura..... | 1.393 | 37 | 1.356 | 20 | 1.373 | 783 | 610 | 139 | 1.254 | 673 | 720 | 113 | 1.277 | — |
| Cisneros..... | 1.459 | 160 | 1.299 | 152 | 1.307 | 878 | 581 | 108 | 1.351 | 184 | 1.275 | 240 | 1.219 | — |
| Puerto Berrío..... | 996 | 782 | 214 | 797 | 205 | 868 | 128 | 2 | 994 | 783 | 213 | 7 | 989 | 2 |
| Salgar..... | 1.773 | 523 | 1.248 | 99 | 1.674 | 1.163 | 610 | 831 | 942 | 1.051 | 719 | 21 | 1.752 | — |
| Titiribí..... | 2.382 | 427 | 1.955 | 175 | 2.207 | 1.469 | 913 | 535 | 1.847 | 783 | 1.599 | 40 | 2.342 | — |
| Turbo..... | 122 | 5 | 117 | 10 | 112 | 23 | 99 | 9 | 113 | 3 | 119 | — | 122 | — |
| Urrao..... | 1.232 | 191 | 1.041 | 23 | 1.209 | 518 | 714 | 11 | 1.221 | 344 | 888 | — | 1.232 | — |
| Valparaiso..... | 876 | 224 | 652 | 71 | 805 | 691 | 195 | 323 | 553 | 513 | 363 | 21 | 855 | — |
| Totales..... | 12.451 | 2.892 | 9.558 | 1.357 | 11.105 | 8.001 | 4.455 | 2.123 | 10.333 | 5.678 | 6.778 | 458 | 11.998 | 2 |
| Porcentajes..... | | 23,2 | 76,8 | 28,7 | 89,1 | 64,3 | 35,8 | 17,0 | 82,9 | 45,6 | 54,4 | 3,7 | 96,3 | * |

Fuente: Colombia, Departamento de Contraloría. *Anuario general de estadística*, 1937. Bogotá: Imprenta Nacional. 1938. p.79

Con el fin de garantizar una buena asistencia médica la Conferencia Europea de Higiene Rural recomendaba también la presencia de personal anexo para colaborar con la cobertura el total de población, teniendo en cuenta la extensión de algunas de las zonas. La idea era tener personal auxiliar técnicamente entrenado, por lo cual era ideal tener una o más enfermeras visitadoras. En caso de no haber enfermeras con un entrenamiento suficiente, al menos tener personal con un entrenamiento en cuestiones de higiene para la atención de los enfermos.¹⁸⁷

Otro de los puntos importantes tratados en la conferencia tenía que ver con la infraestructura de dispositivos sanitarios modernos disponibles para el ejercicio de la medicina. De esta forma era recomendable tener centros diagnósticos en el campo e instalaciones de tratamiento especializado. Cada centro con un claustro adecuado y dispensarios antituberculosos y antivenéreos. Además, se discutió también la pertinencia de laboratorios clínicos para los hospitales rurales, en los cuales se podían hacer diagnósticos sencillos y ya las evaluaciones más complejas, ya fueran bacteriológicas, patológicas o serológicas, realizarlas en un laboratorio especializado. Para 1931, año en que se realizó la conferencia, muchos de los municipios antioqueños no contaban con un hospital y menos con laboratorios para el diagnóstico de enfermedades. Tal y como se mencionó anteriormente, el médico de Zaragoza, Arturo Posada, en vista de la dificultad para usar un laboratorio para el diagnóstico de enfermedades, solicitaba por lo menos contar con un microscopio para esta tarea. Cabe recordar que para esta época, el único municipio que tenía un laboratorio era Medellín, en donde estaba ubicado el laboratorio departamental. Esto permite suponer las dificultades materiales a las que debía hacerle frente la administración departamental para la apropiación de un modelo sanitario semejante.

Por otra parte, uno de los tópicos de mayor trascendencia en la conferencia fue el de los servicios sanitarios. Estos podían organizarse de dos maneras posibles: o

¹⁸⁷ Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);11(3). p. 246-261.

bien el Estado administraba los servicios locales o bien podía ejercer funciones de supervisión dejando a las autoridades locales la administración sanitaria. Las dos formas debían funcionar correctamente siempre y cuando hubiera una buena coordinación de los servicios. La recomendación hecha era comenzar con una organización estatal que dirigiera los trabajos locales de sanidad y en la medida en que el progreso de la nación y la organización administrativa local se fuera fortaleciendo para llevar a cabo la labor sanitaria y educación higiénica, se podría ir logrando una descentralización gradual, hasta que las autoridades locales tomaran la administración sanidad de manera adecuada. En Colombia, dependiendo de las campañas, estos servicios podían ser manejados ya fuera con recursos de la nación como en el caso de la campaña contra la uncinariasis o a través de fondos departamentales o municipales como ocurrió en Antioquia en la campaña antiplágica.

Uno de los pilares de la organización sanitaria era los distritos rurales encabezados por un médico jefe de sanidad. Este modelo de sanidad estaba comprendido por una zona delimitada, bajo la cual actuaba el médico con cierto número de ayudantes. La extensión óptima de cada distrito rural podía variar dependiendo de la densidad de población, los medios de comunicación disponibles, las enfermedades reinantes y las condiciones particulares de cada localidad. Contando con estas variables, se podía fijar un distrito con un total de 20.000 a 100.000 habitantes, o un promedio de 50.000 para el cual se sobreentendía que debía haber uno o más subjefes de sanidad cuando la población excedía los 50.000 habitantes.¹⁸⁸

El personal óptimo para cada distrito estaba comprendido por un médico jefe de sanidad, por una o más enfermeras sanitarias, un inspector sanitario y un oficinista. Tanto las enfermeras como los inspectores debían tener idealmente un título o diploma expedidos por una escuela o instituto de higiene que certificara un conocimiento en asuntos de higiene. El jefe de sanidad debía estar en capacidad

¹⁸⁸ Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);11(3). p. 246-261.

de inspeccionar alimentos, investigar y eliminar plagas y llevar a cabo obras de saneamiento rural.

Para los participantes en la conferencia de higiene rural cada distrito debía poder llevar a cabo las siguientes funciones:

- a) Control de las enfermedades infecciosas transmisibles
- b) Lucha contra las llamadas enfermedades sociales (tuberculosis, venéreas, etc.)
- c) Protección a la maternidad y a la infancia, e higiene escolar
- d) Saneamiento, incluso vigilancia de pequeñas industrias rurales que puedan ser nocivas para la salud
- e) Higiene de la leche y los alimentos
- f) Propaganda higiénica
- g) Vigilancia sanitaria de las instituciones médicas
- h) Si no hay leyes relativas a la vigilancia del ejercicio de la medicina, podrá encomendarse al jefe de sanidad el registro del personal médico, y tal vez la vigilancia de las enfermeras particulares.¹⁸⁹

Es importante destacar el énfasis que se ponía en reportar siempre, a las autoridades sanitarias, los casos de enfermedades transmisibles que los médicos atendían. Uno de los puntos tratados en la conferencia versaba sobre la obligatoriedad de la notificación, que debía estar regulada por ley. Incluso era tan importante que se sugería que cuando no hubiera médico lo ideal era que los maestros, funcionarios locales o cabezas de familia, informaran los casos sospechosos de enfermedad a las autoridades sanitarias. Con respecto a las notificaciones en los casos de muertes, los médicos estaban obligados a llenar un certificado explicando la causa de defunción a las autoridades locales. En Colombia, esta medida no era fácil de cumplir debido a la escasez de médicos diplomados y a las dificultades que debían enfrentar los médicos oficiales para realizar desplazamientos para cumplir con estas funciones legales.

También es de resaltar el papel primordial que asignaban en la conferencia a las herramientas a las que debían acudir los médicos para registrar las enfermedades

¹⁸⁹ Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);11(3). p. 246-261.

infecciosas predominantes: investigaciones epidemiológicas de los casos, estudio de gráficas, carteles y estadísticas eran primordiales para el ejercicio de la medicina. Muchas de estas herramientas fueron un dispositivo usado por los médicos y las autoridades sanitarias en Antioquia. En este sentido se podría citar como ejemplo los mapas de distribución de los pian elaborados por Emiliano Henao que fueron importantes no solo para el departamento médico del FA sino también para dirección departamental de higiene e incluso para la nación. Estos mapas permitían ver de una forma gráfica e ilustrativa, la manera en que la enfermedad se iba expandiendo o se iba eliminando de ciertos municipios, lo cual permitía conocer si las medidas adoptadas para combatir las bubas eran efectivas.

Finalmente, en cuanto a los servicios sanitarios una de las medidas que se recomendaban era la creación de consejos asesores y comisiones consultoras compuestas, ya fuera de ciudadanos distinguidos de la comunidad o de representantes de los organismos dedicados a la sanidad. La idea era que estas comisiones coordinaran los trabajos realizados por dichos organismos. Si bien no es posible asegurar que en Antioquia se siguiera este modelo, cabe recordar que para 1935 fue creada la Junta asesora de la Dirección Departamental de Higiene, reemplazada un año después por la Junta asesora de la Secretaria de Higiene y Asistencia Social. Las funciones principales eran en pocas palabras de organización de las campañas sanitarias en el departamento y de educación higiénica

Es interesante también el énfasis que se hizo en la conferencia sobre las farmacias y el personal técnico. En cuanto al primer punto la recomendación era la ampliación de locales de expendio de medicamentos y facilitar el acceso a estos de tal manera que aún en las regiones más alejadas cualquier enfermo pudiera encontrar todos los medicamentos exigidos por su caso. En Colombia, el médico Alberto Saldarriaga, asistente en calidad de espectador a la conferencia celebrada en Ginebra, recomendaba hacer uso de la riqueza incomparable de flora en territorio nacional pues solo los yerbateros la explotaban “por fuera de la ley” para hacer uso empírico de esta. Esto a su vez impulsaba a hacer una reforma sustancial pues en Colombia no se tenían farmaceutas graduados y más bien se tenían vendedores de

drogas extranjeras. Según Saldarriaga en los países civilizados para graduarse como farmacéuta se debían hacer estudios en química orgánica, química biológica y farmacodinamia. Esta era la forma de conseguir logros importantes en este campo y llegar a grandes descubrimientos. A este respecto citaba el caso de dos franceses el naturalista y químico Pierre Joseph Pelletier y su colega el químico y farmacéuta Joseph Bienaimé Caventou. Ambos fueron los responsables de aislar los alcaloides de la corteza de la quina, base de la quinina, medicamento específico contra la malaria.¹⁹⁰

Con respecto al personal técnico, se insistía en su formación en centros académicos específicos para ejercer su labor, pero más importante aún, en la conferencia resaltaban que “este personal se abstenga de toda intervención médica, la cual no puede hacerse sino bajo la orden del médico social”. Esto era una lucha en contra de los yerbateros o teguas y reflejaba las disputas que enfrentaban al gremio médico contra los empíricos. Frente a este fenómeno se preguntaba el médico Saldarriaga ¿Cómo es posible que los teguas puedan vivir libremente en Colombia y prosperar como prosperan? y ¿cómo es posible que el legislador permanezca impasible y no castigue los explotadores de la miseria del pueblo colombiano?

Según Saldarriaga en Europa los médicos enfrentaron el mismo problema y es por esto que durante la conferencia se discutió el tema y solo admitieron dentro del personal técnico calificado a las enfermeras diplomadas y las *sages-femmes* o parteras que representaron un papel primordial en la medicina social rural. Para el año 1930 en países como Francia había más de 10.000 *sages-femmes*, lo cual representaba más de la mitad de la cifra de médicos en ejercicio. En Alemania la cifra de parteras ascendía a 33.000 y en Italia seguían un curso de 3 años estudiando puericultura en la Escuela de Medicina.¹⁹¹

Finalmente, uno de los puntos primordiales en discusión se hizo alrededor de los centros primarios y secundarios de sanidad. En términos generales eran

¹⁹⁰ Saldarriaga, Alberto. 1940. *Medicina social. Conferencia dictada en el Club Rotario por el Dr. Alberto Saldarriaga*. Medellín, Ediciones Éxito, Tipografía y papelería Sansón. p. 5

¹⁹¹ Saldarriaga, Alberto. 1940. *Medicina social. Conferencia dictada en el Club Rotario por el Dr. Alberto Saldarriaga*. Medellín, Ediciones Éxito, Tipografía y papelería Sansón. p. 5-6

instituciones de atención básica en salud. El centro primario estaba definido como el organismo más pequeño que podía servir a las necesidades sanitarias de una zona rural poco extensa. Las principales funciones de este centro rural eran, además de las campañas contra las enfermedades más relevantes de la zona, atender a las siguientes necesidades:

- a) Protección a la maternidad
- b) Protección a la infancia, incluso higiene preescolar y escolar
- c) Propaganda higiénica, y puede ofrecerse un ejemplo práctico creando duchas públicas
- d) Saneamiento; en general, el centro debe atender a todas las condiciones sanitarias que afecten a la gente
- e) Por fin, primera ayuda para casos de urgencia.¹⁹²

El centro secundario de sanidad era un organismo más complejo y desarrollado que el primario, con instalaciones más completas y mayor personal. El centro secundario debía dirigir las labores de los centros primarios y coordinar las labores entre todos los centros relacionados con la higiene. Por tanto, abarcaba un amplio abanico de funciones pues debían atender:

- a) La campaña antituberculosa
- b) La campaña antivenérea
- c) La protección a la maternidad
- d) La protección a la infancia (incluso los párvulos), recalando en particular la salud del escolar
- e) Propaganda higiénica: primero, para la población en general y, segundo, por medio de cursos especiales y trabajos en campaña para médicos, enfermeras, parteras, ingenieros e inspectores sanitarios
- f) Saneamiento
- g) Sencillos y sistemáticos análisis de laboratorio.¹⁹³

En general el personal que debía conformar los centros primarios era un director acompañado de enfermeras visitadoras, parteras y un inspector sanitario. En los

¹⁹² Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);11(3). p. 246-261.

¹⁹³ Oficina Sanitaria Panamericana. 1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);11(3). p. 246-261.

centros secundarios debía existir este mismo personal y adicionalmente tenían que haber también ingenieros sanitarios y técnicos de laboratorio.

Por último, se discutió el tema de saneamiento rural, el cual comprendía cuatro aspectos principales: primero la disposición de las aguas servidas y de la basura en el cual se tenían en cuenta aspectos como el alcantarillado y el manejo de los residuos. En segundo lugar, el abastecimiento de aguas para la comunidad lo cual abarcaba desde la distribución hasta la purificación de estas para su distribución en la zona. Tercero, los alojamientos en los distritos rurales en los cuales la discusión se centró en las condiciones de hacinamiento y su reforma para crear viviendas más adecuadas. Finalmente, las mejoras en la tierra donde se pensaba en estrategias para mejorar las condiciones de siembra, riego y adecuaciones para el mantenimiento del ganado.

Los temas centrales discutidos en la Conferencia Europea de Higiene rural ponen en evidencia, de una parte la necesidad de establecer un sistema o programa holístico que abarcaran los diferentes aspectos de la vida cotidiana del campesino y por la otra el hecho de que desde el Estado se debían buscar alternativas para llevar a las zonas rurales, todos los conocimientos modernos de la higiene y proveer al campesinado de condiciones mínimas de salubridad.

Comisiones de sanidad rural en Antioquia

Como se ha explicado a lo largo del capítulo, la forma en que el departamento afrontó sus principales endemias fue mediante el envío de drogas a médicos oficiales en los municipios o mediante la creación de comisiones sanitarias accidentales o transitorias en las que un médico pagado por el departamento se desplazaba hacia un sitio determinado en el que se estuviera presentando alguna enfermedad. Sin embargo, y como lo habían denunciado algunos de los directores departamentales de higiene, estas medidas de contingencia por lo general no solucionaban el problema de raíz, pues en muchos de los casos se trataban los enfermos y después de un tiempo estos recaían y generaban nuevos focos de

infección. Sumado a lo anterior estaba el problema de la desarticulación de los servicios sanitarios en Antioquia y por eso los esfuerzos de centralización para una mejor coordinación de las medidas de higiénicas.

Una de las alternativas para ampliar la cobertura de los servicios de higiene en todo el territorio antioqueño —además para la articulación de esfuerzos para un correcto funcionamiento de las campañas sanitarias— fue la creación de las comisiones de sanidad rural. Estas eran definidas como instituciones de higiene pública, de tratamiento de enfermedades transmisibles, de educación y propaganda, de saneamiento del suelo y de protección infantil.¹⁹⁴

En octubre 30 de 1936 fue aprobado por el Consejo de Ministros el contrato que establecía 22 comisiones sanitarias rurales en Antioquia. Un aspecto interesante fue la intervención por parte del Estado, en conjunto con el departamento antioqueño, para la financiación de esta empresa. Las funciones de las comisiones rurales, el personal técnico de cada una y las zonas en que comenzaron a operar son descritos a continuación. Muchos de estos aspectos se transcriben de forma literal, pero solo centrándose en los puntos más importantes del contrato firmado entre el Estado y la Gobernación de Antioquia.¹⁹⁵

El contrato fue firmado por Benigno Velasco Cabrera, director del Departamento Nacional de Higiene y Jaime Arango Velásquez, gobernador de Antioquia. En este quedaron plasmadas las funciones de las comisiones sanitarias. El artículo primero, en el que ambas partes se comprometían a sostener 22 comisiones sanitarias rurales en Antioquia, señalaba que estas debían prestar los siguientes servicios:

- a) Saneamiento del suelo y control higiénico de las habitaciones
- b) Campañas contra endemias tropicales, en especial pian, anemia tropical, paludismo y demás enfermedades tropicales
- c) Campaña contra tuberculosis, lepra y enfermedades venéreas en los lugares donde no haya instituto profiláctico
- d) Campaña contra la enfermedad que puedan tomar carácter epidémico y servicio de vacunación

¹⁹⁴ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 8-9

¹⁹⁵ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 9

- e) Campaña contra toxicomanías
- f) Servicio de protección materna e infantil y de medicina y odontología escolares
- g) Control de aguas y alimentos
- h) Estudios de geografía médica, estadística nosológica y epidemiológica
- i) Servicio de laboratorio para análisis parasitológicos
- j) Educación y propaganda higiénicas.¹⁹⁶

Cabe destacar que, si bien la lucha antiplánica había comenzado en Antioquía 10 años atrás, seguía siendo una prioridad, al igual que otras campañas que también fueron importantes en el departamento.

La distribución geográfica y el personal asignado a cada una de las comisiones, quedó plasmado en el artículo 3 del contrato. En el archivo original aparece el valor en pesos asignado a cada miembro de la comisión, en este caso solo se mostrará la distribución geográfica de cada comisión y los miembros de cada una de estas. Las zonas quedaron de la siguiente forma:

ZONA N° 1: Turbo y Murindó

Un médico

Cuatro inspectores sanitarios

ZONA N° 2: Pavarandocito y Chigorodó

Un médico

Tres inspectores sanitarios

ZONA N° 3: Urrao, Caicedo, Anza y Betulia

Un médico

Tres inspectores sanitarios

Una visitadora social

Un odontólogo

ZONA N° 4: Dabeiba, Frontino, Cañasgordas, Buriticá, Abriaquí y Giraldo

ZONA N° 5: Ituango, Peque, Toledo y Sabanalarga

ZONA N° 6: Antioquia, Sopetrán, San Jerónimo, Ebéjico y Liborina

ZONA N° 7: Santa Rosa, Entreríos, Donmatías, Belmira, San Andrés y San Pedro

ZONA N° 8: Yarumal, Valdivia, Angostura, Campamento y Anorí

ZONA N° 9: Carolina y Gómez Plata

¹⁹⁶ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 10-11

- ZONA N° 10:** Segovia, Remedios, Amalfi, Zaragoza y Cuturú
- ZONA N° 11:** Cisneros, San Roque, Yolombó y Santo Domingo
- ZONA N° 12:** San Rafael, San Carlos, San Luis, Alejandría, Cocorná y Granada
- ZONA N° 13:** Marinilla, Santuario, Peñol, Guatapé, San Vicente y Guarne
- ZONA N° 14:** Rionegro, La Ceja, La Unión, Retiro, Carmen de Viboral
- ZONA N° 15:** Concepción, Barbosa, Girardota, Copacabana y Bello.
- ZONA N° 16:** Envigado, La Estrella, Caldas e Itagüí
- ZONA N° 17:** Sonsón, Abejorral y Nariño
- ZONA N° 18:** Titiribí, Amagá, Armenia, Angelópolis y Heliconia
- ZONA N° 19:** Concordia, Salgar, Bolívar, Andes y Jardín
- ZONA N° 20:** Jericó, Pueblorrico, Tamesis, Valparaíso y Caramanta
- ZONA N° 21:** Nechí, Cáceres y Las Flores
- ZONA N° 22:** Fredonia, Venecia, Santa Bárbara y Montebello.¹⁹⁷

De las comisiones 4 a la 22 todas tenían el mismo personal que la zona N°3 a excepción de la N°21, que tenía el mismo personal que la Zona N°1. Además del personal ya citado para estos municipios, el departamento se comprometía a aportar un dinero para el sostenimiento de dos médicos visitantes de las comisiones rurales, que se encargarían de orientar y dirigir las diferentes campañas. Finalmente, el Departamento Nacional de Higiene pondría también el rubro para el sostenimiento de un revisor visitador de saneamiento, encargado de instruir al personal de inspectores y controlar las campañas de saneamiento del suelo y suministrar a costo de precio las drogas necesarias para el tratamiento de los enfermos resultantes de las campañas adelantadas por las comisiones.¹⁹⁸

La entrada en funcionamiento de las comisiones no estuvo exenta de dificultades pues desde el comienzo hubo un choque entre las autoridades sanitarias y las comunidades, que como se ha explicado, en ciertos casos asumía la enfermedad con resignación y desde un punto de vista fatalista. Sin embargo, el personal de las

¹⁹⁷ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 11-13

¹⁹⁸ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 13

comisiones fue ganando simpatía con las poblaciones lo cual facilitó su labor.¹⁹⁹ El principal inconveniente que se presentó para el funcionamiento de las comisiones sanitarias tuvo que ver con el presupuesto. Después de firmado el contrato, la gobernación se vio obligada a hacer múltiples ajustes presupuestales para cumplir con los gastos a los que se había comprometido. Pero no fue posible que cubrieran el total de los fondos razón por la cual de las 22 comisiones solo funcionaron 15. Sumado a lo anterior, la dotación de personal fue insuficiente en especial porque no se contaba con el número de odontólogos y enfermeras para cubrir la extensión de las regiones delimitadas.²⁰⁰

En vista de ese panorama, el contrato que se firmó unos años después, en 1938, contempló empezar solo con 15 comisiones sanitarias, pero esta vez con un personal más amplio que incluyó médicos, inspectores sanitarios, odontólogos, enfermeras visitadoras, pilotos y motoristas para el transporte marítimo. Las comisiones formadas serían de dos tipos, mixtas y de tratamiento, para esto serían distribuidas de la siguiente forma: 12 mixtas con funciones de saneamiento rural y urbano e inspección domiciliaria y dos 2 de tratamiento.²⁰¹ El personal de cada comisión estaba determinado en función de la población y la extensión geográfica en kilómetros cuadrados, estos datos se pueden observar en la tabla 10.

De esta manera las comisiones que funcionaron gracias al contrato firmado en 1938 fueron las de Turbo, Urrao, Cañasgordas, Sopetrán, Angostura, Cisneros, San Rafael, Barbosa, Abejorral, Titiribí, Salgar, Valparaíso, Puerto Valdivia, La pintada y Fredonia. De estas, las de Turbo y Puerto Valdivia eran comisiones de tratamiento y tenían como personal adicional los pilotos y motoristas para el transporte marítimo mientras que las otras 12 eran mixtas.²⁰²

¹⁹⁹ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 15

²⁰⁰ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 29

²⁰¹ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 31

²⁰² Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 34

Tabla 10. Comisiones sanitarias rurales, 1938

| EXTENSION | | |
|--|----------------------------|-----------------------|
| de las Comisiones Sanitarias rurales que funcionaron en 1938 y población controlada por ellas. | | |
| Comisión | Habitantes (Censo 1938) | Extensión (Kts. 2) |
| Turbo | 10.215 | 7.600 |
| Urrao | 19.158 | 3.800 |
| Cañasgordas | 14.576 | 343 |
| Sopetrán | 12.420 | 170 |
| Angostura | 9.736 | 500 |
| Cisneros | 8.225 | 77 |
| San Rafael | 6.819 | 250 |
| Barbosa | 12.822 | 186 |
| Abejorral | 27.531 | 460 |
| Titiribí | 15.121 | 125 |
| Salgar | 16.530 | 348 |
| Valparaíso | 6.985 | 230 |
| Puerto Valdivia-Cáceres | 3.161 | 5.500 |
| La Pintada | 1.485 | 50 |
| Fredonia | 26.106 | 200 |
| Totales | 190.890 | 19.839 |
| Total habitantes del Departamento | 1.193.856 | Habitantes. |

Fuente: Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 34

Inspectores sanitarios rurales

Muchas de las disposiciones plasmadas en la Conferencia Europea de Higiene Rural, celebrada en Ginebra, sirvieron de base para la organización de las comisiones sanitarias rurales en Antioquia. De hecho, en el año 1936 se organizó un curso teórico para la capacitación de inspectores sanitarios, con una duración de dos meses. La organización estuvo a cargo del Departamento Nacional de Higiene, que envió tres revisores expertos en saneamiento, la Secretaría de Higiene y la

Universidad de Antioquia que prestó su colaboración con médicos, profesores e instalaciones para las clases.²⁰³

Entre los profesores de la Universidad de Antioquia que participaron dictando las clases se encontraban Jesús Peláez Botero, Samuel Misas, Gustavo Uribe Escobar y Elkin Rodríguez. La capacitación comenzó con 94 alumnos y se realizó entre agosto y septiembre de 1936. Las materias dictadas en el curso fueron: nociones de química y de física, parasitológica, bacteriología, saneamiento del suelo, epidemiología, estadística, legislación sanitaria y procedimientos legales.²⁰⁴

Cabe recordar en este punto un tema con respecto a los inspectores sanitarios municipales. Cada municipio estaba obligado a sostener un inspector sanitario para las labores concernientes al saneamiento municipal. Para la contratación de este funcionario se tenían en cuenta aspectos como el número de habitantes y el presupuesto. Por disposiciones de la resolución 151 de 1929, los inspectores eran nombrados por el Director Departamental de Higiene y una terna enviada por la comisión sanitaria permanente que debía funcionar en cada cabecera municipal.²⁰⁵

A pesar de la regulación en la escogencia los inspectores municipales, una de las principales críticas en este proceso era que la falta de presupuesto llevaba a contratar, en la mayoría de los casos, funcionarios en extremo ignorantes. Según el subsecretario de higiene en el año 1937, muchos de los inspectores locales de sanidad eran matarifes, sastres, barberos, etc. es decir, personas con oficios que nada tenían que ver con su función. Por tanto, era difícil exigirles rigurosidad en su labor e informes de calidad, algunos de los cuales, según palabras del funcionario causaban hilaridad al leerlos.²⁰⁶

²⁰³ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 17

²⁰⁴ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 53-55

²⁰⁵ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 57

²⁰⁶ Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 58

Además de la capacitación que se hizo a los inspectores sanitarios, en el año 1937 se realizó el curso de enfermeras visitadoras, el cual fue llevado a cabo en Medellín, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, pensando en tenerlas como personal adicional para el apoyo de las campañas sanitarias adelantadas en el departamento. De este curso resultaron capacitadas 29 enfermeras visitadoras que se adhirieron a los programas de protección infantil, luchas antituberculosa y antivenérea, campañas rurales y medicina escolar.²⁰⁷

Unidades sanitarias

Otro de los pilares de los organismos unitarios, eran las unidades sanitarias, que, a diferencia de las comisiones rurales, tenían un carácter permanente. Además, las comisiones rurales tenían la particularidad de ser móviles para funcionar a modo de campañas para la atención del campesinado en los municipios. El contrato celebrado con la nación y el departamento de Antioquia fue concebido para atender casi la totalidad de los municipios englobados en 22 zonas. La intención era que, una vez realizada una labor determinada en una población, movilizarse a otro municipio de la zona y así sucesivamente hasta cumplir su objetivo. De esta forma se pasaba de un municipio a otro tratando de abarcar la mayor cantidad de regiones. Sin embargo, el secretario de higiene y asistencia social para el año 1937 no estaba de acuerdo con esta metodología de trabajo. Según él, lo ideal era que con el correr del tiempo y si las condiciones fiscales lo permitían, éstas fueran asentándose para pasar a ser unidades sanitarias de carácter permanente. Él proponía una estabilización de las comisiones y su radicación permanente en cada municipio y lograr una articulación municipal, con el fin de establecer en cada población “pequeñas unidades sanitarias” de carácter fijo.²⁰⁸ No obstante, las unidades sanitarias de carácter fijo se fueron introduciendo gradualmente y solo hasta 1939 comenzó a funcionar la primera unidad sanitaria del departamento. Cabe resaltar que en Colombia el único

²⁰⁷ Robledo, Arturo. 1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial. p. 33

²⁰⁸ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 18

departamento que no contaba con unidades sanitarias hasta 1939 era Antioquia.²⁰⁹ A partir de ese año comenzó a funcionar el primero de estos organismos en el municipio de Sonsón.²¹⁰

Dado que las comisiones rurales y las unidades sanitarias obedecían a un mismo plan estratégico, sus funciones eran prácticamente idénticas (estas funciones se encuentran en la sección comisiones sanitarias rurales). La estructura bajo la cual se organizaban las unidades sanitarias, así como los servicios que prestaban pueden ser observadas en la figura 18.

El interés de las comisiones y unidades sanitarias era desplegar campañas contra las enfermedades sociales como tuberculosis, lepra y sífilis, endemias tropicales principalmente el pian, la malaria, la uncinariasis, la amibiasis y demás parasitosis. También las enfermedades transmisibles como la viruela, el sarampión, la tos ferina y las enfermedades hídricas, sobre las cuales se hacía un énfasis en el sentido profiláctico para combatirlas, sin descuidar el carácter curativo para las mismas. Las comisiones de Turbo y Bajo Cauca tenían un carácter mixto en el que predominaban los tratamientos por sobre la sanificación, ya que las condiciones mismas del territorio como el alto índice de endemicidad tropical, pobreza extrema, la carencia de recursos médicos y la extensión de estas regiones, dificultaba implantar medidas preventivas.²¹¹

²⁰⁹ Una de las razones principales por las cuales no había unidades sanitarias eran de orden presupuestal, sin embargo, la extensión geográfica del departamento y el acceso a ciertas regiones, retrasaron también la entrada en funcionamiento de estos organismos sanitarios

²¹⁰ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 12

²¹¹ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 16

Comisiones sanitarias rurales y lucha contra el pian

Las comisiones sanitarias jugaron un papel importante en las campañas sanitarias que se venían realizando en Antioquia. En lo referente a las endemias tropicales, la lucha se centró en el pian, la malaria y la uncinariasis. Uno de los aspectos más interesantes durante la época en que entraron en funcionamiento las unidades y comisiones sanitarias fue el uso de estadísticas de mayor complejidad. Si bien es cierto que la cuantificación y la elaboración de indicadores se hacía cada vez más frecuente en los estudios médicos locales, esto también pudo haber sido retomado de las recomendaciones realizadas en la Conferencia de Higiene Rural en Ginebra, donde se invitaba a los médicos a acudir a métodos de la epidemiología tales como investigaciones de los casos, estadísticas, mapas y gráficas para un mejor ejercicio de la medicina. En ese sentido, campañas como la de la uncinariasis usaron croquis detallados para ilustrar las zonas en que había viviendas higiénicas, cuales tenían letrinas, desagües, ventilación etc. esta era una forma de mostrar los avances en la construcción de letrinas que a su vez contribuía con el saneamiento de la región (figura 19).

Algunas de las comisiones se centraron en la lucha contra el pian en regiones donde era un problema importante. Durante 1937 la comisión de San Carlos trabajó especialmente en la erradicación del pian en el municipio. Las actividades se intensificaron sobre todo en Samaná y el corregimiento del Jordan, sitios en los que se usaron 3.321 inyecciones arsenicales para el tratamiento de 1.061 pianosos. Esta misma comisión trabajó sobre las márgenes del Nare y se trasladó a San Rafael para radicarse allí durante 1938 y concentrarse también en el tratamiento de bubosos. Para esta labor fueron contratados dos inspectores enfermeros²¹² y de esta manera, con un personal más amplio, la comisión se movía entre San Rafael y San Carlos. Además del personal sumado para enfrentar las endemias, fueron también adheridos un grupo dental y una enfermera visitadora.²¹³

Si para el año 1930 el número de pianosos tratados en San Rafael fue de 130, una vez entrada en funcionamiento la comisión sanitaria rural en 1938 la cantidad ascendió a 549 y según el informe de esa comisión, con esto fue eliminado uno de los grandes focos pianosos en el municipio.²¹⁴ Casi 10 años más tarde, en 1949 el número de bubosos reportados por el médico Justiniano Turizo Sierra fue tan solo de dos en un mes de trabajo.²¹⁵

En el año 1940 hubo una lucha activa contra las principales endemias tropicales entre estas, el pian. En Antioquia las regiones más afectadas por las bubas en este año fueron las regiones que comprendían el Bajo Cauca y San Rafael. Esta última, como decía en su informe el médico jefe de la comisión, el Dr. Marco T. Osorio, había tenido una orientación distinta a las demás que funcionaban en el departamento pues se había dedicado con especialidad a la lucha contra las endemias de la región, sin descuidar la campaña de saneamiento que le correspondía. En el tiempo que llevaba

²¹² Los inspectores enfermeros trabajaban en el tratamiento de enfermos, mientras que los inspectores de sanidad ejercían labores de saneamiento de los suelos e higienización.

²¹³ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 54

²¹⁴ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 54

²¹⁵ Turizo Sierra, Justiniano. 1950. Demofilaxia en San Rafael (Antioquia). Monografía presentada para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín, Universidad de Antioquia. p. 44

en funcionamiento había realizado una intensa campaña contra el pian, al punto de afirmar que el foco principal había sido erradicado.²¹⁶

Por otra parte, la comisión bimunicipal de Cisneros – San Roque trabajó también de forma intensa contra el pian. En Cisneros la comisión sanitaria hacía las campañas contra las endemias de la zona partiendo en la cabecera municipal y abarcando desde la estación del limón del Ferrocarril de Antioquia hasta la estación Sofía.²¹⁷ La comisión enfrentó las dos principales endemias en Cisneros: la malaria y la uncinariasis. La lucha antipalúdica se centró no solo en el tratamiento con quinina para los enfermos, si no en la eliminación de los focos de zancudos responsables de la transmisión. De otro lado, para enfrentar la anemia tropical se continuó con la labor de letrinaje, herencia de la campaña de la fundación Rockefeller.

En cuanto a San Roque, la comisión sanitaria trabajó sobre varios corregimientos en donde el pian era un problema. El rango de acción eran las fracciones de San José de Providencia, Cristales y Caracolí, este último fue un foco constante de pianosos, incluso desde los comienzos de la campaña emprendida por los médicos Emiliano Henao y Benigno Velasco Cabrera en el Ferrocarril de Antioquia. Para el año 1938 el problema persistía en ese municipio y las labores de la comisión hicieron un esfuerzo por tratar de eliminar este foco. En el informe de esta comisión se mencionaba de caracolí lo siguiente:

Es el lugar donde vacia (sic) su contenido buboso, el camino de San Carlos-Jordán-Caracolí y que fue atacado con éxito, por sus extremidades. Una comisión, primero en San Carlos, luego en el Jordán, corregimiento de éste y la de Cisneros, han dominado la epidemia, hasta reducirla a unidades, por todo el trayecto de este sector.²¹⁸

Una vez entradas en funcionamiento las comisiones sanitarias, el tratamiento contra el pian se hizo de manera más sostenida que en años anteriores. Desde 1937 que se comenzó de manera ardua la visita a focos endémicos para la enfermedad, fueron

²¹⁶ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1940. Medellín abril de 1941, Imprenta departamental. p. 18

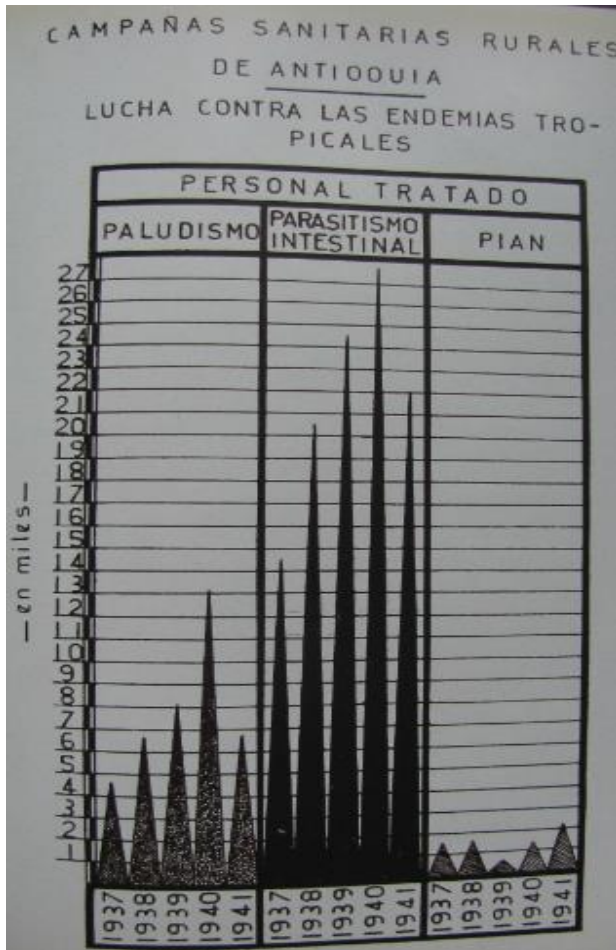
²¹⁷ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 58

²¹⁸ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939. p. 59

tratados un total de 7.632 pianosos. En la figura 20 se resume la cifra de infectados. Esta cifra era baja en comparación con el número de enfermos por malaria o uncinariasis, e incluso en comparación con la cantidad de enfermos que se presentaron en la década de los veinte.

Es importante también mencionar el hecho de que, si bien el pian seguía siendo una preocupación en el departamento, no se encontraba tan extendida como en años anteriores y más bien fueron algunas comisiones las que hicieron un énfasis en combatir la enfermedad. Dentro de estas comisiones ya mencionamos las de San Carlos y Cisneros-San Roque. Al igual que las plazas médicas que se crearon en su momento para la Provincia de Urabá y la región del Bajo Cauca para emprender una campaña antiplánica, las comisiones sanitarias designadas para estas dos regiones jugaron un importante papel para luchar contra la enfermedad, esta vez de una forma más organizada, con más personal y una mayor cobertura.

Figura 20. Cifra de infectados con paludismo, parasitismo intestinal y pian entre 1937-1941



| | Paludismo | Parasitismo intestinal | Pian |
|-------|-----------|------------------------|------|
| 1937 | 4821 | 14656 | 1507 |
| 1938 | 6713 | 20488 | 1673 |
| 1939 | 8286 | 24728 | 699 |
| 1940 | 13302 | 27964 | 1480 |
| 1941 | 6813 | 21988 | 2273 |
| Total | 39935 | 109824 | 7632 |

Fuente: Vélez V. Gabriel. Informe del Secretario de Higiene y A.S. Labores de 1941. Medellín, Imprenta departamental. p. 55, 56, 78.

Las comisiones de sanidad de Urabá y Bajo Cauca

El enfoque sanitario y asistencial con el que se concebía esta comisión comprendía los municipios de Turbo, Chigorodó, Pavarandocito y Murindó. Esto representaba una población de 12.685 habitantes a lo largo de un territorio que abarcaba unos 13.560 kilómetros cuadrados, es decir aproximadamente el 20% del departamento. Sobre estas tierras tan vastas habitaban grupos humanos, que en muchos casos llevaban vidas de clanes, sin comunicación y viviendo en la espesura de la selva.

Una de las principales dificultades que presentaba la comisión sanitaria del Urabá era la movilidad por los diferentes centros poblados en esta región. Como alternativa para cubrir las grandes extensiones del territorio surgió la idea de conseguir un medio de transporte marítimo y por esta razón se adquirió la lancha “Dixiana”.

La gestión para la consecución de la lancha se hizo a través del visitador nacional para las comisiones sanitarias el Dr. Julio Tobón. A través de dos comunicados enviados al ministerio de trabajo se solicitaba obtener del Ministerio de obras la lancha Dixiana que se encontraba en Barranquilla, sin ningún uso práctico, para que pasara a hacer parte de la comisión de sanidad de Urabá que la necesitaba con urgencia. Según este comunicado, padres misioneros la habían ya revisado y se adaptaba bastante bien a las necesidades requeridas. El otro comunicado, enviado al gobernador de Antioquia y a su secretario de higiene, solicitaba igualmente dirigirse al ministerio de obras y al ministerio de trabajo para adelantar el trámite de consecución de la lancha Dixiana, apoyados en la revisión hecha por el padre Luis, experto en náutica regional, quien la había estudiado en 1938 y la había encontrado perfecta para las labores de sanidad que habrían de llevarse a cabo por la comisión de Urabá. A la postre, la lancha fue obtenida ese mismo año y fue puesta al servicio de la institución sanitaria del municipio.²¹⁹ Además de la lancha, en la partida presupuestal nacional había un monto destinado para la provisión de elementos de transportes fluviales tales como canoas y motores portátiles, esto con el fin de asegurar la vigilancia de corregimientos y caseríos, especialmente al sur del golfo, donde no podía penetrar la lancha marina.²²⁰

De esta forma el equipo de la comisión sanitaria quedó conformado por un médico jefe, tres inspectores enfermeros, un odontólogo, una lancha con dotación náutica, un motorista y un piloto. La consecución de transporte alivió las discusiones que

²¹⁹ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939. p. 116

²²⁰ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1939. Medellín abril de 1940, Imprenta departamental. p. 20

siempre se presentaron a razón de los viáticos por movilidad, pues casi siempre esos gastos los cubría el médico encargado con dinero de su propio bolsillo.²²¹

Antes de hablar de la campaña antipiánica desarrollada en Urabá, vale la pena mencionar las dificultades que se presentaron con el médico encargado de la comisión sanitaria de Urabá, pues esto de alguna manera afectó no solo la empresa contra el pian sino también contra las otras endemias de la región.

Durante 1937 la comisión, que aún no contaba con la lancha Dixiana, funcionó con solo el médico jefe y un inspector, que no salió de Turbo a atender las necesidades en materia de sanidad de las otras zonas que le correspondían. Según el informe del visitador nacional de las comisiones, Julio Tobón, las labores realizadas ese año fueron insuficientes por varias razones: falta de pericia e ignorancia del entorno de trabajo, pasividad del médico jefe y dificultades para una locomoción rápida por carencia de vehículos y viáticos.²²²

Tobón también se quejaba por la dificultad para conseguir médicos con la fortaleza física y mental para desenvolverse en territorios como Urabá o el Bajo Cauca. Según él, la mayoría de los médicos eran más afines a la vida holgada de los centros urbanos y desdeñaban la permanencia en regiones aisladas, de recursos deficientes e insalubres. Era precisamente en estos sitios donde se los requería, sobretodo porque para el funcionamiento de las comisiones se necesitaba más que a un recetador erudito, a un profesional sensibilizado para llevar a cabo las campañas colectivas de saneamiento público. Esta situación cambió al año siguiente con la llegada del médico Jorge Henao, quien ya había trabajado en Bolívar prestando asistencia médica a los ingenieros encargados de construcción de carreteras en ese departamento.²²³

²²¹ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939. p. 118

²²² Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939. p. 118

²²³ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939. p. 118-119

En cuanto al pian, el médico de la comisión sanitaria se refería en especial a los avances en la aplicación de medicamentos con un fondo bismútico que tenían un mejor efecto que los arsenicales tradicionales que se aplicaban. En Urabá, la buba se encontraba distribuida en las regiones de Churidó, Apartadó, Micuro, Vijagual y Murindó, este último limitaba con el Chocó y mantenía una mayor cantidad de pianosos que provenían de ese departamento. En el transcurso de 1937 solo fueron informados 82 casos de enfermos en tratamiento. El nuevo médico atribuía esta situación a la “pasividad musulmana” con que actuó el anterior jefe de la comisión, que sin duda atendió casos solo en sitios cercanos a Turbo. Llamaba la atención la ausencia de pianosos en los núcleos indígenas de la región del Urabá, quienes por sus hábitos de limpieza tenían una inmunidad o eran refractarios a adquirir la enfermedad.²²⁴

Una de las adiciones más importantes a la comisión de sanidad de Urabá llegó por cuenta del decreto 397 de 1940, el cual entre algunas de sus disposiciones dictaba la creación de la “farmacia de Urabá”. Esta entraría en funcionamiento en la cabecera municipal de Turbo y tendría como objeto prestar a todos los habitantes de la región de Urabá asistencia farmacéutica de alta calidad a bajo costo, con el fin de complementar los beneficios farmacéuticos gratuitos que sostenía la comisión Sanitaria.²²⁵

También se organizó la comercialización de la lancha “Padre Luis”, perteneciente a la comisión sanitaria, la cual prestaría servicios de navegación regional, sin perjuicio o afectación de sus labores en materia de sanidad, con tarifas e itinerarios que sería planeados por el médico jefe de la entidad. Las utilidades resultantes de los servicios de comercializaciones de la Farmacia de Urabá y la lancha Padre Luis, ingresarían a un fondo especial con el que se invertiría en la ampliación de los servicios de higiene, sanidad y asistencia social en ese territorio.²²⁶

²²⁴ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939. p. 121

²²⁵ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1939. Medellín abril de 1940, Imprenta departamental. p. 22

²²⁶ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1939. Medellín abril de 1940, Imprenta departamental. p. 22

Bajo la denominación de Bajo Cauca se encontraban comprendidos los municipios Valdivia con sus corregimientos Puerto Valdivia, Candebá y Raudal, además de Cáceres y Nechí. Al igual que Urabá, la comisión de debía atender una amplia extensión geográfica que comprendía unos 7.220 kilómetros cuadrados con una población aproximada de 14.113 habitantes. Esto significaba alrededor de un 11.2% del área territorial de Antioquia.²²⁷

Dadas las características geográficas y condiciones de transporte similares a las de la región de Urabá, para la comisión sanitaria del Bajo Cauca existía también la necesidad de un vehículo fluvial que permitiera grandes desplazamientos por el territorio. Para suplir esta carencia, la nación contrató con la Unión Industrial S.A. de Barranquilla la construcción de una lancha que fue entregada en 1939.²²⁸ Una vez entrado en funcionamiento el transporte fluvial se comenzaron a atender toda clase de enfermos con especial énfasis en parasitismo intestinal, paludismo y pian. Según un informe de la comisión, la cobertura aumentó por encima de un 90% de la atención de estas enfermedades.²²⁹

Años después, en 1954 en la tesis médica del Dr. Juvenal Vásquez, mencionaba con respecto al pian que, no se encontraron casos en el bajo cauca y que los pocos que habían sido diagnosticados provenían del departamento de Chocó. Con respecto a esto decía: “Lo que sí se sabe, es que hace algunos años se encontraron muchos casos y en todas sus formas, pero fueron tratadas al parecer en forma efectiva”.²³⁰

El despliegue de la campaña sanitaria por todo el departamento fue fundamental para conocer un problema que tomó grandes dimensiones. La intervención de esta

²²⁷ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939. p. 113. Esta página aparece también con la numeración en el extremo derecho inferior con el número 15

²²⁸ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1939. Medellín abril de 1940, Imprenta departamental. p. 19

²²⁹ Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1940. Medellín abril de 1941, Imprenta departamental. p. 21

²³⁰ Vásquez, Juvenal. 1954. *Notas médicas de la región del Nechí y Bajo Cauca*. Trabajo presentado como tesis de grado para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín, Universidad de Antioquia. p. 33

enfermedad nos permitió analizar las estrategias de las autoridades sanitarias y de actores privados como el Ferrocarril de Antioquia. Con respecto al FA, fue interesante ver su papel en la campaña antiplágica, no solo desde el punto de vista técnico, sino también desde su esfuerzo por consolidar un sistema estadístico que le permitiera enfrentar de manera adecuada las enfermedades que afectaban a los peones.

La campaña antiplágica nos permitió conocer un problema de salud de magnitud nacional, en el cual tanto autoridades sanitarias como actores privados, fijaron su atención. Dentro de estos últimos el ejemplo más claro fue el Ferrocarril de Antioquia, que desde sus políticas de higiene diseñó diferentes estrategias para combatir las epidemias que afectaron a sus trabajadores. Una de las características más llamativas de las luchas del servicio médico del FA, fue su organización administrativa rigurosa, cuyo trasfondo residía en un mayor rendimiento económico en una relación en la que justificaran sus inversiones en salud para que sus obreros se mantuvieran productivos para la empresa.

En Antioquia el establecimiento de estructuras sanitarias complejas como las comisiones sanitarias o accidentales fue un mecanismo para intentar enfrentar diferentes endemias en regiones de difícil acceso. Sin embargo, estos esfuerzos se veían muchas veces diluidos por problemas como la falta de presupuesto y de personal capacitado.

Uno de los aspectos a destacar, es que los informes médicos acerca de la situación del pian en el departamento fueron una fuente primordial en nuestro trabajo, para conocer las condiciones materiales de vida de las poblaciones afectadas. Sumado a lo anterior, la forma en que se desplegó la campaña dejó ver el desarrollo de una medicina social como responsabilidad del Estado de aplicar medidas sanitarias en pro de la salud de las regiones rurales.

3. Las Campañas nacionales contra el pian

Para el desarrollo de este capítulo la principal fuente de información fueron las tesis médicas de la época en estudio, además de las publicaciones en diferentes revistas científicas donde el pian era objeto de interés. Es de resaltar que, en la mayoría de los casos, la información acerca del desarrollo de la campaña antiplánica no aportó muchos detalles de su funcionamiento en cada una de las regiones en donde funcionaron las comisiones médicas. Sin embargo, gran parte de la información permite dar cuenta de la forma en que actuaron los médicos en el desarrollo de la campaña y reconstruir elementos del funcionamiento de las disposiciones sanitarias en algunos municipios, sobre todo del litoral pacífico. El objetivo de este capítulo es describir y analizar las campañas que funcionaron a nivel nacional y los esfuerzos por llevar el tratamiento a los pianosos en regiones de difícil acceso.

Los primeros trabajos sobre el pian en Colombia aparecieron con motivo de la correspondencia mantenida entre médicos. En estas cartas, quienes estudiaban por fuera de la capital informaban a sobre casos de epidemias de bubas y otras enfermedades reinantes en las regiones donde ejercían. Algunos de estos informes aparecieron en la Revista Médica de Bogotá.²³¹

Una de las primeras investigaciones locales encontradas al respecto fue escrita por el médico Miguel Canales en el año 1894, quien hizo una descripción clínica del pian y establecía las diferencias entre las lesiones ocasionadas por las bubas y las de la sífilis, que para ese entonces causaban confusión al momento de hacer el diagnóstico. De esta forma, demostraba que las cicatrices entre una y otra enfermedad eran muy diferentes. Describía también pequeñas epidemias entre familias o personas que vivían bajo el mismo techo, poniendo de manifiesto los inconvenientes de la convivencia entre sanos y enfermos y recomendando además medidas para prevenir el contagio. En 1889, el médico Indalecio Camacho en su tesis “Puerkas o Marranas” mencionaba también las lesiones cutáneas ocasionadas

²³¹ Kairuz, Eduardo. 1938. *Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía*. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 37

por el pian. El título de su tesis hace alusión a la forma en que era nombrada para ese tiempo en Boyacá la Leishmaniosis.²³²

Finalmente, una de las tesis más completas y mejor documentadas que se publicaron antes de las campañas emprendidas en Antioquia y a nivel nacional, fue publicada en 1910 por el médico Gabriel Toro Villa. Titulado “Bubas. Frambesia tropical” este trabajo fue producto de su estancia en las minas del Muzo a donde se trasladó junto con los médicos Roberto Franco y Jorge Martínez Santamaría, para atender una epidemia de fiebre amarilla que se presentó allí en el año 1907.²³³ De entrada, sus palabras apuntaban a que esta enfermedad era poco conocida y durante años este trabajo fue citado por otros médicos cuando se referían al pian. El comienzo de su publicación versaba de la siguiente manera:

BUBAS
Frambuesia Tropical

POR EL DOCTOR GABRIEL TORO V
Médico de las minas de Muzo

Existe en la Zona Tropical una enfermedad contagiosa ó inoculable, caracterizada por síntomas prodrómicos,²³⁴ aparición de elementos papilomatosos diseminados en el tegumento externo y algunos síntomas concomitantes, cuya naturaleza era poco conocida y cuya individualización en la Patología ha sido un problema.²³⁵

Apoyado en el conocimiento aportado por Castellani sobre la enfermedad, Toro Villa describió en su tesis algunos aspectos como la historia del pian, su etiología y factores involucrados en la infección como edad, sexo y raza. Además de aportar elementos para diferenciar las bubas de la sífilis, hizo también una buena

²³² Kairuz, Eduardo. 1938. *Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía*. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 37

²³³ Toro Villa, Gabriel. 1910. *Bubas, Frambuesia Tropical*. Repertorio de Medicina y Cirugía. Año I, Vol I. N.º 9. p. 515-538

²³⁴ Síntomas que preceden a la enfermedad

²³⁵ Toro Villa, Gabriel. 1910. *Bubas, Frambuesia Tropical*. Repertorio de Medicina y Cirugía. Año I, Vol I. N.º 9. p. 515

descripción del método de tinción de la bacteria para ser observada al microscopio. Sin embargo, su principal aporte fue la descripción de las tres etapas clínicas del pian, elemento clave para el diagnóstico de esta entidad, sobre todo en el contexto colombiano donde el acceso a microscopios era casi inexistente por fuera de las facultades de medicina.²³⁶

Distribución geográfica del pian en Colombia

Para la década de 1920, la distribución del pian en Colombia era conocida para los médicos. Se sabía que la enfermedad estaba extendida a largo de las hoyas hidrográficas de los grandes ríos del país como el Magdalena, el Cauca, el Sinú y el Atrato. Aunque se pensaba que el pian existía solo a lo largo del litoral pacífico y en focos aislados de la hoya del Magdalena o sus principales afluentes, los trabajos que se comenzaron a realizarse en diferentes regiones a nivel nacional demostraban lo contrario.²³⁷ Según el médico Antonio José Rodríguez el pian se encontraba en todas las regiones cálidas y húmedas del país y se extendía con gran facilidad si se descuidaban los focos esporádicos al interior del país.²³⁸

Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo, la alta capacidad de contagio del pian era bien conocida. En una publicación del médico Antonio José Rodríguez, que hacía referencia al trabajo del Dr. Samuel Pérez Mejía en el Departamento de Caldas, se mencionaba que la llegada de las bubas fue responsabilidad de un solo paciente, que a su paso por diferentes poblaciones fue extendiendo la infección. Pérez Mejía argumentaba que fue una mujer de apellido Villegas, proveniente de Puerto Berrío donde adquirió la infección, fue quien al llegar a la provincia de Manzanares en Caldas, trajo la epidemia y la propagó a lo largo del departamento.

²³⁶ Toro Villa, Gabriel. 1910. *Bubas, Frambuesia Tropical*. Repertorio de Medicina y Cirugía. Año I, Vol I. N.º 9. p. 515-538

²³⁷ Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado. p. 38, 39

²³⁸ Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI Nº 9. p. 23

En su estudio señalaba cómo fue extendiéndose la enfermedad por las regiones por donde aquella mujer pasó.²³⁹

Una de las poblaciones más afectadas en todo el país fue la intendencia del Chocó, que, estaba ampliamente invadida de bubosos.²⁴⁰ En las costas del océano pacífico existía un foco que se extendía desde la bahía de Cupica, ubicada al occidente del Chocó, hasta la desembocadura del Patía y Tumaco en Nariño. Allí se comunicaba además con otro foco muy vasto que llegaba hasta las orillas del San Juan hacia el norte, recorriendo toda la hoya hidrográfica del Atrato.²⁴¹

En el océano Atlántico, se podía encontrar la enfermedad en la región que abarcaba desde el golfo de Urabá, hasta Cartagena. A lo largo del río Magdalena había focos ubicados desde la región de la Plata hasta Ambalema. Desde Puerto Berrío se encontraba también un foco que llegaba hasta su desembocadura. En el Cauca habían pianosos desde la desembocadura del Arma, hasta la confluencia con el Magdalena. En Cúcuta, se podían encontrar sobre todo en el río Zulia y en San Faustino.²⁴²

En el Putumayo, iba desde Mocoa hasta Puerto Ospina, sobre el río Putumayo a Quinoró en Caquetá, con focos muy activos en Urcusique (actualmente Villagarzón, Putumayo) y Puerto Limón. Había también regiones bastante afectadas en el Caquetá como Florencia, Venecia y San Vicente. Finalmente, en el departamento de Cundinamarca podían encontrarse focos endémicos en los municipios de La Palma, Yacopí, Topaipí, El Peñón, Caparrapí, Vergara, La Vega, Nimaimá, Nocaima

²³⁹ A pesar de no encontrar la referencia directamente del médico que relata del médico Samuel Pérez Mejía, este hecho es relatado en: Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI N° 9. p. 23; Henao Toro, Felix. 1936. El pian en el Departamento de Caldas. Revista de Higiene de Bogotá Año XVII N° 3. p. 121

²⁴⁰ García Medina, Pablo. 1932. La sanidad en Colombia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana OSP;11(4). p. 356-357

²⁴¹ Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado. p. 38-39

²⁴² Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado. p. 38-39

Campaña Nacional contra el pian de 1925

Antes de la expedición de la resolución 306 del 28 de febrero de 1925 de la Dirección Nacional de Higiene, la lucha contra el pian estaba supeditada a algunas acciones aisladas por parte de los distritos o incluso de algunos particulares, excepto en Antioquia. Como ya se describió en el capítulo anterior, en Antioquia se adelantaron acciones en la lucha contra el pian, tanto desde el Departamento Médico del Ferrocarril de Antioquia, así como desde la Dirección Departamental de Higiene encabezada por Vespasiano Peláez. Los comienzos de la lucha antiplánica en Antioquia se caracterizaron por el envío del medicamento a médicos oficiales en algunos municipios que contaban con estos funcionarios. Además, se tomaron acciones como la creación de plazas médicas regionales como las del Bajo Cauca y Urabá, que en todo caso se quedaron cortas para contener la capacidad de contagio y rápida propagación de las bubas.

Si bien todas estas medidas estuvieron encaminadas a erradicar la enfermedad, en muchos casos la campaña se vio interrumpida por falta de medicamentos e incluso de médicos, lo cual afectó los resultados que se tenían previstos. Un solo buboso que no se tratara podía significar la diseminación de la enfermedad en toda una provincia tal y como se describió para el caso de Manzanera Caldas. También hubo casos similares en el Tolima, en la región de Santa Rosa.²⁴⁴ El hecho de que un solo enfermo pudiera esparcir de esa forma la enfermedad fue uno de los motivos que impulsó una campaña para erradicar ese mal. Según el médico Jorge Delgado Uribe debía primar el bien común sobre el individual, y era perentorio darle trascendencia al problema del pian e iniciar una campaña.²⁴⁵

Otro de los argumentos en los que se basaron los médicos colombianos fue la noticia de campañas que se habían comenzado en otros lugares del mundo y que llegaban a ellos a través de las revistas especializadas. En Filipinas se habían

²⁴⁴ Delgado Uribe, Jorge. 1928. Notas sobre el pian. Tesis de grado. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 59

²⁴⁵ Ver las palabras del médico Jorge E. Delgado, citadas en la página 39 de este trabajo. Estas declaraciones fueron tomadas de: Delgado Uribe, Jorge. 1928. Notas sobre el pian. Tesis de grado. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 59

establecido dispensarios especiales para el tratamiento del pian en 1921. En la región de Parañaque, una de las ciudades del país en cuestión, los dispensarios brindaban tratamientos de forma intermitente lo cual no arrojó buenos resultados y solo después de un funcionamiento continuo durante dos años se observó una disminución de infectados. También se tenía conocimiento de algunas campañas emprendidas en África en países como Kenia.²⁴⁶

Con base en las consideraciones anteriores y en los informes que se recibían de diferentes regiones del país fueron determinantes para emprender una campaña contra el pian. En el año 1925, el Director Nacional de higiene el médico Pablo García Medina en conjunto con Juan N. Corpas Ministro de instrucción y salubridad fundaron la Comisión Nacional para combatir el pian. Nombraron jefe al médico Salvador Jaramillo Berrío, quien ya había tenido una larga experiencia en el tratamiento de enfermos con pian como médico en la región del Bajo Cauca. La comisión nació en el marco de la Resolución 306 de 1925, la cual buscaba enfrentar la enfermedad en las regiones invadidas por las bubas. Esta resolución se sustentó en las siguientes consideraciones y apuntaba a los puertos fluviales como principales sitios de atención:

Considerando:

Que en varios puertos fluviales de la Nación, principalmente Puerto Berrío, Barrancabermeja, El Banco, Gamarra, Magangué, y Zambrano en el río Magdalena; Guaranda, La Raya y las Flores en el río Cauca; San Marcos, Las Flores y Palotal en el San Jorge; están invadidos por el pian, grave enfermedad infecciosa que se ha propagado de una manera alarmante.

²⁴⁶ Delgado Uribe, Jorge. 1928. Notas sobre el pian. Tesis de grado. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 59-60. Muchos de estos antecedentes se basaron en información encontrada en *The Philippine Journal of Science*. Vol 30. N°4. 1926. En particular el artículo del que habla el médico en su tesis es López Rizal, Leoncio, Perfectuo Gutierrez, and Lorenzo Fernandez. A field experiment in the control of yaws. En esta entrega de la revista aparecieron otros títulos referentes también al pian como: Navarro, Regino J. A serological estimate of the efficacy of neosalvarsan in the treatment of yaws in a field dispensary; Lacy, George Rufus, and Andrew Watson Sellards. Investigation of immunity in yaws; Lacy, and Otto Schobl. Superinfection in yaws; Schobl, Otto, Andrew Watson Sellards, and George Rufus Lacy. Some protean manifestations of the skin lesions of yaws; Schobl, Otto, and José Ramirez. The globulin precipitation reaction in yaws: Its independence of the Wassermann reaction and its behavior during the course and treatment of the disease y López Rizal, Leoncio, and Andrew Watson Sellards. A clinical modification of yaws observed in patients living in mountainous districts.

Que si no se combate esta enfermedad en los puertos citados y en los caseríos cercanos a ellos se propagará a muchas otras poblaciones de los Departamentos de Antioquia, Bolívar, Atlántico y Magdalena.²⁴⁷

Dentro de las medidas tomadas en esta resolución estaba la creación de una comisión sanitaria transitoria para combatir el pian que estaría encargada de: dar tratamiento a los enfermos, visitar los caseríos donde estuviera presente la infección, dictar medidas profilácticas, estudiar otras enfermedades presentes en la región, levantar una estadística completa relacionando número de tratamientos con respecto al número de enfermos, visitar buques fluviales y dar tratamiento a los pianosos que estuvieran a bordo. Así mismo debían atender a los enfermos de paludismo que encontraran en la región. Cabe resaltar que esta comisión estaba conformada tan solo por un médico jefe, Salvador Jaramillo Berrío, y un ayudante, el estudiante de medicina Jorge Delgado Uribe. Quien, producto de sus observaciones escribió una tesis para graduarse como médico.²⁴⁸ Estos funcionarios tenían a su disposición dos agentes de la policía sanitaria. Siendo este todo el personal a cargo de cumplir esa gran cantidad de funciones en un extenso territorio.²⁴⁹ Si bien el Estado se preocupó por instalar algunas medidas para frenar la expansión de la enfermedad, estas medidas desde lo estructural eran insuficientes debido al tan alto poder de contagio.

La resolución 306 del 25 de febrero de 1925 fue confirmada mediante el decreto presidencial 349 de febrero 28 de 1925, firmado por el general Pedro Nel Ospina y el doctor Juan N. Corpas, Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas. Al año siguiente, el Director Nacional de Higiene y Asistencia Pública, dictó la resolución 360 del 24 de junio de 1926 en la cual se hizo una adición al personal de la Comisión Sanitaria para combatir el pian. En dicha resolución se dispuso, el ingreso de cinco

²⁴⁷ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 39-40; Delgado Uribe, Jorge. 1928. Notas sobre el pian. Tesis de grado. Bogotá, Editorial de Cromos. p. 60

²⁴⁸ Delgado Uribe, Jorge. 1928. Notas sobre el pian. Tesis de grado. Bogotá, Editorial de Cromos.

²⁴⁹ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p39-40

médicos, de los cuales uno de ellos habría de ser el Jefe de Comisión, quien a su vez nombraría tres ayudantes y un secretario. Asimismo, tendría a su disposición cuatro agentes de policía sanitaria. De igual manera, esta resolución imponía el carácter de inspectores de salubridad y médicos de puerto a los miembros de la comisión. Por último, vale la pena mencionar que, a pesar del aumento de personal para dar cumplimiento a estas funciones, el número de puertos y la extensión de territorio se amplió de forma considerable. Además de la visita a los puertos del río Cauca, río Magdalena y río San Jorge, se sumaban ahora puertos en las regiones de Tumaco, Guapi, Barbacoas y Buenaventura.²⁵⁰

Con estas dos resoluciones se daba comienzo la campaña nacional contra el pian, que en sus inicios se vio viciada en su funcionamiento por factores como falta de elementos para cumplir sus funciones, inspectores sanitarios con poca experiencia o ignorantes de sus funciones y demora en los pagos y viáticos para la movilización por extensas regiones y de difícil acceso. Uno de los principales inconvenientes era la falta de autonomía de la Dirección Nacional de Higiene que, como dependencia, había pasado por casi todos los ministerios del poder ejecutivo y muchas de las decisiones que competía a esta, las tomaban individuos sin conocimientos en la materia. Finalmente, y siendo una característica común a lo largo del siglo XX, se hizo evidente la falta de presupuesto para combatir no solo el pian sino enfermedades que también aquejaban a la sociedad como la lepra, la anemia tropical, entre otras.²⁵¹

A pesar de que en las fuentes consultadas no fue posible establecer cómo fue el funcionamiento de la campaña contra el pian en los puertos fluviales y a lo largo de las diferentes regiones mencionadas en la resolución 306 del 25 de febrero de 1925 y 360 del 24 de junio de 1926, algunos informes encontrados en tesis de medicina

²⁵⁰ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p40-42

²⁵¹ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Editorial El Gráfico, Bogotá. p42-43

y en declaraciones del director del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública ponen en evidencia algunas particularidades de lo ocurrido.

Las labores de la campaña antiplánica iniciaron en 1925 con Salvador Jaramillo Berrío y Jorge Delgado Uribe en el río Magdalena. El trabajo se ubicó en El Banco y posteriormente se trasladó a Puerto Berrío. Con las adiciones de personal que se hicieron al año siguiente se comenzó a trabajar en otras regiones. El médico Gabriel Olózaga se desempeñó en Bolívar y en 1928 el Dr. Alfonso Rueda Herrera desarrolló labores de tratamiento durante un año en Caldas. Fue reemplazado posteriormente por Samuel Pérez Mejía, quien en dos años de trabajo logró erradicar los focos más activos de pian. En estos primeros años también se hicieron algunos intentos por emprender la campaña en Nariño, pero no se consolidaron.²⁵²

El gobernador del departamento de Caldas creó también una comisión médica de lucha contra el pian cuyo centro de acción fue el municipio de Victoria y se extendía a diez municipios más. Además de combatir las bubas, esta comisión ejerció su labor sanitaria tratando otras enfermedades como el paludismo, la disentería amebiana, la anemia tropical y la leishmaniasis. Para facilitar esas labores, en la Dirección Departamental del Higiene se adquirió una lancha que contaba con un pequeño laboratorio bacteriológico y un botiquín. Esta lancha hizo nueve viajes en 1930 y dos más en los primeros meses de 1931. Algunos de esos recorridos abarcaron 1.800 km, incluyeron actividades en 14 caseríos y atención a más de 500 enfermos.²⁵³

En un informe al presidente de Colombia, García Medina afirmaba que durante los años de ejecución de la campaña (1925 hasta marzo de 1931), se habían tratado un total de 19.185 enfermos, de los cuales 12.332 se habían curado por completo, además, que 3.994 trabajadores habían podido volver a retomar sus actividades. En su informe el Director Nacional de Higiene también indicaba que habían sido atendidas 44 regiones correspondientes a seis municipios del país. En 1930 se

²⁵² Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI Nº 9. p. 18-20

²⁵³ García Medina, Pablo. 1932. La sanidad en Colombia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana OSP;11(4). p. 356-357

nombró médico de la comisión para el Chocó al Dr. Rafael Mejía, quien se había desempeñado en la región del Tarso y Valencia. La idea era que se desplazara a Quibdó y estableciera allí un centro de tratamiento de pianosos. Sin embargo, antes de iniciar sus labores, sus funciones fueron suprimidas por falta de partida monetaria. De hecho, en 1931 la campaña nacional fue suspendida por falta de recursos.²⁵⁴ En la revisión de fuentes no fue posible encontrar otros registros para contrastar las cifras aportadas por García Medina o para describir mejor el origen de dichas cifras.

La campaña en el Chocó

En el año 1930, el médico Antonio José Rodríguez fue nombrado médico de Sanidad para la Intendencia de Chocó. A pesar de que la campaña nacional contra el pian había comenzado cinco años atrás, esta región del pacífico no había sido tomada en cuenta como sitio para el tratamiento de bubosos. Al llegar al Chocó, el Dr. Rodríguez se mostró sorprendido por la enorme cantidad de infectados que encontró. Ante esta situación tan alarmante, él mismo planteó a la Dirección Nacional de Higiene que interviniera en la zona, aduciendo también que hasta entonces ni los encargados de sanidad ni las autoridades políticas del departamento se habían preocupado por el pian y ni siquiera habían puesto de manifiesto al gobierno central los estragos que estaba causando la enfermedad.²⁵⁵ En una entrevista concedida al periódico *El Tiempo* en 1936 y después de ser interrogado por las condiciones de higiene que había encontrado en el Chocó, contestó:

Antes de 1930, ninguno de los gobernantes del Chocó, ninguno de los encargados de salubridad pública había denunciado al país la espantosa tragedia de esa Intendencia. Se ignoraba absolutamente que el pian, el paludismo, la anemia, las actinomicosis, fueran enfermedades tratables

²⁵⁴ García Medina, Pablo. 1932. La sanidad en Colombia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana OSP;11(4). p. 356-357

²⁵⁵ Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI N° 9. p. 19-20

científicamente, y por tanto, hasta la misma época nada se había hecho en beneficio de las clases campesinas, de los mineros chocoanos.²⁵⁶

En sus inicios como médico en el departamento del Chocó Rodríguez confundía muchas micosis y leishmaniasis con el pian, esto por la similitud en las lesiones cutáneas. Sin embargo, al ver que los casos reaccionaban al bismuto y no a los antimonio (tratamiento frente a la leishmaniasis), pudo confirmar que lo que aquejaban a los enfermos eran en efecto bubas. Además, puso en duda si el *Ornithodoros turicata* era en realidad el vector del pian pues no lo observó en ninguna de las casas que visitó. Finalmente, registró algunos casos que le causaron curiosidad desde el punto de vista inmunitario. Algunas madres que habían sufrido el pian en su infancia amantaban ahora niños bubosos y permanecían indemnes. En particular una madre que había consultado con sus cuatro niños que a las pocas semanas de nacidos estaban infestados de bubas, no presentaba ningún síntoma de frambesia a pesar del contacto permanente. Esto apuntaba a que la inmunidad, si no era absoluta, por lo menos podía presentarse de forma relativa.²⁵⁷

Una de las observaciones que causó mayor preocupación en el Dr. Rodríguez fue la cantidad de casos de pian terciario que había en el Chocó. Como se describió en el capítulo primero, estas manifestaciones atacan sobre todo las extremidades y el rostro, con lesiones concentradas por lo general en cartílagos articulares, tendones y huesos. En las anotaciones hechas por el Dr. Rodríguez se registraba una gran cantidad de individuos que estaban imposibilitados para la marcha y el trabajo. Con la aplicación del tratamiento la infección desaparecía, pero las cicatrices deformantes y muchas veces incapacitantes permanecían.²⁵⁸

Según el desarrollo de la campaña en el Chocó se pueden identificar tres etapas principales: una que va desde el periodo de 1930 a 1934, la segunda de 1934 a

²⁵⁶ La campaña antiplánica se unificará pronto en varios departamentos. El Tiempo, Bogotá, 8 de marzo de 1936. Página séptima

²⁵⁷ Oficina Sanitaria Panamericana. 1935. Frambesía. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(9). p. 871-872

²⁵⁸ Oficina Sanitaria Panamericana. 1935. Frambesía. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(9). p. 871-872

1936 y una etapa posterior a 1936, en la que se adoptaron las conclusiones de la conferencia antiplánica celebrada en Buenaventura, tema que será tratado en el siguiente apartado.

Ante la cantidad de pianosos que había en Quibdó, la Dirección Nacional de Higiene creó en 1930 un dispensario en el municipio y envió al médico Rafael Mejía para adelantar allí la lucha antiplánica. Sin embargo, una vez llegó a cumplir sus funciones, se enteró de que su puesto había sido suprimido pues no había partida suficiente para su pago. Ante este imprevisto el médico no pudo iniciar labores pero entregó el material que había llevado al Dr. Rodríguez, quien desde su casa comenzó el tratamiento de los pianosos.²⁵⁹

Hasta 1932 ese pequeño centro de tratamiento a cargo del Dr. Rodríguez fue el único disponible en el departamento, ese mismo año fue creado un nuevo dispensario en Istmina. De 1930 a 1934 en Quibdó fueron tratados 4.600 enfermos mientras que en Istmina recibieron el medicamento 3.400 los pianosos. Para el año 1934, se firmó un contrato entre la Intendencia de Chocó a cargo de Adán Arriaga Andrade y la Dirección Nacional de Higiene encabezada por Luis Patiño Camargo. Gracias a este acuerdo se generalizaron los tratamientos por toda la intendencia pues se establecieron 23 centros curativos en lugares a donde confluía la población que vivía a lo largo de los ríos. De los 23 centros, 5 eran atendidos por médicos mientras que los 18 restantes, por inspectores sanitarios que fueron preparados por la Dirección de Intendencia de Higiene. En 1935, el servicio se amplió para dar medicamento a quienes padecían anemia tropical. Ese año fueron tratados 16.525 pianosos y 14.907 anémicos.²⁶⁰

La campaña antipianosa en esta región del pacífico no estuvo exenta de dificultades. Uno de los principales inconvenientes fue la visión fatalista asociada a la presentación natural de la enfermedad. Había una resistencia de los pobladores de la región al tratamiento que se les ofrecía en gran parte debido a que los negros

²⁵⁹ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p43

²⁶⁰ Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI N° 9. p. 20

que contraían el pian veían la enfermedad como algo propio de su raza y por tanto no había razón para eliminar las bubas a través de medicamento. Ante tal situación, y en contra de su voluntad, muchos de ellos fueron obligados por la policía a tomar el tratamiento y curarse. Un año después los enfermos, en vista de los beneficios de la eliminación de las lesiones, comenzaron a asistir voluntariamente al médico para combatir la enfermedad. Otro de los comportamientos arraigados entre los habitantes de regiones pianosas y al cual debieron enfrentarse los médicos de la campaña fue la creencia de que era contraproducente comenzar un tratamiento contra las bubas “biches”, es decir las lesiones de más temprana aparición o primarias. Esto trajo como consecuencia el agravamiento de las llagas y la condición del enfermo, pues solo se presentaban donde el médico cuando había un grado de compromiso mayor y con las lesiones ya generalizadas en todo el cuerpo.²⁶¹

Una de las estrategias adoptadas durante la campaña en el Chocó fue costear un capataz de peones al que se le asignaron funciones de inspector de salubridad. Este tenía a su cargo una cuadrilla de presos con un jornal diario de 10 pesos (más tarde comenzarían a ganar 15 pesos) que se encargaban del saneamiento de Quibdó. Sumado a lo anterior el municipio creó otro cargo de inspector de sanidad comisionado para hacer visitas domiciliarias y garantizar de esta manera el tratamiento a una mayor porción de la población.

La falta de presupuesto fue otro factor que afectó el funcionamiento de la campaña antiplánica. En 1934 viendo los beneficios que traía el tratamiento de los pianosos, hubo un acercamiento entre la intendencia del Chocó y el Departamento Nacional de Higiene. Estas reuniones derivaron en la firma de un contrato mediante el cual se crearon dos comisiones sanitarias, una en el Atrato y la otra en San Juan. Debido a la falta de personal adecuado, elementos para la campaña y la partida presupuestal necesaria, ninguna de las dos comisiones pudo iniciar labores en dicho

²⁶¹ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Editorial El Gráfico, Bogotá. p. 43

año y los pacientes siguieron siendo tratados en los dos dispensarios que se encontraban disponibles en Quibdó y en Istmina.²⁶²

Con el correr de la campaña el número de enfermos tratados fue creciendo en la región, pasando de 600 personas en 1931 a 2.990 en el año 1934. Así mismo el personal fue aumentando la cobertura en las diferentes regiones del departamento y gracias a un nuevo convenio entre la intendencia de Chocó y el Departamento Nacional de Higiene se crearon comisiones con sede en Quibdó, Sautatá, Istmina, Condoto y Nuquí, estas a diferencia de las anteriores comisiones, si entraron en funcionamiento.²⁶³

Finalmente, los médicos e inspectores de sanidad combatieron las bubas y la anemia tropical en los siguientes municipios y corregimientos: Quibdó, Tutunendo, Lloró, Bagadó, Arquía, Beté, Calahorra, Paimacó, El Carmen, Istmina, Condoto, Tadó, Nóvita, Bebedó, río Iró, Sipí, Noamamá, Pizarro, El Valle, Juradó, Nuquí, Riosucio y Sautatá.

Quien fuera el coordinador de la campaña antiplánica en el Chocó, Antonio José Rodríguez, viendo la magnitud del problema en que se estaba convirtiendo el pian, propuso junto al Director nacional de higiene Arturo Robledo, una reunión en Buenaventura para tratar el tema. Esta tuvo como punto de partida la cifra de pianosos a lo largo del litoral pacífico que ascendía a 70.000 y la idea era procurar protocolizar los mecanismos a través de los cuales se abordaría esta problemática.²⁶⁴ La reunión revistió cierta importancia a nivel nacional, pues algunos artículos de periódico hicieron eco de ella (figura 22).

²⁶² Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Editorial El Gráfico, Bogotá. p. 44

²⁶³ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Editorial El Gráfico, Bogotá. p. 45

²⁶⁴ Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI N° 9. p. 22-23

Figura 22. Artículo en la prensa nacional sobre la campaña antiplánica, 1936



Fuente: El tiempo, Bogotá, 8 de marzo de 1936. Pagina séptima.

Conferencia antiplánica de Buenaventura y la campaña nacional contra el pian de 1936

En junio de 1936 tuvo lugar en Buenaventura la Conferencia Antiplánica, en la cual se presentaron varios informes acerca de la situación de la enfermedad en diferentes regiones del país. Gran parte de la información anotada en la campaña del Chocó fue presentada en la conferencia. También se puso de manifiesto la situación de los departamentos del Cauca, Valle del Cauca, Nariño y Caldas.

En referencia a la Campaña del Valle del Cauca, el médico Luis Ablanque declaró que la difusión de la endemia del pian tenía allí proporciones alarmantes. A partir de sus observaciones afirmaba que la enfermedad afectaba a casi la totalidad de los habitantes del litoral pacífico correspondiente a este departamento. Mas del 25% de los afectados tenían una infección activa, mientras que el resto padecían de bubas en un periodo de latencia que podía terminar con manifestaciones secundarias de las lesiones. La campaña en el Valle del Cauca había comenzado en 1933 cuando

el médico Jorge E. Cruz presentó a consideración de la Asamblea departamental un proyecto de ordenanza para enfrentar la enfermedad de una manera organizada. El proyecto fue aprobado y se destinó para tal fin una partida cuya asignación era tomada de las ganancias que dejaba la Lotería del Valle. De esta forma se comenzó la batalla contra las bubas en Buenaventura y posteriormente se fue extendiendo a otros sitios en el departamento.²⁶⁵

En referencia a Nariño, el médico Max Llorente declaró que en el litoral pacífico habitaban cerca de 90.000 pobladores y que alrededor de unos 22.000 (34,44%) estaban enfermos de pian. La principal preocupación en el departamento era su desconexión con el resto del país, pues faltaban vías de comunicación para llegar hasta allí. El médico proponía crear por lo menos dos establecimientos para el tratamiento de los bubosos, que serían costeados en principio por las autoridades departamentales.²⁶⁶

El médico Felix Henao Toro presentó informe por el departamento de Caldas y expresó que el pian se presentaba solo en las regiones nordeste y occidental, siendo la frontera con Chocó la más invadida. Esto era preocupante pues daba a entender que la enfermedad se estaba expandiendo desde el litoral pacífico hacía el interior del país. La zona más afectada en Caldas era Manzanares, sobre todo en la parte ubicada a orillas del río Magdalena. Además, manifestaba que la principal fuente de infección parecía explicarse por un lado por los hábitos de desaseo de los habitantes de la región y por el otro por la gran cantidad de insectos picadores que ayudaban a propagar el pian.²⁶⁷

Producto de la conferencia celebrada en Buenaventura resultaron unas conclusiones que derivarían en las medidas que habrían de tomarse en la siguiente campaña antiplánica nacional. De esta conferencia fueron publicadas las palabras

²⁶⁵ Oficina Sanitaria Panamericana. 1937. Crónicas, Frambesía Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(7). p. 647-650

²⁶⁶ Oficina Sanitaria Panamericana. 1937. Crónicas, Frambesía Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(7). p. 647-650

²⁶⁷ Oficina Sanitaria Panamericana. 1937. Crónicas, Frambesía Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(7). p. 647-650

de bienvenida en las que además se contextualizaba a los asistentes el problema que representaba el pian (anexo 5). A continuación, se resumen algunas de estas conclusiones.²⁶⁸

La conferencia antiplánica dejó ver que para ese momento existían en la Intendencia del Chocó y los departamentos del Valle, Cauca y Nariño, unos 70.000 enfermos de pian, con la infección activa, esto implicaba una mayor probabilidad de seguir propagando el contagio. El total de bubosos estaban distribuidos así: en el Chocó había unos 34.000, en el Valle 6.000, en el Cauca 8.000 y en Nariño 22.000, según las declaraciones de los delegados, el 90% de habitantes del litoral pacífico tenían pian.²⁶⁹

Con respecto al tratamiento se tuvieron en consideración varias opciones para una curación completa de los infectados. Lo ideal era hacer uso de arsenicales y de medicamentos con base de bismuto, tanto para adultos como para niños, estos últimos, obviamente con un ajuste de la dosis de acuerdo con su edad y constitución física. Además, para quienes mostraran una resistencia a la curación con los medicamentos iniciales, se recomendaba usar yoduro de potasio que era muy útil en estos casos. Finalmente se debía considerar que estas regiones tenían también un alto índice de infección por malaria, anemia tropical, helmintiasis y otras afecciones por lo cual estas infecciones debían ser tratadas.²⁷⁰

Teniendo en cuenta que no era fácil contar con una cantidad considerable de médicos graduados, la idea era capacitar inspectores para atender a los enfermos. Sumado a lo anterior había que considerar las condiciones geográficas de todo el litoral, por lo cual se precisaba adquirir mínimo unas ocho lanchas acondicionadas para los desplazamientos del personal de la campaña. En los núcleos de población

²⁶⁸ Para conocer el pliego final al que se llegó en la conferencia léase el anexo 4

²⁶⁹ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 47-48

²⁷⁰ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 48

de mayor importancia sería muy útil la construcción de campamentos que sirvieran tanto de dispensarios como de vivienda para los inspectores.²⁷¹

Muchos de los enfermos observados por los médicos en toda la región se encontraban en zonas muy alejadas de los centros poblados, en condición de discapacidad o con movimientos limitados ocasionados por las lesiones terciarias. Una alternativa para su atención era la instalación de hospitales. Las zonas propuestas eran Quibdó, Istmina, Nuquí, Guapi, Tumaco, Barbacoas y el Charco, allí la atención correría por cuenta de los médicos de la campaña y practicantes.²⁷²

Por último se acordó un presupuesto que incluía la instalación de hospitales, laboratorios, campamentos y en general el funcionamiento de la campaña. La partida presupuestal para el primer año sería de \$ 159.000. Para la erradicación del pian mediante la campaña se dio un plazo de siete años y con un gasto anual de \$100.000 y un total de \$759.800 que se aportarían por partes iguales entre la Nación y las regiones afectadas por la enfermedad.²⁷³

Producto del pliego de conclusiones de la conferencia antipiánica de Buenaventura, fue presentada y aprobada la Ley 121 de 1936, mediante la cual se organizaba la campaña contra el pian en el litoral Pacífico. Para ella se usarían fondos tanto nacionales como departamentales y en el caso del Chocó, con una partida proveniente de esta intendencia.²⁷⁴

Se tiene evidencia del funcionamiento de la campaña gracias a algunas publicaciones encontradas en la revista El Herald Médico. Las labores de cada comisión comenzaron en los primeros meses de 1937, cumpliendo sus funciones según lo acordado en las conclusiones de la conferencia antipiánica. A partir de ese año y por los siguientes cuatro, la campaña funcionó por toda la costa del Pacífico

²⁷¹ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 49

²⁷² Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 49

²⁷³ Kairuz, Eduardo. 1938. Contribución al estudio del pian. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. Bogotá, Editorial El Gráfico. p. 49-50

²⁷⁴ Ley 121 de 1936. Por la cual se organiza la campaña contra el Pian. Revista de Higiene de Bogotá Año XVII Mayo 1936 N° 3. p. 126-127

a través de un sistema de comisiones compuestas cada una por un médico y varios inspectores. Con respecto a los inspectores, se establecían y trabajaban en puestos determinados en los que había núcleos considerables de habitantes y personas enfermas. Los médicos visitaban periódicamente los sitios de tratamiento, seleccionaban a los pianosos y rendían informes a sus superiores.²⁷⁵

A los cuatro años de funcionamiento, la partida presupuestal que se había asignado a cada comisión se estaba agotando. Desde el comienzo de la campaña se sabía que el dinero debía ajustarse a las condiciones geográficas por las cuales se habrían de desplazar las comisiones para llevar a cabalidad todas las labores en un territorio tan extenso. Teniendo en cuenta el presupuesto, se limitó el uso de medicamentos de alto costo como los arsenicales y se adoptó el Quinobismol como tratamiento de elección. Este era producido por el Instituto Nacional de Higiene y además de tener buena eficacia, tenía un precio razonable.²⁷⁶

Si bien al comienzo de la campaña hubo optimismo por el despliegue tan amplio que se tenía planeado, años después este ambiente se fue tornando en un sentimiento de desconfianza. Después de cuatro años de labores no se observaban avances considerables en la eliminación de los focos de infección y a falta de tres años para que se venciera la vigencia del contrato eran pocos los avances. Dentro de los inconvenientes que revistieron mayor gravedad para el funcionamiento de las campañas fue la dificultad con el envío del medicamento hacia algunas regiones del departamento de Nariño. En ocasiones no llegaba o en caso de hacerlo, se encontraba en cantidad insuficiente. Según Max Llorente, uno de los ponentes de la campaña antipiánica en Buenaventura la problemática era:

Conocemos la situación en el departamento de Nariño, donde funcionan dos comisiones con nueve inspectores. Muchos meses ha habido en que estos funcionarios permanecen inactivos en sus puestos de tratamiento porque no llega el bismuto por dificultades postales, o si llega, es en cantidad exigua, de acuerdo con la partida para atender a los enfermos inscritos. Sabemos de casos en que, para evitar el justo enojo de un pianoso, después de hacer un recorrido enorme desde su casa al sitio

²⁷⁵ Llorente O, Max. 1941. *Campaña antipiánica*. Heraldo Médico Año II N° 20. p. 8-9

²⁷⁶ Llorente O, Max. 1941. *Campaña antipiánica*. Heraldo Médico Año II N° 20. p. 8-9

de tratamiento, para recibir una inyección de bismuto correspondiente a su serie, el inspector que carece de ella, le aplica una de cualquiera otra sustancia para ocultar la falta.²⁷⁷

A continuación, después de exponer esta situación como una falla de organización se preguntaba:

¿después de cuatro años de labores tiene el Ministerio la seguridad de que el sistema implantado para combatir el pian no requiere modificación alguna? ¿No es tiempo ya de observar alguna modificación favorable en la endemia que se trata de combatir? ²⁷⁸

Por otra parte, el medicamento también fue blanco de cuestionamientos. Según Llorente, muchos de los textos médicos coincidían en la docilidad de la enfermedad frente a los tratamientos contra la bacteria. Varios eran enfáticos en que el pian cedía con facilidad a los bismúticos y arsenicales. Sin embargo, la experiencia en el campo mostraba lo contrario y no siempre la curación era total. Al respecto el médico decía:

Si es verdad que el bismuto es la droga más aconsejable para el tratamiento de fondo en las parasitosis espirilares, por su eficacia y por su bajo costo, no lo es que en la campaña antipiánica en que está empeñado el gobierno en el Occidente, esté dando el resultado que se busca, por una infinidad de factores etnológicos, geográficos y culturales... solo nos permitimos consignar el hecho de que en nuestra vida profesional hemos tropezado con incontable número de enfermos que fueron tratados por las comisiones del pian y que poco tiempo después, con la reaparición de la enfermedad, buscaron otros recursos terapéuticos, porque consideraron que la acción oficial fue ineficaz en su empeño de reincorporarlos al trabajo. En los campos, los que fueron tratados sin éxito constituyen falanges que continuarán sosteniendo la endemidad en su prística (sic) pureza y que harán fracasar el laudable propósito del Ministerio.²⁷⁹

²⁷⁷ Llorente O, Max. 1941. *Campaña antipiánica*. Heraldo Médico Año II N° 20. p. 8

²⁷⁸ Llorente O, Max. 1941. *Campaña antipiánica*. Heraldo Médico Año II N° 20. p. 8

²⁷⁹ Llorente O, Max. 1941. *Campaña antipiánica*. Heraldo Médico Año II N° 20. p. 8-9

¿Más de un millón de enfermos de pian en Colombia?

Todos estos inconvenientes relatados por el médico Max Llorente son interesantes pues ya cuestionaban si en realidad, la forma en que fue planteada la campaña era la mejor alternativa para su erradicación o por lo menos para la disminución de este mal. Unos meses más tarde, en 1941, aparecía en el Heraldo Médico de Bogotá una nueva entrega de la revista que mostraba de forma alarmante, y tal vez exagerada, las dimensiones que había adquirido el pian en el país. En ese número del Heraldo Médico se entrevistó a René R. Cortés (Ver figura 23), jefe de la campaña antiplánica para el Departamento de Nariño. Este médico tumaqueño llevaba seis años trabajando para la Nación en el puerto de Tumaco, atendiendo a las diferentes endemias que afectaban la región que, para ese momento, además eran del pian, la malaria, la anemia tropical y las micosis.²⁸⁰

²⁸⁰ Mas de un millón de enfermos de pian en el país. 1941. Heraldo Médico Año II N° 22. p. 29-30

Figura 23. Más de un millón de enfermos del pian en el país



Fuente: Mas de un millón de enfermos de pian en el país. 1941. Heraldo Médico Año II N° 22. p. 29-30

En el año 1938, el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social le había encomendado la organización de la comisión antiplánica de Tumaco, en calidad de médico director. Además, tenía a su cargo cinco inspectores enfermeros y un motorista de lancha. En esta publicación se logran observar algunas coincidencias con respecto al número anterior de la revista. Al igual que como lo indicaba Max Llorente, René Cortés consideraba la cantidad de bismuto insuficiente para el total de los pianosos que habitaban la zona. Después de cuatro años de labores el médico informaba que habían sido tratados 8.603 bubosos y se habían aplicado 107.426 inyecciones de arsenicales (esto probablemente sea un error pues el medicamento usado en la campaña era el bismuto).²⁸¹

Es curioso que a lo largo de la entrevista no se menciona la cifra del millón de pianosos anunciado en el titular. Esto podría ser explicado como un mecanismo para agrandar o exagerar las cifras de una enfermedad que, si bien era un

²⁸¹ Mas de un millón de enfermos de pian en el país. 1941. Heraldo Médico Año II N° 22. p. 30

problema, no era posible afirmar que registrara niveles tan altos en el país. Si se tienen en cuenta las cifras aportadas en las conclusiones de la conferencia antiplánica la cantidad de pianosos era de 70.000 y según los médicos, esto correspondía a un 90% de infectados de la población total de la Intendencia del Chocó, y los departamentos de Cauca, Nariño y Valle del Cauca. Sin embargo, si se mira en el censo de 1938 la cantidad de habitantes en los núcleos poblados más importantes a lo largo del litoral pacífico, es decir en el Valle del Cauca Buenaventura (16.347 habitantes); en el Valle Guapi (12.792 habitantes); en Nariño Barbacoas (17.575 habitantes) y Tumaco (35.082); en Chocó Quibdó (30.122 habitantes) e Istmina (19.899 habitantes). En total la población de estos centros poblados sería de 138.817 habitantes. Si la afirmación de que el 90% de la población estaba infectada fuera correcta, la cantidad de bubosos tendría que ser 118.635.²⁸²

Lo que si era indiscutible en el artículo publicado en el Heraldo Médico que incluía las declaraciones de René Cortés era que ponía de manifiesto que los fondos asignados a la campaña eran insuficientes. Incluso exponía que la situación fiscal del departamento de Nariño no permitía pagar el 50% de los fondos que le correspondían para costear lo que la ley 21 de 1936 le obligaba. Por esto solicitaba a la Nación que hiciera una excepción y aportara una mayor cantidad de dinero para el departamento de Nariño y así poder combatir el pian allí de una forma más eficaz. Su entrevista concluía de la siguiente manera:

Mientras a esta enfermedad que constituye un verdadero problema para el país, no se le destine una mayor cantidad de dinero a la fijada por la ley 21 del año 36, único medio para realizar verdaderas campañas de higiene, se llegue a la nacionalización de las mismas en algunos departamentos, haya una mejor orientación técnica y se puedan unificar los tratamientos, mayor número de médicos especializados y preparación de mayor número de inspectores, hospitales ambulantes y que las comisiones dispongan de todo el equipo de elementos de trabajo, indispensables para librar una verdadera campaña científica que en no lejano día consiguiera exterminar este flagelo, puedo decirle a usted que

²⁸² Para este pequeño ejercicio incluso se dejaron por fuera los caseríos correspondientes a los departamentos y la intendencia del Chocó que habrían aumentado el total de habitantes

todo lo hecho en el país ha sido producir el blanqueamiento de los enfermos y que el pian, en una buena parte del pueblo colombiano, seguirá ocasionando un sinnúmero de víctimas con todas sus funestas consecuencias para la raza, para la sociedad y para el futuro del país.²⁸³

Al año siguiente el mismo Max Llorente, en otra entrega del *Heraldo Médico*, cuestionaba la información aportada por Rene Cortés en las que atribuía el fracaso de la campaña a la falta de dinero y a la existencia de un millón de pianosos en el país. Llorente consideraba que el problema no era tanto de presupuesto sino más bien de organización. Frente a esto afirmaba:

Si dentro del desorden organizado hubiera más dinero para gastar, de manera que el personal estuviera mejor remunerado, como es de justicia, y recibiera el beneficio del tratamiento establecido mayor número de enfermos, querría decir que a la postre llegaríamos al mismo terreno con un desembolso mayor, que el descalabro sería más estruendoso, sencillamente porque el problema no es de dinero sino de sistema.²⁸⁴

Llorente también creía exagerada la cantidad de enfermos. Si se tomaba la cifra del censo de población de 1938, es decir 8.701.816 habitantes, significaba que, a comienzos 1940, el 11,5% de los colombianos tenía pian. Para él, esta cantidad era estimada a ojo como muchas de las estadísticas que se lanzaban, acomodaticias a los fines que se perseguían, es decir llamar la atención de las autoridades para conseguir presupuesto. Según cifras propias entre la Intendencia del Chocó y las provincias costaneras del Valle del Cauca, el Cauca y Nariño —en cuyos territorios se encontraban la mayor parte de los pianosos— los habitantes no superaban los 400.000, así que no se explicaba de donde sacaba el médico René Cortés tantos enfermos. Finalizaba su crítica argumentando que, lo único que Cortés quería era elevar las cifras muy por encima de la realidad solo para justificar el fracaso de la

²⁸³ Mas de un millón de enfermos de pian en el país. 1941. *Heraldo Médico* Año II N° 22. p. 30

²⁸⁴ Llorente O, Max. 1942. *Mas sobre el Pian*. *Heraldo Médico* Año III N° 24. p. 17

campaña., aunque todo ello generara alarma y se exhibiera al país como una casta llena de males vergonzantes.²⁸⁵

A propósito de las causas que creía que podían estar afectando la campaña Llorente mencionaba un estudio hecho por el médico Pedro I. Vargas Cuellar quien había ejercido sus labores en el Cauca y había sido testigo de cómo se desarrollaba la campaña en este Departamento. En su trabajo señalaba que dos aspectos fundamentales contribuían con la persistencia del pian: la profesión y la alimentación. Los negros que habitaban las orillas de los ríos y que vivían de la minería o de una agricultura incipiente tenían por lo general un régimen alimenticio muy pobre. Por el contrario, los negros dedicados a la pesca a orillas del mar, comían pescado en abundancia y quienes se dedicaban al trabajo en el Ferrocarril del Pacífico ganaban un sueldo con el que cubrían una buena alimentación. Pues bien, las observaciones apuntadas por Vargas Cuellar apuntaban a que el negro que trabajaba en el ferrocarril no era propenso a sufrir lesiones óseas y por lo general no presentaba complicaciones o secuelas después de tratadas las bubas. Lo mismo ocurría con los pescadores. El negro minero o agricultor, que generalmente vivía a orillas del río presentaba grandes lesiones con tendencia a las ulceraciones y diseminación de las bubas por todo su cuerpo. Llorente terminaba su argumento apuntando que “La gravedad de la enfermedad crece con el ascenso por los ríos y las dificultades de alimentación”.²⁸⁶

Una propuesta para la reorganización de la campaña antiplánica

A la par que aparecían estos cuestionamientos en el *Heraldo Médico* por parte de los citados galenos, el médico Gonzalo Guerra —exdirector de la comisión sanitaria

²⁸⁵ Llorente O, Max. 1942. *Mas sobre el Pian*. *Heraldo Médico* Año III N° 24. p. 17

²⁸⁶ Vargas Cuellar, Pedro. 1941. *El pian en la geopatología del Valle del Cauca*. Tesis para optar al título de medicina y cirugía. Bogotá, Universidad Nacional. p. 28

de Barbacoas Nariño durante cinco años— se mostraba escéptico del éxito de la campaña comenzada en 1936. En ese periodo de trabajo pudo tratar aproximadamente 5.000 enfermos en Barbacoas y conocer como estaban distribuidos los bubosos en este municipio. La mayoría de los casos se encontraban dispersos a lo largo de los ríos y unos pocos casos en la zona urbana. Entre los núcleos poblados afectados se encontraban los pertenecientes a los ríos Patía, Ispí, Saundé, Bajo Telembí, Inguambí, Guelmambí, Caindú, Yaguapí, Alto Telembí y Telpí. Además, a lo largo del departamento de Nariño se encontraban bubosos también en Rosario, Caunapí, Mira, Chaguí, Las Varas, Inguanés, los caseríos circundantes de la línea férrea de Nariño, Charco y Tapaje.²⁸⁷

Después de varios años de trabajo, sus observaciones lo llevaban a pensar que la forma en que se había diseñado originalmente la campaña debía ser reorganizada pues no se veían los beneficios reales con el sistema que se venía utilizando. Para eso, él mismo proponía una reorganización basada en su experiencia y que la haría más efectiva para enfrentar el problema del pian. A sabiendas de las dificultades existentes para que los departamentos cumplieran con las partidas presupuestales que acordaban en los contratos con la Nación, sugería que inicialmente la campaña corriera toda por cuenta del Estado. En cuanto a la organización técnica las recomendaciones se centraban sobre todo en una mayor contratación del personal. Una de las recomendaciones era mayor cantidad de médicos que conocieran la enfermedad, por lo menos cuatro por cada cinco mil pianosos. Estos, acompañados por inspectores sanitarios y enfermeras, dos por cada mil enfermos y una por cada quinientos enfermos respectivamente. A parte del personal, una de las propuestas era dividir los territorios afectados, en zonas o distritos de acuerdo con los focos más numerosos de pian. En estos era necesario instalar dispensarios de tratamiento (uno por cada mil enfermos) y sanatorios en los cuales se pudiera hospitalizar a los pianosos.²⁸⁸

²⁸⁷ Guerra A, Gonzalo. 1941. *El Pian en el Litoral Pacífico Colombiano. Cómo debe orientarse su campaña*. Boletín Clínico Año VII N° 2 N.º 74. p. 93

²⁸⁸ Guerra A, Gonzalo. 1941. *El Pian en el Litoral Pacífico Colombiano. Cómo debe orientarse su campaña*. Boletín Clínico Año VII N° 2 N.º 74. p. 93-94

Como se anotó antes, muchos de los pianosos se encontraban ubicados a lo largo de centros mineros. Una de las propuestas más interesantes, apuntaba a la promulgación de leyes tendientes a conseguir erogaciones de las empresas mineras, con el fin de acrecentar los fondos estatales para contribuir a la campaña antiplánica. Además, diseñar una legislación que obligara a que los enfermos de pian se sometieran al tratamiento y control de la enfermedad, pues como ya se ha visto, muchos individuos se negaban a recibir el medicamento indicado o buscaban alivio en los yerbateros.²⁸⁹

La llegada de la penicilina y la campaña antiplánica nacional de 1950

Una de las coincidencias entre lo que escribió Max Llorente en los dos números publicados en el Heraldo Médico y Vargas Cuellar en sus observaciones en el Cauca, era su opinión acerca del tratamiento de los pianosos. Al respecto Vargas Cuellar hacía énfasis en que el tratamiento del pian es uno de los más difíciles y complejos que pudieran presentarse. No es como sostenían muchos autores que con tres o cuatro inyecciones de salvarsán u otras cuantas de bismuto el enfermo recuperaba su estado de salud. Muchos de quienes eran tratados con estos medicamentos se curaban por un corto periodo de tiempo, pero volvían a recaer. Esto podía ser explicado ya fuera por una dosis insuficiente o por factores como la alimentación, la falta de higiene de la persona y en general sus condiciones sociales.²⁹⁰

Teniendo en cuenta las dudas que se venían presentando con respecto a los medicamentos usados para los bubosos, diez años después de iniciada la campaña

²⁸⁹ Guerra A, Gonzalo. 1941. *El Pian en el Litoral Pacífico Colombiano. Cómo debe orientarse su campaña*. Boletín Clínico Año VII N° 2 N.º 74. p. 94-95

²⁹⁰ Vargas Cuellar, Pedro. 1941. El pian en la geopatología del Valle del Cauca. Tesis para optar al título de medicina y cirugía. Bogotá, Universidad Nacional. p. 46; Llorente O, Max. 1942. *Mas sobre el Pian*. Heraldo Médico Año III N° 24. p. 17-18

antipiánica, se publicaba en Colombia una alternativa con la cual se podía suplir esa falencia. El médico Gonzalo Guerra, quien ya había sugerido una nueva forma de reorganizar la campaña, hacía algunas adiciones a su propuesta de 1941 y la complementaba especificando como se deberían dividir las zonas de atención y el personal necesario para los tratamientos. No obstante, lo más interesante en esta nueva propuesta era la recomendación de pasar de los arsenicales y bismuto, al uso de la penicilina.²⁹¹

En el año 1945 y ante las dificultades que se venían observando en la campaña en cuanto al tratamiento de los pianosos, la penicilina despertó un optimismo generalizado en los médicos involucrados en la problemática de las bubas, pues los resultados en otros países para el tratamiento de diferentes enfermedades bacterianas arrojaban resultados positivos.²⁹² Uno de los primeros antecedentes del uso de la penicilina frente a espiroquetas fue realizado por John F. Mahoney, R. C. Arnold y Ad Harris en 1943 en la ciudad de Nueva York (figura 24). Este reporte preliminar abarcó una serie de estudios que mostraron una buena efectividad del fármaco en la sífilis experimental en conejos y un pequeño estudio piloto en cuatro pacientes con sífilis temprana (primaria) que fueron tratados solo con penicilina. El tratamiento con penicilina consistió en una inyección intramuscular de 25,000 unidades del medicamento a intervalos de 4 horas, noche y día, durante 8 días. El número total de inyecciones fue de 48, y la cantidad total de la droga fue de 1,200,000 unidades. Como resultado final, se obtuvo la desaparición completa de la enfermedad después de los diez días. A pesar de los resultados positivos, el estudio era enfático en que solo se habían tratado cuatro

²⁹¹ Guerra A, Gonzalo. 1946. *Campaña antipiánica y su tratamiento masivo-ambulatorio*. Heraldo Médico Año V N° 94. p. 25-28

²⁹² Para conocer más acerca de la entrada de la penicilina en el mundo médico se presentan dos trabajos que muestran de manera resumida los comienzos de este antibiótico como alternativa terapéutica: Laboratorios, Winthrop Limitada. 1943. Nuevas comunicaciones sobre la penicilina. Revista de la Facultad de Medicina; Vol. 12, N.º 6; 293-294 2357-3848 0120-0011 y Klump, Theodore E. 1944. Panorama presente y futuro de la penicilina y sustancias similares. Revista de la Facultad de Medicina; Vol. 12, N.º 11 ; 607-614 2357-3848 0120-0011 .

pacientes y por tanto la conclusión no era definitiva. No obstante, era un comienzo esperanzador que dejaba la puerta abierta a nuevos estudios.²⁹³

Figura 24. Estudio sobre el tratamiento con penicilina a pacientes con sífilis, 1943

American Journal of Public Health *and* THE NATION'S HEALTH

Volume 33

December, 1943

Number 12

Penicillin Treatment of Early Syphilis*

A Preliminary Report

JOHN F. MAHONEY, M.D., R. C. ARNOLD, M.D., AND
AD HARRIS

U. S. Marine Hospital, Staten Island, N. Y.

Fuente: Mahoney, J. F., Arnold, R. C., & Harris, A. 1943. Penicillin Treatment of Early Syphilis-A Preliminary Report. American journal of public health and the nation's health, 33(12), 1387–1391. doi:10.2105/ajph.33.12.1387

Volviendo a la sugerencia hecha por el médico Gonzalo Guerra de emplear penicilina en lugar de arsenicales o bismuto en los pacientes con pian, él mismo había hecho la propuesta al Ministerio de Trabajo e Higiene en 1945 para que se le permitiera hacer un ensayo clínico con el fin de probar la penicilina en suelo colombiano. Sin embargo, su solicitud no fue tenida en cuenta.²⁹⁴ De todas formas, dejó consignada la manera en que consideraba que debía ser utilizado este antibiótico para ser aplicado de forma masiva y ambulatoria. Para los adultos el tratamiento comprendía cuatro días, inyectando 400.000 o 500.000 unidades

²⁹³ Mahoney, J. F., Arnold, R. C., & Harris, A. 1943. Penicillin Treatment of Early Syphilis-A Preliminary Report. American journal of public health and the nation's health, 33(12), 1387–1391. doi:10.2105/ajph.33.12.1387

²⁹⁴ Acerca de esta solicitud, no fue posible corroborar en otras fuentes sus afirmaciones. Sin embargo, hay antecedentes del uso de la penicilina en Colombia en otros trabajos, aunque en enfermedades diferentes al pian.

diarias repartidas en cuatro inyecciones cada tres horas. Para los niños sugería hacer un ajuste de a la edad, pero en general la dosis podía ser de 75.000 a 100.000 unidades. De acuerdo con la evolución del individuo, el tiempo de tratamiento era de pocas semanas y en los niños bastaban tres días para su curación.²⁹⁵

Dentro de los primeros antecedentes del uso de la penicilina en Colombia se encuentran los trabajos realizados por el Dr. Rafael Peralta C, quien, en 1945, hizo un pequeño ensayo, tratando una mujer con sífilis.²⁹⁶ Para su estudio usó penicilina de diferentes marcas (Oxford, Heyden y Parke Davis), a distintas concentraciones. Este ensayo fue verificado por la Comisión de Especialidades Farmacéuticas de Colombia, quienes afirmaron que el experimento no había sido concluyente y no era posible saber si el tratamiento había sido eficaz o inoperante. No obstante, este pequeño experimento es interesante pues fue el comienzo del uso de este antibiótico, tanto para la sífilis como para otras entidades bacterianas.²⁹⁷

Un año después de la publicación del Dr. Peralta, se publicó otro ensayo realizado en el Centro de Higiene de Quibdó en que utilizó la penicilina en un niño de dos meses de nacido para el tratamiento de fiebres recurrentes ocasionadas por tos ferina. El niño mostró una buena tolerancia al tratamiento después de 60 días de observación. La conclusión del médico después del tratamiento era esperanzadora en cuanto al cambio que se vendría con el uso de la penicilina, ya que modificaría la terapéutica en el caso de las fiebres recurrentes, además hacía hincapié en ser el primer caso descrito en el país.²⁹⁸

Al parecer para el año 1947 la penicilina estaba ya extendida en suelo colombiano y se usaba para el tratamiento de diversas enfermedades bacterianas. Ese mismo año Laurentino Muñoz se refería a la penicilina como un medicamento

²⁹⁵ Guerra A, Gonzalo. 1946. *Campaña antipiánica y su tratamiento masivo-ambulatorio*. Heraldo Médico Año V N° 94. p. 25-28

²⁹⁶ Se presume que este ensayo fue realizado en Bogotá dado que el médico Rafael Peralta era el jefe del servicio obstétrico del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Sin embargo, la fuente no permite asegurar categóricamente que haya sido en la capital colombiana.

²⁹⁷ Peralta C., Rafael. 1945. Sífilis y penicilina. *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol. 13, N.º 11-12; 1064-1066 2357-3848 0120-0011.

²⁹⁸ Guerrero, Jesús María. 1946. Tratamiento de la fiebre recurrente por medio de la penicilina. *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol. 15, N.º 4; 264-265 2357-3848 0120-0011.

todopoderoso, teniendo en cuenta su efectividad frente a la blenorragia (gonorrea), y abría la puerta a su uso frente a la espiroqueta causante de la sífilis. Al respecto decía:

De la blenorragia podemos decir que está desapareciendo como problema social, bajo el golpe seguro de este hongo superpoderoso. Y como la ciencia no se cansa en buscar nuevas aplicaciones y medios para combatir las enfermedades, he aquí que está en nuestras manos la penicilina para combatir seguramente la espiroqueta y destruirla también con rapidez que podría asombrarnos.²⁹⁹

El arribo de la penicilina tuvo implicaciones no solo en el aspecto terapéutico, sino también en lo social. Según Diana Obregón el uso de este nuevo antibiótico tuvo consecuencias en la forma en que era vista la prostitución, pues el control de las enfermedades venéreas se hizo más efectivo y así la prostitución fue perdiendo su condición de problema sanitario, lo que hizo más visible su dimensión de criminal moral y estético.³⁰⁰

La llegada y uso de la penicilina frente a las enfermedades infecciosas hizo que la campaña antiplánica fuera replanteada. El uso de arsenicales y del bismuto requería una manipulación exigente, en adición estos tratamientos eran dispendiosos y obligaban a instalar puestos fijos para la aplicación de inyecciones. Esto representaba una dificultad pues para un tratamiento completo, los pacientes debían asistir en varias ocasiones y no era fácil convencerlos de hacerlo para su curación total. Vale la pena recordar que muchos de los pianosos tenían una concepción fatalista de esta enfermedad, en la que padecer las bubas con todas las complicaciones que podían traer las lesiones, era algo completamente inevitable.

²⁹⁹ Muñoz, Laurentino. 1947. El apogeo de las enfermedades evitables en América: paludismo, sífilis, tuberculosis. Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia. p. 187

³⁰⁰ Obregón, Diana. 2002. Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(Suppl.), 161-186. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400008>

El 16 de enero de 1950 en Bogotá, se firmó el proyecto de convenio 116, acordado entre el ministro de Higiene de Colombia, Jorge E. Cavelier, y el director encargado del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Ing. Anthony J. Kranaskas. El Objeto de este era la supresión del pian como problema de Higiene Pública y su erradicación del territorio de la República de Colombia.³⁰¹

Como antecedentes para la firma del convenio se tuvieron en cuenta las campañas antiplánicas que precedieron el nuevo contrato. Allí se contempló el grave problema que representaban las bubas en Colombia y la cantidad de regiones azotadas por la enfermedad que comprendían toda la costa pacífica, desde la frontera con Ecuador hasta los límites con Panamá, incluyendo la desembocadura del Atrato en el Golfo de Urabá. Además, la dificultad existente con los sistemas terapéuticos disponibles hasta el momento fue también un factor determinante, pues como se ha mencionado, requerían una larga duración y existía el peligro de intoxicaciones asociadas a dosis múltiples de los medicamentos.

Antes de la firma del convenio, no existían encuestas o estadísticas completas y confiables que permitieran fijar con exactitud el número de casos en el país. Si bien se conocían las cifras derivadas de las conclusiones de la conferencia antiplánica de Buenaventura, estas eran poco confiables. La estimación hecha antes de comenzar con esta campaña fue de 60.000 casos en la Nación. Se consideraron también las secuelas producto de la enfermedad tales como mutilaciones, afectación en los tendones y cicatrices atróficas. Estas a su vez traían como consecuencia la disminución en la capacidad productiva del trabajador, lo cual minaba la economía de la región.

La estrategia adoptada para la campaña antiplánica se dividió en dos aspectos fundamentales: un plan científico y uno administrativo. En cuanto al plan científico se tuvieron en cuenta estudios que consideraron varios aspectos:

³⁰¹ Campaña general antiplánica en Colombia. 1950. Revista de Higiene de Bogotá Año XXIV N° 3. p. 265-271.

- a) Resultados de las campañas antiplágicas realizadas antes de 1950: en este punto se llegó a la conclusión de que los tratamientos a base de arsenicales o bismuto usados hasta esa fecha habían sido ineficaces a pesar de ser específicos contra la espiroqueta. En contra de su uso estaba el hecho de que muchos pacientes no terminaban el tratamiento completo ya que gran parte de estos vivían en regiones lejanas de los núcleos de población y en ciertos casos tenían hábitos migratorios. Esto por un lado era un problema para el buboso en sí, pero también para la comunidad en general ya que viajaban dispersando la infección.
- b) Estudio de las nuevas alternativas terapéuticas para el tratamiento de las bubas y fijación de una dosis estándar: para esto, se consultaron los últimos trabajos que se habían efectuado tanto en el país como fuera de él, en particular algunos ensayos hechos en África, en Haití y en Ecuador, en especial en la provincia de Manzanares, la cual limita con Colombia y tenía gran cantidad de pianosos.³⁰² En cuanto al uso de la penicilina que debía ser usada la dosis se fijó de acuerdo a la edad de la siguiente manera:

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| 0 a 7 años | 300.000 unidades de penicilina |
| 8 a 14 años | 600.000 unidades de penicilina |
| 15 y más años | 1'200.000 unidades de penicilina |

La droga debía ser aplicada intramuscularmente en una sola inyección.

- c) Conveniencia de la adopción de una nomenclatura unificada y simplificada del tipo de lesiones en los enfermos: Como se explicó en el capítulo primero, la enfermedad era clasificada por los médicos como primaria, secundaria y terciaria según el estado en que se encontrara al paciente. Para esta

³⁰² De hecho, en 1945 los gobiernos de Colombia y Ecuador firmaron un convenio de sanidad fronteriza para que las comisiones sanitarias de ambos países lucharan contra varias enfermedades entre las que se encontraba el pian pero también la rabia, el tifo exantémico y otras enfermedades transmisibles. Este convenio puede consultarse en: Convenio de las Repúblicas de Colombia y Ecuador para la protección de la salud pública. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);24(7),jul. 1945 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/299295>

campaña se resolvió prescindir de esa nomenclatura y de otras que se utilizaban como pian abierto/pian cerrado o de antecedentes/evolución. En lugar de eso, se resolvió registrar y describir si había lesiones fácilmente identificables, que permitieran en un estudio estadístico posterior clasificarla en el periodo (primario, secundario, o terciario) correspondiente. Esta determinación se tomó para evitar errores, teniendo en cuenta que el personal que aplicaba el tratamiento no tenía el conocimiento científico y técnico necesario para diferenciar por ejemplo entre pian primario y secundario. La campaña se llevaba a cabo, como dice el documento, “con un mínimo de diagnóstico y aún sin él” y para inyectar el medicamento solo bastaba la noción epidemiológica.

- d) Implementación de una tarjeta o registro de tratamiento individual: para la vigilancia de la efectividad del tratamiento se volvía a las regiones con una periodicidad de seis meses y hacer una revisión que permitiera calificar los resultados de la aplicación del medicamento. La calificación se hacía abajo la siguiente nomenclatura:
- Curación (C.): Cierre de las lesiones abiertas o, en general desaparición de las lesiones que presentaba el paciente al momento de recibir el tratamiento.
 - Progreso satisfactorio (Ps.): Mejoría de las lesiones
 - Sin resultado (Sr.): Ningún efecto del tratamiento.

Se estipuló que quienes se encontraran en progreso satisfactorio y sin resultado recibieran de nuevo el tratamiento completo

Dentro del plan administrativo se tuvo en cuenta que la región más afectada en el país era la del litoral pacífico y era difícil hacer una campaña en todo el territorio colombiano. De esta manera, se hizo una división por zonas numeradas de 1 a 5³⁰³ en sentido sur norte, a lo largo de la costa pacífica, como consta en la figura 25

³⁰³ En el documento original se utiliza la numeración romana, es decir de I a V.

Uno de los puntos en los que se hizo énfasis para alcanzar el éxito en la campaña, es que debía ser móvil, es decir que el personal debía movilizarse de forma activa para la búsqueda de los enfermos y no al contrario. Además, no se fijarían sitios de hospitalización ni cuarentena. También se estableció que la forma de trabajo era en dos ríos contiguos con el fin de controlar, en la medida de lo posible, a los enfermos que pasaban de un lado a otro. La forma de desplazamiento del personal sería desde la desembocadura de los ríos, sitio en donde había la mayor cantidad de pianosos, hacia las cabeceras pobladas. De esta manera se lograría dar tratamiento una gran cantidad de bubosos.³⁰⁴

³⁰⁴ Campaña general antiplánica en Colombia. 1950. Revista de Higiene de Bogotá Año XXIV N° 3. p. 265-271.

Figura 25. Zonas de la Campaña general antiplánica en Colombia 1950



Fuente: Campaña general antiplánica en Colombia. 1950. Revista de Higiene de Bogotá Año XXIV Nº 3. p. 267

Teniendo en cuenta las condiciones geográficas de las zonas delimitadas y el hecho de que la campaña era exclusivamente móvil, las comisiones debían estar

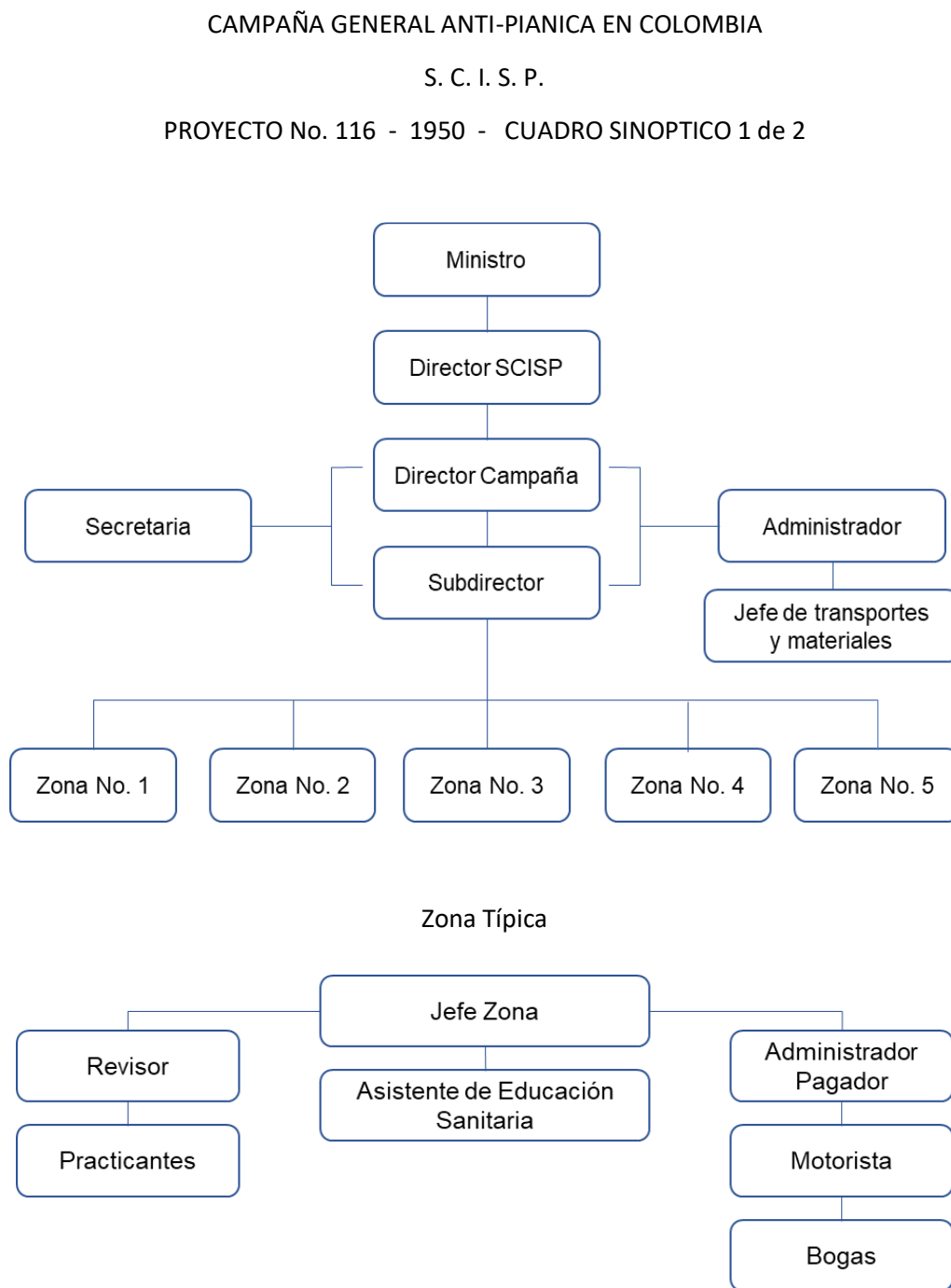
provistas de transporte marítimo para optimizar el desplazamiento. Se escogieron canoas a motor pues las condiciones del caudal, la corriente, entre otros aspectos, no permitía utilizar otro tipo de vehículos, como lanchas pesadas o embarcaciones más grandes. Cada canoa debía estar provista de los elementos necesarios para el tratamiento y cuidado de los pacientes, pero con los suficientes víveres para el personal de salud.

En cuanto al personal, había un médico jefe encargado de cada zona que contaba con un ayudante que se desempeñaba como revisor. En conjunto, médico y revisor debían fijar a cada comisión los trayectos del río en que debían operar. Estas comisiones estaban conformadas por dos practicantes (enfermeros),³⁰⁵ un motorista y un boga (ver figura 26).³⁰⁶

³⁰⁵ Una vez comenzada la campaña, por cada zona había diez practicantes enfermeros por cada zona. López Narváez, G. 1956. Pián y Campaña Antipiánica en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4), 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

³⁰⁶ El boga era el piloto de la canoa o embarcación que usaba remos o palancas para impulsarse y dar dirección al vehículo. El boga era adherido a la campaña en el sitio de trabajo, ya que lo ideal era que conociera bien las zonas por las cuales se debían desplazar las comisiones. Para conocer el documento original con todas las especificaciones de la campaña mirar el anexo 6

Figura 26. Organigrama de la campaña antiplánica en Colombia, 1950.



Fuente: Fuente: Campaña general antiplánica en Colombia. 1950. Revista de Higiene de Bogotá Año XXIV N° 3.

Hay pocos documentos sobre la entrada en funcionamiento de la campaña, pero hay dos valiosos informes escritos por el médico Gerardo López Narváez quien ofició como director de la campaña general antipiánica en Colombia, desde su comienzo en 1950 por lo menos hasta 1960 en que escribió un informe que aparece en las memorias del Ministerio de Salud Pública.

Todas las regiones que integraron el campo de acción de la campaña tenían como característica un terreno selvático, con altas temperaturas y humedad. Las vías de comunicación terrestre eran escasas y de allí la importancia del transporte fluvial. La población abarcaba entre las zonas alrededor de 600.000 habitantes, casi el 95% eran de raza negra. Gran parte de los habitantes de la región del litoral pacífico vivían en zonas aisladas y dispersas a lo largo de los ríos y las costas salvo algunos núcleos urbanos pertenecientes a Buenaventura, Quibdó y Tumaco. El nivel cultural era muy bajo y predominaban los malos hábitos de higiene.³⁰⁷

Las labores de las comisiones comenzaron en las zonas I y II. La zona I correspondía a la frontera con Ecuador y estaba representada, en la región del litoral, por los ríos Mataje y Mira. Con el permiso de las autoridades sanitarias ecuatorianas, fueron tratados primero a los enfermos de su territorio, pues los habitantes de las orillas de los ríos pasaban de un país a otro, sin importar las obligaciones aduaneras establecidas entre las dos naciones. Se procedió de esa forma ya que Ecuador aun no iniciaba una campaña antipiánica que cubriera el tratamiento de sus pobladores.³⁰⁸

Durante el transporte a través de los ríos se establecían puntos de referencia para el desplazamiento. Así mismo, se hacía un reconocimiento de la región y una encuesta en la que se consignaba el número de habitantes, un conteo de las casas en ambas riberas, se calculaba el número de habitantes por cada casa, la cantidad

³⁰⁷ López Narváez, G. 1956. Pián y Campaña Antipiánica en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24(4), 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

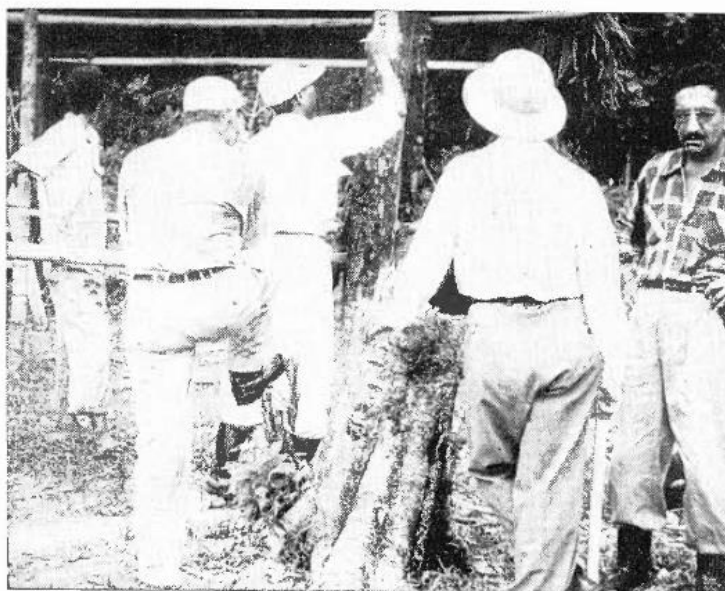
³⁰⁸ López Narváez, Gerardo. 1956. Pián y Campaña Antipiánica en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24(4), 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

de droga y el tiempo necesario para el tratamiento de todos los enfermos a lo largo del río. En los recorridos hechos, se hacía también una labor de información sobre el objetivo de la campaña, procurando concientizar a los pobladores de eliminar la desconfianza que existía por la presencia de “blancos” en la región. Para llevar a cabo esta labor educativa, se contaba con un equipo de proyección cinematográfico operado a motor al cual se le había acoplado un sistema de altavoz. En general se proyectaban películas de educación sanitaria y noticieros cortos. No se recurría a la propaganda escrita por el alto índice de analfabetismo que había.³⁰⁹

Uno de los aspectos más llamativos, que permitieron organizar la campaña y conocer por cuales sitios ya habían pasado, fue la forma en que numeraron las casas. Las casas que iban visitando a lo largo del río eran marcadas y numeradas en una forma similar a como se hacía en las ciudades, es decir, números pares a la derecha e impares en la margen izquierda (figura 27). Además, se realizaba un croquis de cada río en el que se señalaba la ubicación de las viviendas y se marcaban algunos puntos de referencia útiles para los recorridos.

³⁰⁹ López Narvárez, Gerardo. 1956. Pián y Campaña Antipiánica en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24(4), 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

Figura 27. Campaña antiplañica marcando las casas visitada



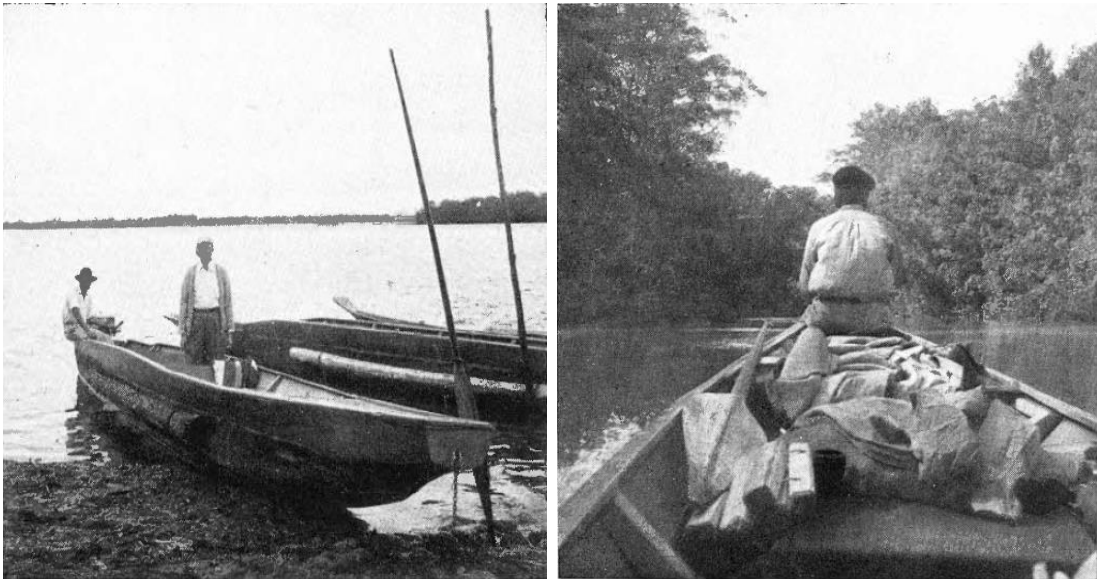
Fuente: López Narváez, G. 1956. Plañ y Campaña Antiplañica en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 336. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

Como ya se mencionó, el medio de transporte era fluvial y no podían utilizarse vehículos diferentes a canoas de madera impulsadas a motor por fuera de borda. Estas eran conocidas en la región como “potrillos” y además del motor, eran impulsadas por medio de palancas y canaletes (figura 28). En cada canoa, viajaban dos practicantes, el motorista y el boga. El personal iba provisto de material de campaña y vivieres para su subsistencia, una vez llegada la noche descansaban en cualquier choza en la que se les permitiera su estancia.

Si bien las labores de las comisiones comenzaron y se centraron en las zonas I y II, hacia el año 1953 ya se trabajaba en las cinco zonas demarcadas en el mapa diseñado (figura 25). Ese año se presentó un informe parcial en el cual se señalaba la cantidad de enfermos atendidos y cómo había sido la efectividad del tratamiento en los pianosos. A pesar de que los datos tienen una estadística incipiente, el mismo director hacía la salvedad aclarando que no era posible presentar datos

estadísticos definitivos y solo se mostraba información concerniente a la eficacia del tratamiento, algunos datos numéricos y algunos porcentajes (tabla 11). También llamaba la atención sobre el hecho de la dificultad que representó para la campaña el tratamiento de todos los pianosos, debido a sus hábitos migratorios y su movilidad por toda la región.

Figura 28. Equipos de transporte fluvial usados en la campaña antiipiánica



Fuente: López Narváez, G. 1956. Pián y Campaña Antiipiánica en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 337. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

Tabla 11. Estadísticas de la campaña antipianica en Colombia, 1953

| Edad en años | Enfermos de pian tratados por primera vez | Total de personas "Sin Lesión" (contactos) tratadas: | Curados | En progreso satisfactorio | Sin resultado | Total de pacientes revisados |
|--------------|---|--|---------------|---------------------------|---------------|------------------------------|
| De 0 a 7 | 18.810 | 39.949 | 10.011 | 407 | 63 | |
| De 8 a 14 | 23.609 | 23.500 | 11.358 | 1.641 | 138 | |
| De 15 y más | 68.725 | 61.119 | 24.227 | 9.883 | 742 | |
| Total | 111.144 | 124.568 | 45.596 | 11.931 | 943 | 58.470 |

| Porcentajes de la tarjeta de Registro de tratamientos | |
|---|-------|
| % de Revisados sobre total de Tratados | 52,61 |
| % de Curación | 77,98 |
| % de Progreso satisfactorio | 20,41 |
| % de Sin resultado | 1,61 |

Fuente: López Narváez, G. 1956. Pián y Campaña Antipiánica en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, 24(4). p. 340-341. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

En 1960 López Narváez escribió un pequeño informe con algunas de las conclusiones de 10 años de trabajo de la campaña antipiánica. Con respecto al área en que se desempeñaron las comisiones se observó una ampliación hacia regiones aledañas al litoral pacífico que en el inicio no estaban contempladas. El área en la que se trabajó durante la campaña fue: todo el litoral Pacífico, comprendido entre las fronteras con Panamá y Ecuador, la totalidad del Departamento del Chocó; en el Departamento de Antioquia las comisiones realizaron actividades en la vertiente oriental del Golfo de Urabá y territorios ribereños del Atrato; en Córdoba la mitad occidental de sus costas en el Caribe; en Caldas la región noreste de Samaná y las

vecindades de Pueblo Rico; por último se cobijó gran parte de las riberas del río Magdalena en los departamentos de Magdalena y Bolívar.³¹⁰

Según López Narváez el sistema de trabajo adoptado en la campaña, dándole un carácter móvil y de visita a los enfermos, permitió abarcar una gran cantidad de pianosos. Esta metodología obligaba al personal de salud a hacer una inspección de casa por casa. En cada vivienda examinaban a todas las personas que allí moraban y de esta manera no dejaban escapar a ningún candidato a ser medicado. Fue esa la justificación para adoptar esa estrategia, pues si se hubieran ubicado dispensarios o centros de concentración para el tratamiento de enfermos, tal vez muchos de ellos no habrían acudido. En cada casa se trataban no solo a los bubosos, sino también a quienes habían entrado en contacto con ellos, es decir a “las personas que han estado en tal asociación con la persona infectada, que cabe presumir que se ha expuesto a la infección”.³¹¹

En cuanto al tratamiento, la penicilina fue el medicamento de elección y se prescindió de cualquier otra forma terapéutica anterior como arsenicales o bismuto. Como dato interesante, en los recorridos por la región cuando se observaba a alguien con una patología distinta al pian, pero que pudiera beneficiarse de las propiedades de la penicilina, se le aplicaba el tratamiento. Muchos de los que recibieron el antibiótico tenían enfermedades venéreas como sífilis o gonorrea. Estos últimos tratamientos eran consignados en los informes como “otros casos”. Para 1960 eran más los casos ocasionados por otras infecciones que por el mismo pian pues ese año el número de bubosos fue de 4.559, los contactos fueron 6.631 y los “otros casos” 9.599.³¹²

Con respecto a los pianosos tratados desde comienzos de la campaña se menciona una cifra muy escueta, pero que muestra un panorama con una tendencia de cada

³¹⁰ Ocampo Londoño, Alfonso. 1960. *Memoria del Ministerio de Salud Pública*. Bogotá, Imprenta nacional. p. 383.

³¹¹ Ocampo Londoño, Alfonso. 1960. *Memoria del Ministerio de Salud Pública*. Bogotá, Imprenta nacional. p. 384.

³¹² Ocampo Londoño, Alfonso. 1960. *Memoria del Ministerio de Salud Pública*. Bogotá, Imprenta nacional. p. 384-385.

vez menos enfermos. Durante el primer año de funcionamiento de las comisiones el número de bubosos que recibieron el tratamiento fue de 50.802. Las encuestas preliminares a la entrada en funcionamiento de la campaña mostraban una prevalencia del 70%. Diez años después, el número de enfermos de pian a quienes se les aplicó la penicilina fue de 4.599 y la prevalencia fue calculada en 0,75%.

De este informe se desprenden dos grandes conclusiones que permiten vislumbrar el funcionamiento de la campaña. Por una parte, el control de manera sistemática, las visitas repetidas a los focos de infección y la eficacia de la penicilina para la curación total de las lesiones, permitió un avance significativo en la erradicación paulatina de este problema de salud pública. López Narváez argumentaba:

Desde hace ya varios años la Campaña Antipiánica tiene bajo su absoluto control toda la inmensa área del país antes gravemente afectada por esta enfermedad; hasta el punto que puede comunicarse con toda responsabilidad que no hay una sola habitación humana de las en ella comprendidas que no haya sido visitada en repetidas ocasiones por esta dependencia del Ministerio de Salud Pública. En la actualidad las labores se concretan en la búsqueda de casos en forma sistemática y a la aplicación de tratamientos adicionales, cuando de ello hay necesidad.³¹³

De otro lado y como conclusión de su informe señalaba que la campaña se encontraba ya en la proximidad de alcanzar el objetivo final que se propuso desde sus comienzos que era la erradicación del pian en todo el territorio colombiano, de esta manera habría de eliminarse en las regiones afectadas la principal causa de retardo para su progreso.³¹⁴

Las campañas nacionales desarrolladas entre 1925 y 1950, pusieron de manifiesto una enfermedad que atacó gran parte del país. A pesar de que se tenía la idea de ser exclusiva de las zonas costeras, se evidenció su presencia en regiones del

³¹³ Ocampo Londoño, Alfonso. 1960. *Memoria del Ministerio de Salud Pública*. Bogotá, Imprenta nacional. p. 384.

³¹⁴ Ocampo Londoño, Alfonso. 1960. *Memoria del Ministerio de Salud Pública*. Bogotá, Imprenta nacional. p. 385

interior del país. El análisis de las estrategias sanitarias aplicadas por las autoridades en salud fue importante en la medida en que nos permitió conocer las vicisitudes que se presentaron para contener el pian. Desde cuestiones presupuestales que fueron constantes, hasta dificultades geográficas de acceso a las regiones endémicas. Sin embargo, es de resaltar el esfuerzo del cuerpo médico en proponer soluciones que facilitaran la atención de los pianosos. Estrategias como campañas móviles, tratamientos no solo a enfermos sino a sus contactos más cercanos, entre otras medidas anotadas a lo largo del capítulo fueron, fundamentales para ir controlando una enfermedad caracterizada por su alta contagiosidad.

A pesar de existir tratamientos que podían ser efectivos como los arsenicales, la dificultad en su aplicación no permitía un manejo por personal que no fuera médico. Sin duda alguna la llegada de la penicilina como estrategia terapéutica fue crucial en la disminución paulatina de la enfermedad y se convirtió en un bastión importante en la campaña antipiánica nacional de 1950

Conclusiones

A comienzos del siglo XX, los esfuerzos de los médicos colombianos por establecer las diversas etiologías e historias naturales de las enfermedades infecciosas respondían a la necesidad de comprender para orientar la prevención y la posible terapéutica. Sin embargo, con algunas de estas enfermedades, enfrentaron además problemas de localización nosológica. Este fue el caso del pian o bubas, pues había que diferenciar esta entidad patológica de otras cuyos cuadros clínicos eran similares (sífilis, leishmaniasis y enfermedad de Carrión) y suscitaban cierta confusión y diversidad de denominaciones, como se mostró en el primer capítulo de este trabajo.

Por otra parte, la medicina colombiana de comienzos del siglo XX estaba muy influenciada por la forma en que fueron asimiladas ciertas tesis pasteurianas, ya convertidas en dogmas³¹⁵ y esto podía provocar cierto reduccionismo según el cual a cada dolencia había que encontrarle su correspondiente agente infeccioso. En este sentido, la etiología indicaba que un agente microbiano, el *Treponema Pallidum* (una subespecie *pertenue*), era el responsable del pian. Esto contribuyó a cierta postura sobre el contagio y al consecuente diseño de medidas específicas de control influenciadas por el dogma pasteuriano.

A pesar de ser esta una visión reduccionista, la idea de contagio contribuyó a una concepción médica atenta, al mismo tiempo, a la biología del problema y a los aspectos sociales y culturales que favorecían la presencia y persistencia de las bubas en diferentes regiones.

La combinación de factores enriqueció la concepción etiológica. La hizo salir de su marco biológico y además introdujo la noción de causas predisponentes y la de predisposición individual frente a la enfermedad. Aunque la enfermedad sea probadamente infecciosa, los solos factores biológicos no explican su expansión.

³¹⁵ Estrada, Victoria y Márquez, Jorge. 2007. *Etiología parasitaria y obstáculos epistemológicos: el caso de la malaria en Colombia*. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. vol.14, n.1, pp.91-118. ISSN 0104-5970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000100005>.

Por otra parte, completar el cuadro etiológico y la historia natural ayuda a mejorar las medidas de control y prevención.

La susceptibilidad a adquirir la enfermedad se asociaba con condiciones geográficas propias de los climas tropicales. Sin embargo, uno de los mayores retos de los médicos fue enfrentarse a factores sociales y culturales que llevaban a comportamientos favorables a cierta vulnerabilidad para desarrollar la infección. Por un lado, el desaseo y la costumbre de la desnudez exponían el cuerpo y abrían las puertas al microorganismo patógeno. Por otro lado, la mala alimentación y otras enfermedades como el paludismo y la anemia tropical, endémicas en esas mismas regiones, perpetuaban un estado de insalubridad constante.

Algunas prácticas de los bubosos, como las señaladas por el médico Juan José Narváez, eran también un factor de consideración que hacían difícil contener la enfermedad. Por ejemplo, la de transmitir voluntariamente a los niños la infección, ya fuera por incisión hecha con la uña o con un cortante. Vale la pena recordar que esto se hacía con diferentes propósitos. Por un lado, aumentar la inmunidad o resistencia de quienes constantemente padecían este mal. Pero sobre todo se actuaba bajo una concepción fatalista, con la premisa de que por ser de raza negra era inevitable que en algún momento de la vida contrajeran el pian.

A pesar de existir un tratamiento para combatir efectivamente la enfermedad, su aplicación no era simple, pues como dolencia de las zonas rurales, el pian se inscribía en un mundo de creencias distante y desconfiado con respecto a la medicina universitaria, poseedora de la quimioterapia como remedio eficaz. Además, el medicamento con el cual se trataba no era de fácil preparación. Esto provocó que los médicos debieran enfrentar imprevistos relacionados con el mal manejo del medicamento por parte de boticarios, yerbateros y por los mismos pacientes pianosos. Algunos accidentes asociados a las prácticas terapéuticas erradas tuvieron en ocasiones desenlace fatal para algunos pacientes.

Esas prácticas heterodoxas chocaban con la idea que tenían las autoridades sanitarias de establecer políticas y costumbres de higiene favorables a la salubridad

general. Y es que la campaña contra el pian se inscribe en un contexto de aplicación de la medicina social y asistencial como responsabilidad del Estado.

Quizás la lucha contra el pian presente semejanzas con la lucha contra la anemia tropical. En ambos casos se trata de enfermedades infecciosas que se presentan en áreas rurales, ambas con posibilidades de tratar, en ambos casos los resultados del tratamiento y de la prevención son fácilmente visibles. Quizás ambas fueron, cada una a su modo, oportunidades para ganar la confianza de la población rural, tan alejada y desconfiada con respecto a la medicina universitaria.

La campaña antiplánica permitió conocer un problema de salud de magnitud nacional atendido por autoridades sanitarias y algunos actores privados. Entre estos últimos se destaca la intervención de la empresa del Ferrocarril de Antioquia mediante la atención a la salud de sus trabajadores y de las familias de estos. Una de las características más llamativas de las campañas del servicio médico del FA fue su rigurosa organización administrativa, que apuntaba al mejoramiento de la relación capital/trabajo en cuanto a eficacia y rendimiento como argumentos justificativos de las inversiones en salubridad e higiene.

Era tal la organización del departamento médico del FA que se establecieron reglamentos sanitarios estrictos de obligatorio cumplimiento para el personal sanitario y para los peones. A los primeros se les exigía llevar registros precisos de la relación de sanos y enfermos, de los casos de mortalidad, de la cantidad de tratamientos aplicados y hacer inventario de las dosis. El pian comenzó a afectar a los empleados del FA a finales de 1919. Fue una emergencia atendida con prontitud por parte del departamento sanitario, que comenzó a distribuir las dosis del 914, gratuitamente, entre los peones y sus familiares enfermos. Además, la instalación de dispensarios en los focos de infección pianosa a lo largo de la vía férrea, con el fin de controlar la enfermedad contagiosa, parece haber sido una medida adecuada para evitar su propagación.

Uno de los aspectos más interesantes fue la adopción de herramientas de salud pública, como la elaboración de mapas con la distribución de las diferentes epidemias que asolaban a los empleados del FA. En gran parte, el rigor de estos

métodos y de su aplicación se debió al saber y a la gran dedicación del médico Emiliano Henao. Es probable que sus métodos hayan servido de modelos a dependencias sanitarias estatales, en especial al Director Departamental de Higiene de Antioquia, Vespasiano Peláez. Esto es evidente en el diseño de las estadísticas departamentales, muy similar a los de Henao, en pleno inicio de la campaña antiplágica en el departamento de Antioquia.

En este departamento la lucha contra el pian y otras endemias se centró en el esfuerzo por establecer estructuras complejas que logran contener la propagación de las enfermedades. En principio, la instauración de comisiones sanitarias permanentes o accidentales correspondió a un mecanismo para llegar a diferentes regiones de difícil acceso, con deficientes comunicaciones y graves problemas sanitarios. De esta manera, en 1922, se crearon comisiones sanitarias permanentes en muchos los municipios de Antioquia. Este fue uno de los primeros pasos en pro de levantar una estadística departamental que diera cuenta de las diferentes epidemias que se pudieran presentar.

A pesar de los intentos de establecer instituciones sanitarias permanentes que trabajaran de manera coordinada en la recolección de datos y en compartirlos, algunos factores afectaron el funcionamiento de las comisiones sanitarias municipales. La falta de presupuesto, la ausencia de médicos oficiales en gran parte de los municipios y la ignorancia de algunos funcionarios que fungían como inspectores sanitarios socavaron las iniciativas de las autoridades departamentales.

Sin embargo, aunque las dificultades presupuestales eran evidentes, cabe resaltar la insistencia por parte de la Dirección Nacional de Higiene en procura de contener las enfermedades que azotaban al departamento. La creación de las plazas médicas del Bajo Cauca, Zaragoza y Urabá (“médicos de zona”) son una suerte de establecimiento de medicina rural, con el traslado de tecnologías y dispositivos médicos urbanos hacia estas regiones.

Fue posible analizar las vicisitudes experimentadas por los médicos para cumplir sus labores en las áreas rurales. Las condiciones geográficas y la extensión del territorio fue un verdadero reto para aplicar los tratamientos a los pianosos. Los

galenos debían hacer intensas correrías por vía fluvial para recorrer los caseríos de las riberas, en los cuales encontraban no solamente bubosos, sino también enfermos de paludismo y anemia tropical. Los informes médicos elaborados a partir de las observaciones en esas regiones constituyeron para este trabajo una fuente privilegiada para conocer las condiciones materiales de vida de las poblaciones afectadas.

En los informes fue también palpable la situación que para la época representó una álgida disputa entre médicos licenciados y yerbateros. Estos últimos fueron un recurso constante de atención para aquellos enfermos que, ya fuera por desconfianza hacia los médicos oficiales o por falta de acceso a la medicina universitaria, acudieron a los empíricos en busca de un tratamiento. Esa discusión representó para los médicos diplomados una oportunidad para afirmar su autoridad científica y la legitimación de su oficio.

La campaña antiplánica en Antioquia nos permitió conocer la transición de modelos sanitarios que empezaron con las comisiones de sanidad permanentes o accidentales, hacia estructuras de mayor complejidad tanto en personal como en la forma de operar. La aparición de las unidades sanitarias rurales concebidas a partir de las ideas llegadas desde Europa a partir de la Conferencia de Higiene Rural de 1931 abrió la posibilidad de un radio de acción sanitario más completo para el departamento. La incorporación de inspectores sanitarios y enfermeras con capacitación técnica fue un avance con respecto a las formas en que se venía trabajando. Además, el hecho de anexar funciones como el saneamiento de los suelos, la lucha contra las diferentes endemias regionales, campañas antituberculosas, antivenéreas y antileprosas, vacunación a la población, servicios de protección materna e infantil, entre otros, permitieron llevar a las regiones una atención en materia higiénica más integral.

Para 1920, ya se tenía una idea de la distribución de las zonas afectadas por el pian en Colombia. Se sabía que la enfermedad afectaba principalmente a lo largo y ancho de las hoyas hidrográficas de los grandes ríos del país como el Magdalena, el Cauca, el Sinú y el Atrato. A pesar de que en un comienzo se pensó que el pian

era exclusivo de las regiones costeras, principalmente en toda la extensión del litoral pacífico, los informes médicos llegados desde diferentes regiones del país mostraron que las bubas se encontraban en regiones del interior del territorio nacional.

La campaña antiplágica de 1925 fue un esfuerzo inicial por tratar de contener la enfermedad en los puertos fluviales, principalmente en Puerto Berrío, Barrancabermeja, El Banco, Gamarra, Magangué y Zambrano, en el río Magdalena; Guaranda, La Raya y las Flores, en el río Cauca; San Marcos, Las Flores y Palotal, en el río San Jorge. Si bien cinco años después la campaña fue suspendida y sumida en una crisis presupuestal, su funcionamiento sirvió para mostrar la magnitud de una enfermedad que fue tomando grandes dimensiones en los años venideros.

La conferencia antiplágica de Buenaventura, celebrada en 1936, sirvió para retomar esfuerzos en la lucha antiplágica. Además reveló la extensión del problema sobre todo en los departamentos de Nariño, Cauca, Valle del Cauca y la intendencia de Chocó. Para enfrentar esa situación, fue promulgada una ley que retomó las conclusiones derivadas de la reunión en Buenaventura. A pesar de los esfuerzos para que la campaña funcionara durante los siete años que se habían presupuestado, la falta de dinero y la debilidad administrativa comenzaron a ser evidentes. Es probable que la falta de presupuesto llevara a algunos médicos a presentar cifras exageradas de la cantidad de plágicos en el país.

Una de las situaciones más preocupantes observadas durante la campaña fue la falta de ética observada en la comisión sanitaria de Nariño. Ante la dificultad en la llegada de medicamentos a algunas regiones de este departamento, los inspectores sanitarios de esas comisiones tomaron caminos poco éticos con el fin de no provocar indisposición en algunos plágicos. Como no había tratamientos que brindarles, en lugar de usar el bismuto que era la droga indicada para la curación de sus lesiones, optaron por aplicarles cualquier otra sustancia y evadir así la responsabilidad de hacerles saber la verdad sobre la escasez del medicamento.

También fue importante la observación hecha por los médicos con respecto a la efectividad de los tratamientos antiplánicos. Había un consenso en el cuerpo médico que sostenía que el tratamiento antiplánico era relativamente sencillo. La campaña antiplánica reveló que varios de los casos atendidos con los tratamientos convencionales se curaban por periodos cortos de tiempo y volvían a recaer. Esto podía ser explicado por dosis insuficientes del medicamento y factores sociales como las duras condiciones de trabajo, alimentación insuficiente, la falta de higiene, etc.

La solución definitiva a ese problema y en torno a la cual se diseñó la campaña nacional de 1950, fue la llegada de la penicilina como alternativa terapéutica frente al pian y, en general, contra otras enfermedades infecciosas. Desde la entrada en funcionamiento en Colombia, hacia 1947, esta droga fue considerada como milagrosa, dada su efectividad frente a la blenorragia y la sífilis. Sumado al hallazgo de la penicilina como alternativa terapéutica de fácil uso y con alta efectividad frente al pian, la firma del acuerdo entre la Nación y Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública fue crucial en el establecimiento de una campaña antiplánica definitiva.

Si bien el presupuesto fue un aspecto decisivo para la campaña de 1950, la estructuración científica y administrativa contribuyó a enfrentar la enfermedad de una forma organizada. La estrategia de definir concretamente cuales eran los casos por tratar (en el que se consideraron no solo los pianosos sino quienes tenían contacto con ellos), la inclusión de personal con capacitación técnica y las visitas casa por casa contribuyeron en gran medida con la disminución de los focos de bubosos en las regiones invadidas por este flagelo.

A lo largo de esta investigación fue posible poner de manifiesto que el pian fue un problema sanitario y endémico de dimensiones nacionales. Una de nuestras intenciones fue develar la magnitud que tomó esta enfermedad y como las autoridades sanitarias se enfrentaron a ella. En ese sentido, este trabajo constituye un aporte a la historiografía de la medicina colombiana de la primera mitad del siglo XX.

ANEXOS

Anexo 1. Tesis consultadas sobre el pian

| Año | Autor | Tesis | Colección |
|------|-------------------------------|--|-------------------|
| 1920 | Uribe Piedrahita, César | Apuntes para la geografía médica del ferrocarril de Urabá | SPHM-UdeA |
| 1921 | Velasco Cabrera, Benigno | Contribución al estudio clínico del pian | HN-AGN |
| 1922 | Arango T, Ernesto | Contribución al estudio de las enfermedades tropicales, pian | SPHM-UdeA |
| 1925 | Vasco Gutierrez, Eduardo | Espiroquetosis cutánea (pian) y su tratamiento por el muthanol y por el storvasol | SPHM-UdeA |
| 1928 | Delgado Uribe, Jorge E. | Notas sobre el pian | SPHM-UdeA, HN-AGN |
| 1929 | Anachury Verbel, Julio H. | Lesiones post-pianicas observadas en el Distrito de San Onofre y su tratamiento | SPHM-UdeA |
| 1934 | Lleras Pizarro, Alfredo | Algunas anotaciones sobre la sanidad en la campana del Putumayo | SPHM-UdeA |
| 1934 | Tobón, Julio | Estudio médico-social sobre el Municipio de Segovia y la "Frontino Gold Mines" | SPHM-UdeA |
| 1935 | Mora Mora Alberto | Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el departamento de Antioquia | SPHM-UdeA |
| 1938 | Kairuz, Eduardo | Contribución al estudio del pian | HN-AGN |
| 1941 | Vargas Cuellar, Pedro | El pian en la geopatología del Valle del Cauca | HN-AGN |
| 1943 | Mejía Garzón, Jose E | Las pianides | HN-AGN |
| 1944 | Uribe Jaramillo, Fabio | Notas sobre patología del Bajo Cauca | SPHM-UdeA |
| 1945 | Toro Lopera J. Guillermo | Algunas consideraciones sobre el pian | HN-AGN |
| 1945 | Nieto Escobar, Florencio | Algunas observaciones sobre el pian en la region de Medina | HN-AGN |
| 1945 | Cote D. Mario | La Campaña Antipiánica de Puerto Merizalde | HN-AGN |
| 1949 | Ossa Montoya, Salomón | Estudio del pian en la región de Puerto Berrío, Caracolí y Cisneros | SPHM-UdeA |
| 1950 | Turizo Sierra, Justiniano | Demofilaxia en San Rafael (Antioquia) | SPHM-UdeA |
| 1951 | Jimenez Zuluaga, Jaime | Labores de salubridad desarrolladas en el municipio de San Rafael | SPHM-UdeA |
| 1952 | Jaramillo Díaz, Antonio | Estado patológico e higiénico de: Amalfi - Nariño - San Carlos | SPHM-UdeA |
| 1952 | Londoño Lopera, Hugo | Monografía de Valdivia | SPHM-UdeA |
| 1952 | Ruiz Jaraillo, Gilberto | Estudio higiénico, social y epidemiológico realizado durante un año de medicatura rural en el municipio de Zaragoza (Antioquia), e informe de labores del Centro de Higiene del mismo municipio efectuadas durante dicho periodo abril 1951 - abril 1952 | SPHM-UdeA |
| 1953 | Rodriguez Rodriguez, Leonidas | Estudio médico-social del municipio de Turbo | SPHM-UdeA |
| 1953 | Vasco Posada, Jorge | Hospitales Muncipales en Antioquia - E pian en el Oriente Antioqueño | SPHM-UdeA |

SPMH-UdeA: Sala Patrimonial Historia de la Medicina- Universidad de Antioquia HN-HGN-AGN: Hemeroteca Nacional – Archivo General de la Nación

Anexo 2. Plan de campaña contra el pian en la región oriental de Antioquia

I

Inspección detallada de la región limitada por el meridiano del primer grado de longitud Oeste de Bogotá, la línea del Ferrocarril de Antioquia, el río Magdalena y el paralelo 6° grado de latitud Norte, con objeto de hacer el censo, lo más exacto posible, de los enfermos de Pian, y de localizar todos los lugares infectados.

Se hará la lista de todos los casos encontrados, con nombre, edad y residencia del enfermo y anotando las facilidades que tenga para el transporte al lugar donde se situó el hospital

II

Hospitalización de los enfermos por secciones sucesivas, empezando por la periferia de cada una. Se habilitarán como Hospitales una o más casas, a las que se les harán reparaciones necesarias para apropiarlas al objeto que se destinan (agua potable, W.C., desagües, etc.) y de capacidad suficiente para poder tener en tratamiento al menos 50 enfermos diarios. Al cabo de unos diez y seis días (16), tiempo suficiente para aplicar hasta cuatro (4) inyecciones de 914, es decir, 1 de cada sexto día, se dará de baja a aquellos en que hayan desaparecido las manifestaciones externas, y se anotarán bien sus nombres, direcciones o residencias para hacerlos volver al mes exacto al hospital por medio de la policía sanitaria, para continuar el tratamiento.

Ocuparán el campo de los salidos los enfermos procedentes de la faja inmediatamente siguiente en la misma región a que el Hospital sirve de centro, para seguir con ellos del mismo modo que con los anteriores. Se continuará así hasta tratar a todos los enfermos de la región.

Se harán generalmente 3 tandas de inyecciones (1 tanda cada mes) a los enfermos, aunque hayan desaparecido las manifestaciones externas desde la primera, de modo que al final de la última tanda, transcurridos 3 $\frac{1}{2}$ meses, pueda considerarse curado al enfermo si no ha tenido recaída alguna.

Limpia ya la zona de que hace centro el hospital se pasará a la siguiente.

III

Se establecerán sucesivamente Hospitales en los siguientes puntos y en el siguiente orden:

1. *San Carlos*. – Para todos los enfermos que hay entre los ríos Guatapé y Samaná

2. *San Rafael.* – Allí se tratarán los enfermos de la región comprendida entre los ríos Guatapé y Nare, excepto los de la parte baja del Nare y los vecinos a la intercepción del Nare y Samaná, que van a otro hospital, con mejores facilidades de transporte
3. *Caracolí.* – Se tratarán allí los enfermos de la región comprendida entre el Nare y el Nus.
4. *Puerto Berrío.* – Para los enfermos de la región comprendida entre el Samaná y el Magdalena y los de la región inferior del Nus entre la línea del Ferrocarril y el Magdalena y el mismo Nus.

No quedan comprendidos en este plan los enfermos del Distrito de San Roque y de sus fracciones.

IV

Se proveerá el Hospital por medio de la Proveeduría del Ferrocarril.

V

Los empleados de la campaña contra el Pian serán:

- Un Médico con su ayudante o peón de servicio;
- Un despensero;
- Un provisionero;
- Dos cocineras;
- Seis Policías sanitarios

FINANZAS

El costo de cada enfermo por día sale alrededor de \$ 0,50, así: Ración, \$ 0,25; Inyección (promediado el valor de las 4 en 16 días) \$ 0,25.

El costo de empleados por día es alrededor de \$ 16,00, así:

- Un Médico a \$ 250,00 mensuales \$ 8,33 por día.
- Un ayudante enfermero a.....“ 0,80 “ “
- Un despenseroa.....“ 0,65 “ “
- Un provisioneroa.....“ 0,70 “ “
- Dos cocinerasa \$ 0,60 “ 1,20 “ “
- Seis Policías Sanitarios a \$ 0,80 “ 4,80 “ “

Suma.....\$ 16,48

De modo que el Hospital con 50 enfermos cuesta diariamente

- Empleados \$ 16,48
- 50 enfermos a \$ 0,50 \$ 25,00
- Vehículos y extras \$ 1,52

Total \$ 43,00

Costo en un mes \$ 1290,00
Costo en un año \$ 15480,00

1000 enfermos por tratar, a 50 enfermos diarios son veinte tandas de enfermos. Cada tanda se hospitaliza cuarenta y ocho días, o sea un total de 960 días, es decir, *dos años y ocho meses*.

Costo de mil enfermos en dos años y 8 meses..... \$ 41280,00 oro
Costo de un enfermo \$ 41,28 “

El plan propuesto parece exagerado en lo que respecta al número de tandas de inyecciones y quizá lo sea en efecto, por la generalización; pero está basado en las recaídas después de uno y de dos meses en enfermos que han curado con una serie de tres o cuatro inyecciones.

Desinfectada a región hay que seguir cuidándola porque todo el Departamento está infectado.

Para mostrar la infección de él se elaboró el mapa de Antioquia que también tengo el honor de presentar, y que se hizo con los datos suministrados por la Dirección Departamental de Higiene. Las poblaciones infectadas según ellos son 31. Los datos recogidos por el Ferrocarril hacen subir a 43 entre los 96 municipios del Departamento, algunos de los cuales tienen número muy elevado de enfermos, predominando las cifras altas de 500 casos en la hoya del Cauca, en toda la extensión de su recorrido en Antioquia.

Pero la infección se extiende, más allá de los límites de Antioquia según vemos en “Galería Médica” de Bogotá, hecho con datos de la Dirección Nacional y de las Departamentales de Higiene. En él figura Antioquia piánica como una parte del gran todo formado por la Nación en todas las hoyas de los grandes ríos y en sus costas.

La hoya del Magdalena, por ejemplo, con puntos salteados en su parte superior, esta intensamente infectada desde arriba de Nare hasta su desembocadura en el mar, donde disminuye un poco la infección.

Las hoyas del Atrato, del San Jua, del Patía, del Telembí, del Mira y del Sinú están fuertemente infectadas, lo mismo que la provincia de Cúcuta y la mayor parte de la provincia de Vélez.

Los puertos y caseríos del Pacífico y del Atlántico tienen el pian endémico, especialmente Tumaco, Iscuandé, Buenaventura, Guapi, Turbo, Tolú y Cartagena.

También hay unos pequeños focos en la provincia de Bucaramanga, lo mismo que en los Departamentos del Tolima y de Cundinamarca.

Algún tiempo después de la campaña de 1920 volvieron a aparecer en la línea del Ferrocarril nuevos enfermos, ya casos nuevos importados, ya casos de recaída, los cuales se han ido tratando en el presente año.

Hasta Julio pasado su número era de 119, y sus edades se agrupan así:

- De 1 a 5 años 6 casos
- “ 6 “ 10 “ 19 “
- “ 11 “ 20 “ 43 “
- “ 21 “ 60 “ 51 “

De estos, 47 casos son los de la región de Oriente, incluyendo enfermos de la Ceja, Peñol y Granada entre las poblaciones no mencionadas antes como infectadas.

El tratamiento se ha reducido al empleo de 914 en inyecciones endovenosas. En las excursiones de Oriente se emplearon series de inyecciones progresivamente crecientes dando su número un promedio de 3 por persona. Uno de nuestros médicos ha informado que no es preciso elevar la dosis del neosalvarsán en la serie aplicada y que tres o cuatro inyecciones de 30 a 0centígramos obran mejor. De este modo se ha administrado el medicamento el corriente año.

En los casos arseno-resistentes, de los cuales se hallaron algunos en familias enteras y en parte de familias en una proporción de un 5%, desaparece la resistencia cambiando la vía venosa por la subcutánea para la infección con el mismo medicamento, según reciente comunicación de la Sociedad de Patología exótica. O se puede administrar por la vía digestiva la mixtura de Castellani diluida en agua, y que se repite dos veces más en el día:

- Tártaro emético 6 centígramos
- Salicilato de sodio60 “
- Yoduro de potasio4 gramos
- Bicarbonato de sodio 1 “
- Agua 30 “

En la cual los malos efectos de las grandes dosis diarias de yoduro, que son indispensables para obra tan bien y tan rápidamente como con el neosalvarsán, se neutralizan con el bicarbonato y el salicilato de sodio.

De esto no tenemos práctica todavía en el Ferrocarril, pero lo anotamos desde ahora porque debe hacer parte del tratamiento en el plan propuesto, que me he permitido informar con tan pequeños detalles en vista de la importancia que tiene el problema.

Anexo 3. Decreto 91 de 1930

Por el cual se nombran los médicos regionales y médicos de zona.

El gobernador del Departamento de Antioquia en uso de sus facultades legales

Decreta:

Artículo único. Hacense los siguientes nombramientos.

Médico de la zona 1ª, con residencia en Pavarandocito, doctor Antonio Arbeláez

Médico de la zona 2ª, con residencia en Buriticá, doctor Gustavo Fernández

Médico de la zona 3ª, con residencia en San Carlos, Jorge Delgado

Medico regional de Urabá, con residencia en Turbo, Rafael Hamburger

Médico regional de Nechí, con residencia en Zaragoza, doctor Campo Elías Mesa

Médico regional de bajo Cauca, con residencia en Valdivia, interinamente, Julio Tobón

Comuníquese y publíquese

Dado en Medellín, a 28 de abril de 1930

CAMILO C. RESTREPO

El Secretario de Gobierno

MIGUEL MORENO J

Anexo 4. Pliego de conclusiones de la conferencia antiplánica de celebrada en Buenaventura

PLIEGO DE CONCLUSIONES

DE LA CONFERENCIA ANTIPIANICA REUNIDA EN BUENAVENTURA EN LOS DIAS 26 Y 27 DE JUNIO DE 1936, DESPUES DE DETENIDO EXAMEN DE LOS INFORMANTES DELEGADOS

1°- Existen actualmente en la Intendencia del Chocó y los Departamentos del Valle del Cauca y Nariño, setenta mil (70.000) enfermos de pian en actividad aproximadamente en todo el litoral Pacífico, distribuidos así: en el Chocó, 34.000; en el Valle, 6.000; en el Cauca 8.000 y en Nariño, 22.000. Hacemos constar que el 90 por 100 de toda la población está infectada y que muchos de los actualmente en estado de latencia, pueden pasar, de un momento a otro, al periodo activo de la enfermedad.

2°- El tratamiento de los pianosos debe ser tenido como muy aproximados a los de la sífilis, en cuanto sea posible, y se aconseja, para el occidente de Colombia, teniendo en cuenta la economía y las condiciones topográficas y etnológicas de las regiones afectadas hacerlo en la forma siguiente:

- a) Para los adultos, uno de ataque combinado, de cuatro gramos de arsénico de un producto aprovechable por la vía intramuscular, o intravenosa, según el buen criterio médico y doce inyecciones de una sal de bismuto, teniendo en cuenta el mejor resultado obtenido en el Departamento del Valle, Cauca e Intendencia del Chocó.
- b) Un tratamiento de consolidación que se hará cuarenta días después del primero, en la misma forma que el anterior; cuando sea fácil y se juzgue necesario, se pueden hacer nuevos tratamientos.
- c) Para las formas tardías y reacias a los tratamientos anteriores se recomienda el yoduro de potasio.
- d) Para los niños se aconsejan los mismos tratamientos anteriores en dosis proporcionadas a la edad y constitución física. Facilita mucho los tratamientos arsenicales por vía oral.
- e) Con mucha frecuencia se hace necesario hacer tratamientos previos de malaria, parasitosis intestinales y otras afecciones de los trópicos.
- f) En algunas manifestaciones del pian se requiere la intervención quirúrgica.
- g) Es altamente beneficioso para el éxito del tratamiento iniciarlo con un purgante salino o aceitoso.

3°- El control del tratamiento y la estadística podrían llevarse en las campañas que se hagan en la forma siguiente: Para el primero, el modelo que se acompaña y un fichero de placas metálicas numeradas para identificar con facilidad a las personas

en tratamiento, y para la segunda, un cuadro con las siguientes columnas: número de oren, nombre, sexo, edad, residencia, profesión u oficio, periodo de la enfermedad (primera, segunda, tercera, secuelas), tratamientos empleados, curado o mejorado, puede trabajar, otra enfermedad y otros tratamientos. Estos cuadros serán duplicados, y uno de ellos se remitirá a la Dirección Nacional de Higiene.

4°- se hace necesaria la preparación técnica de Inspectores practicantes hasta ponerlos en capacidad de atender enfermos de pian sin el control inmediato del médico, y para llegar a esta finalidad se aconseja la escogencia de personal, teniendo en cuenta su grado de cultura general, que sea de las regiones en donde van a actuar y no menores de veinte años ni mayores de cuarenta.

Esta preparación puede hacerse, de preferencia, por los médicos encargados de las Campañas Antipiánicas en el Chocó, Valle y Cauca; en Nariño, por el Director de la Unidad Sanitaria de Tumaco.

5°- El Departamento de Provisiones podrá encargarse del suministro podrá encargarse del suministro de drogas y materiales de la Oficina Central de cada sector que se establezca en la Campaña Antipiánica, advirtiéndole que cuando el Laboratorio Nacional de Higiene tenga su almacén de depósito, lo hará directamente.

6°- Para el establecimiento de la campaña en todo el occidente son indispensables ocho lanchas acondicionadas de tal manera que pueden dar seguridades a la vida del médico. Tanto en relación con los recorridos que tengan para hacerse como por las comodidades que deban prestar para pernoctar en los campos.

La construcción de los cascos de esos vehículos se recomienda sea de madera u puede encargarse del trabajo a carpinteros navales nacionales eficientes como los que existen en las regiones. Los motores, deben consumir aceite

7°- Deben Construirse campamentos en los núcleos de población más importantes, con materiales económicos. Estos campamentos, deben destinarse para dispensarios y viviendas de los inspectores.

8°- Se recomienda para enfermos inválidos o de domicilio lejano, la instalación de hospitales en Quibdó, Istmina, Nuquí, Guapi, Tumaco, Barbacoas y el Charco. Cada hospital estará servido por el médico de la campaña y dos practicantes. Es, además, conveniente instalar inspectores practicantes así: Nariño, 8; Cauca, 5; Valle, 3; Chocó, 18 y dos obreros para cada inspector.

10°- Las zonas podrán quedar distribuidas así: en el Chocó, Alto San Juan, Bajo San Juan, Alto Atrato, Bajo Atrato y Costas del Pacífico; en el Valle, Buenaventura; en el cauca, Guapi; en Nariño, Barbacoas, Tumaco y Charco. Cada zona debe tener un médico.

11°- Haciendo un cálculo aproximado e incluyendo lo que se hace en forma definitiva, como son hospitales, planchas y laboratorios, campamentos, etc. el presupuesto, para el primer año, subirá a la suma de \$ 159.000.

Esta campaña se terminará en el transcurso de siete años con un gasto medio de cien mil pesos (\$ 100.000) mensuales, lo que daría un total de setecientos cincuenta y nueve mil ochocientos pesos (\$ 759.800), que podrían arbitrarse en partes iguales por la Nación y las secciones afectadas por la enfermedad.

La comisión

(Firmados) Max Lorente, Gerardo Paz O, Alberto Uribe Lince

Aprobada en la sesión nocturna del 27 de junio de 1936.

Rubén Castro Torrijos, Srio. Ad-hoc

Anexo 5. Palabras de apertura de la conferencia antipianica celebrada en Buenaventura en 1936.

PALABRAS

Pronunciadas por el doctor Sofonias Yacup, Intendente Nacional del Chocó, la noche del 26 de junio de 1936, en los salones del Concejo Municipal de Buenaventura, al inaugurar las sesiones públicas de la primera Conferencia Sanitaria reunida en la Costa del Pacífico.

Señor Director del Departamento Nacional de Higiene, señores elegados a la Conferencia Sanitaria del litoral del Pacífico.

Me es muy grato presentaros mi saludo de bienvenida, atento y respetuoso, en nombre del gobierno de la Intendencia Nacional del Chocó, y en el mio propio en mi carácter de hijo de la Costa del Pacífico, cuyos, intereses os congregan hoy en esta ciudad costeña central, de la cual espero que con su vieja cortesanía, su amplitud y generosa comprensión, sepa prodigaros los miramientos a que teneis derecho por vuestras propias personas, lo inquietante y trascendental de la mision que perseguís y el alcance que tiene para los pueblos que demoran desde la frontera con Panamá hasta la línea divisoria con el Ecuador, esta Conferencia de funcionarios facultativos de la medicina.

La pavorosa contemplacion de contagio del pian y enfemias en las zonas del litoral Pacifico se presentaba al hombre de estudio con los caracteres sombríos y la pesadumbre de las catástrofes irremediables. Se desmedraban la energía y el capital humano y, con la invalidez de los hombres, la economía regional experimentaba una postración definitiva, ya que las estadísticas arrojaban cifras aterradoras que divulgaban que cerca del 60 por 100 de las gentes trabajadoras, que alimentaban en sus complejas actividades las fuentes de la vida social, estaban heridas por el pian.

Con encomiable iniciativa el Chocó dio un grito de alarma por la voz oficial de su Director de Higiene doctor Antonio José Rodríguez, quien con tesón digno de alabanza se enfrentó a la campaña restauradora en la Intendencia.

El Cauca y el Valle del Cauca recogieron el clamor de los hombres doloridos, y por medio de sus legisladores doctor Jorge E. Cruz, Diputado a la Asamblea del Valle, doctor Isaac Velasco y señor Justiniano Ocoró, Diputados a la Asamblea del Cauca,

consiguieron preceptos legales y recursos para la iniciación de la lucha en sus respectivos territorios.

Pero la dolencia era tan general y tan grave en toda la extensión de la Costa del Pacífico y en el interior de la Intendencia, que dominaba la zona, con muy limitadas excepciones, y así se puede observar que desde las comarcas aluviales situadas al sur de Cabo Corrientes hasta las rocallosas del norte del Cabo, no había disparidad en la dolencia. El Atrato y el San Juan, Juradó, Coredó, Cupica, Solano, El Valle, Nuquí, Pizarro y el fecundo Baudó, pierden fuerzas por la acción de la enfermedad; Buenaventura, el Calima, el río Raposo, el Yurumanguí, el Cajambre y el Naya vienen azotados por el mal; Guapi con todos sus corregimientos, Timbiquí y López registran cantidades alarmantes de enfermos; Iscuandé, El Charco, todas las vegas del fértil Tapaje, Mosquera, Sanquianga, las riberas nariñenses del Patía y el Municipio de Tumaco denuncian con caracteres de catástrofe el flagelo.

Nariño no había emprendido la campaña, pero hoy concurre, con entusiasmo, a la defensa de sus habitantes de la zona del litoral.

El esfuerzo aislado de las Secciones, si bien tenaz y disciplinado, no era suficiente para combatir con la eficacia necesaria un mal tan generalizado en la dilatada de la Costa del Pacífico y del interior del Chocó, y por lo mismo se imponía unificar el trabajo en cuanto a suscitar una emoción común, una labor uniforme y una unidad económica. Doblegado por la idea de que tras de algún tiempo se perdería lo adelantado en las secciones al no conseguir un lazo de unión que fortaleciera la campaña, la animara y la dilatara, un día resolví golpear a las puertas del Departamento Nacional de Higiene. Sin embargo, de que sabía que allí era rectora una inteligencia lúcida, una actividad sin tregua y una comprensión nacionalista y emocionada, temí que la distancia a que se desenvuelve esta tragedia impidiera que el eco angustiada de los que la padecen encontrara repercusiones. Y fue grande mi júbilo cuando recibí la nota del doctor Robledo, acogedora de la iniciativa de reunir la Conferencia en esta ciudad y de continuar la campaña con un vasto plan.

Las gentes agradecidas guardarán perdurable recuerdo de este eximio funcionario, que con exquisita sensibilidad acude en defensa de la integridad de los hombres del litoral del Pacífico y del Chocó, de grandes destinos patrios. Realización es ésta de profundo y complejo contenido que, al mismo tiempo resuelve un problema sanitario, contribuye al robustecimiento de la economía social y al mejoramiento material de las poblaciones. De allí que las conclusiones a que llegue esta conferencia no pueden limitarse a suscitar la preocupación de los facultativos de la medicina, sino la de los hombres de estado, de los publicistas y de la opinión en general, para propugnar porque los legisladores departamentales y los nacionales

suministren al Departamento Nacional de Higiene todas las posibilidades para hacerla efectiva.

Y si ella culmina, como tiene que suceder, la Administración del esclarecido Presidente doctor Alfonso López, cuya preocupación por la asistencia social y por la educación pública no ha sido superada aún, acrecentará los motivos de obligado reconocimiento nacional.

De mi parte, señores Delegados, os ofrezco mi concurso modesto pero de todas las horas, para estas luchas nacionalistas.

Y con estos sentimientos y estas esperanzas, formulo mis votos por el éxito de vuestras importantes labores.

Anexo 6. Campaña general antiplañica en Colombia en 1950

CAMPAÑA GENERAL ANTIPLAÑICA EN COLOMBIA

ANTHONY J. KRANASKAS,
Director encargado del Servicio Cooperativo
Interamericano de Salud Pública.

DR. GERARDO LÓPEZ NARVAES, MD.,
Director de la Campaña General
Antiplañica en Colombia

ORIGEN DEL PROYECTO

La actual campaña contra el plañ en Colombia tiene su origen en el proyecto de convenio numero 116, firmado por el señor Ministro de Higiene, profesor Jorge E. Cavelier y el señor director encargado del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, ingniero señor Anthony J. Kranaskas, cuya vigencia se extiende hasta el 30 de junio del presente año y el cual puede ser prorrogado a voluntad de las partes.

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El plañ constituye en Colombia un gravisimo problema de higiene pública, ya que azota a una inmensa población diseminada en diferentes lugares de la república,pero de modo especial a lo largo de toda la costa del Pacífico: desde la frontera con el Ecuador hasta los límites de Panamá, incluyendo la desembocadura del Atrato en el Golfo de Urabá. A la tención de este problema le han dedicado siempre todas las administraciones gran atención sin que hasta el presente, por desgracia, los grandes esfuerzos e ingentes presupuestos comprometidos en esta lucha hallan dado los resultados apetecidos. A ellos se han opuesto no solamente las naturales adversidades propias de la región en que el plañ es endémico, sino, sobre todo, las características propias de los sistemas terapéuticos hasta ahora empleados que, como se sabe, requerian larga duración con dosis múltiples y frecuentes y el peligro de intoxicaciones de origen terapéutico.

EL PROBLEMA

Existe el hecho unánimemente admitido e incontrovertible que el plañ existe en Colombia especialmente, como ya se ha dicho, a lo largo de la costa del Pacífico. No se conocen encuestas completas y detalladas que permitan fijar con

aproximación estadística el número de casos en el país; sin embargo, estimaciones aproximadas permiten fijar este número en 60.000 en la región nombrada. La enfermedad, no solo por sí misma sino, más aún, por el estado de miseria fisiológica y menor resistencia en que sitúa a las víctimas, es factor principalísimo, de mortalidad. Sus secuelas (mutilaciones, retracciones tendinosas, cicatrices atróficas) disminuyen al mínimun la capacidad productiva de ese elemento humano hasta el punto de que puede afirmarse que el pián se debe al pauperrimo estado de la economía en nuestra región del litoral pacífico.

EL OBJETO

El objeto primero del proyecto de convenio número 116, Campaña General Antipiánica en Colombia, es la supresión del pián como problema de higiene pública. Su objeto final es la erradicación del pián en Colombia.

EL PLAN

Cabe hacer aquí una subdivisión: a) el plan científico y b) el plan administrativo.

- a) El plan médico. Antes de adoptarlo se hicieron los siguientes estudios: 1º) Resultados de las campañas antipiánicas hasta el presente adelantadas; 2º) estudio de las nuevas adquisiciones en materia de terapéutica del pián; 3º) Conveniencia de adoptar una nomenclatura simplificada y precisa de las lesiones; 4º) Adopción de una tarjeta de tratamiento individual.

Respecto a lo primero se llegó a la conclusión de que los tratamientos hasta ahora empleados y que habían sido los mismos de la sífilis, es decir, a base de arsénico y bismuto, fueron ineficaces, no obstante su especificidad, debido a su larga duración, a las dificultades de que los pacientes llevaran hasta su terminación el tratamiento prescrito y a las características mismas de la población enferma constituida por individuos que viven en regiones sumamente apartadas de núcleos de población, desprovistas de toda suerte de recursos y finalmente de hábitos emigratorios.

En relación con lo segundo se consultaron los trabajos últimamente efectuados tanto en el país (en pequeña escala y en la práctica médica privada) como fuera de él, especialmente los realizados por los ingleses en el África y por los norteamericanos en Haití y que introdujeron el uso de la penicilina en la lucha antipiánica. A fin de conocer los puntos de vista que al respecto tuvieron las autoridades de higiene de la vecina república del Ecuador sobre este punto, ya que ellos confrontan y están atacando el mismo problema en la provincia de Esmeraldas, precisamente la que constituye sus límites con nuestro país, se celebró en Quito, durante los primeros días de febrero del presente año, una conferencia en la cual se adoptaron varios puntos, el principal de los cuales fue el de usar como droga exclusiva la penicilina procaína con monoestearato de aluminio en aceite.

Sobre las bases de los experimentadores antes nombrados se convino definitivamente repartir la población en tres grupos de edades para aplicarles la correspondiente dosis de la dorga así:

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| 0 a 7 años | 300.000 unidades de penicilina |
| 8 a 14 años | 600.000 unidades de penicilina |
| 15 y más años | 1'200.000 unidades de penicilina |

La droga es aplicada intramuscularmente en una sola inyección.

Se está empleando un producto cuyos fabricantes garantizan niveles terapéuticos en la sangre (0,400 mg. por cc.) en pruebas hechas 96 horas después de la aplicación.

Respecto de la nomenclatura se resolvió prescindir de la división en periodos (primario, secundario y terciario) de la que considera pián abierto y pián cerrado y de la que habla de pián en evolución y de antecedentes piánicos, para limitarnos simplemente a registrar la presencia de lesiones fácilmente identificables y que permitan en un estudio estadístico posterior referirlas al periodo correspondiente. Se procedió en esta forma para evitar errores, ya que el personal encargado de la aplicación del tratamiento no tiene, ni es necesario adquirirlo con ellos, los conocimientos científicos y técnicos que les permitan hacer la diferenciación, por ejemplo, entre pián primario y pián secundario. La campaña se adelanta sobre un mínimum de diagnóstico y aún sin él. Ha parecido suficiente la noción epidemiológica y los conocimientos prácticos adquiridos por el personal en los largos años de trabajo que lleva en estas actividades pues, en general, se ha preferido tomar como enfermeros a quienes ya hayan trabajado en anteriores campañas antiapiánicas.

A propósito de la tarjeta individual de tratamiento y para mayor ampliación de lo dicho en el párrafo anterior, se acompaña un ejemplar de la tarjeta.

Los estudios serológicos serán hechos posteriormente: cuando el número de enfermos tratados pueda constituir ya una muestra de valor estadístico.

PLAN ADMINISTRATIVO

Ante la imposibilidad de acometer la campaña en todos los sitios en que existe el pián, se resolvió iniciarla por la costa del Pacífico y así, de esta región, se hicieron cinco zonas numeradas de I a V en sentido sur norte. Finamente de éstas se eligieron para iniciar las labores las zonas I y II.

El personal de la campaña está indicado, tanto en sus denominaciones y número como sus funciones e interdependencia, en los cuadros sinópticos que se acompañan.

FORMA DE EFECTUAR EL TRABAJO

La campaña es evidentemente *móvil*. Se ha proyectado en forma que sea el personal de la misma el que se moviliza en la búsqueda y localización de los enfermos y en ninguna forma que sean estos los que acudan a buscar el tratamiento. No se hacen concentraciones ni se fijan lugares de hospitalización, cuarentena o similares.

Se trabaja en dos ríos contiguos a efecto de controlar, hasta donde sea posible, a los enfermos que pasen de uno a otro en sus frecuentes viajes. Y se procede desde la desembocadura de los ríos hacia sus cabeceras en consideración a que es en las desembocaduras en donde se encuentra el mayor número de enfermos (no en donde es mayor la incidencia) y a que así, en esta forma, se puede tener la oportunidad de ver a un gran número de enfermos en dos ocasiones.

En los trabajos de la Zona número 1 se han iniciado en los ríos Mataje (límite con la república del Ecuador) y Mira. La primera labor fue de reconocimiento efectuada personalmente por el médico jefe de la zona, a efecto de hacer un contaje de las casas de ambas riberas y hacer un cálculo, sacando un promedio del número de habitantes por casa, de la cantidad de droga necesaria y del tiempo necesario para el tratamiento de todo el río.

A continuación han entrado a los ríos las comisiones de practicantes. Estas comisiones se componen de dos practicantes movilizados en una canoa de motor, servida por un motorista y un boga. Cada comisión está provista no solamente de todos los elementos de trabajos sino del equipo personal y de los víveres necesarios.

Es de competencia del médico jefe de la zona y de su inmediato colaborador, el revisor, fijar a cada una de las comisiones los trayectos del río en que cada una de ellas debe operar; esto puede hacerlo precisamente sobre el conocimiento que le dio el recorrido previo del río.

La escogencia y acondicionamiento de las canoas de motor ha sido asunto que ha requerido particular cuidado. Efectivamente: dadas las condiciones especiales del caudal, corriente etc., de estos ríos, no es posible penetrar en ellos en vehículo diferente de una canoa de motor. Las lanchas o embarcaciones más pesadas y por tanto de mayor calado, no sirven en estos ríos.

Se ha puesto particular interés en organizar debidamente el aprovisionamiento del personal ya que, como antes se ha dicho, se requiere no solamente el equipo de trabajo sino la dotación personal y aun los elementos de subsistencia, pues en las regiones en las que actualmente se trabaja – y así ocurre en todo el litoral – no existen núcleos urbanos de algún volumen con mercados y comercio suficientes como para acudir a ellos para la consecución de estos últimos efectos.

La provisión de combustibles (situado en lugares previamente escogidos y seleccionados por su equidistancia, fácil acceso etc.) lo mismo que de los repuestos, droga y equipo de trabajo, ha requerido un estudio previo y minucioso de la región. Este detalle de administración, igual que el de que el administrador pagador de cada zona viaje en busca del personal de empleados para efectuar en la debida oportunidad y en moneda circulante los pagos correspondientes, es de gran importancia no sólo porque así se facilita en alto grado el rendimiento y el bienestar del personal, sino porque evita interrupciones en el trabajo, el cual debe ser continuo y desarrollarse con la mayor intensidad y rapidez posibles, a efecto de que el gran volumen de enfermos tratados contrarreste el alto costo de la campaña.

En la Zona número 2 se trabaja con una organización absolutamente igual. En esta zona se ha tomado una dirección norte-sur, es decir, en sentido convergente con la anterior. Se proyecta, una vez que los trabajos en las dos zonas entren en contacto, hacer una revisión rápida de los trabajos en ambas zonas para precisar los resultados y sacar las conclusiones a que hubiere lugar.

CONTROL DEL PERSONAL

Sobre el terreno mismo de trabajo lo efectúan el médico jefe de la zona y el revisor. La dirección de la campaña lo hacen mediante los informes quincenales que debe rendir cada zona y mediante una hoja especial de control. De cada una de ellas se acompaña un ejemplar. Estas formas estadísticas permiten, además, efectuar el control de gasto de droga y de su correcto empleo.

CONSIDERACIONES GENERALES

En la campaña antipiánica el problema de administración sanitaria es superior al problema técnico. Efectivamente: en el caso de la campaña general antipiánica en Colombia, tanto la escogencia de la droga, como los métodos de aplicación se han basado sobre experimentaciones de resultados científicamente comprobados como satisfactorios, al paso que la administración del proyecto requiere permanente vigilancia y en la solución de sus problemas y dificultades se confrontan variados aspectos y diarias modalidades.

Con esta campaña se van a someter a nueva prueba y en amplia escala la eficacia de la penicilina en la lucha antipiánica como actividad de higiene pública y nuevos sistemas de organización y de administración. Los resultados que se obtengan – y que deben ir examinándose parcialmente a medida que las muestras vayan teniendo valor estadístico - serán de gran valor para emitir un juicio definitivo.

Bibliografía

Fuentes

Anales de la Academia de medicina de Medellín, segunda época año 1 Medellín, julio 7 de 1930. N°1. p. 1

Ángel, Alberto. 1932. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial.

Arango, Ernesto. 1922. *Contribución al estudio de enfermedades tropicales PIAN*, Tesis para el doctorado.

Campaña general antiplánica en Colombia. 1950. Revista de Higiene de Bogotá Año XXIV N° 3. p. 265-271.

Castellani A. 1905. *Further observations on parangi (yaws)*. British Medical Journal; 2:1330–13

Castellani, Aldo, y Chambers, Albert. 1919. *Manual of tropical medicine*. New York, Ed William Wood and Company.

Colombia, Departamento de Contraloría. *Anuario general de estadística, 1937*. Bogotá: Imprenta Nacional. 1938. p.79

Convenio de las Repúblicas de Colombia y Ecuador para la protección de la salud pública. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);24(7),jul. 1945 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/299295>

Decreto N.º 91 del 28 de abril de 1930 por el cual se nombran médicos regionales y médicos de zona. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental

Decreto N° 176 de 1928 por el cual se adicionan los Decretos números 15 de 1921 y 208 de 1924 y se dictan otras disposiciones sobre servicio médico-escolar. Gaceta Departamental de Antioquia 1928. Imprenta departamental.

Delgado Uribe, Jorge. 1928. *Notas sobre el pian. Tesis de grado*. Bogotá, Editorial de Cromos.

El Tiempo, Bogotá, 8 de marzo de 1936. Página séptima

Estrada, victoria y Márquez, Jorge. 2007. *Etiología parasitaria y obstáculos epistemológicos: el caso de la malaria en Colombia*. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. vol.14, n.1, pp.91-118. ISSN 0104-5970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000100005>.

Estrada, Victoria. 2015. "La valeur des chiffres: la production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie, 1886-1947", tesis de doctorado en Historia (Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2015)

Ferrocarril de Antioquia. *Tarifas de pasajes y fletes y reglamentación del servicio*. 1917. Medellín. Imprenta Oficial.

García Medina, Pablo. 1932. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Bogotá, Imprenta Nacional.

Guerra A, Gonzalo. 1941. *El Pian en el Litoral Pacífico Colombiano. Cómo debe orientarse su campaña*. Boletín Clínico Año VII N° 2 N.º 74.

Guerra A, Gonzalo. 1946. *Campaña antipiánica y su tratamiento masivo-ambulatorio*. Heraldo Médico Año V N° 94. p. 25-28

Guerrero, Jesús María. 1946. Tratamiento de la fiebre recurrente por medio de la penicilina. Revista de la Facultad de Medicina; Vol. 15, N.º 4; 264-265 2357-3848 0120-0011.

González Gómez, José M. 1923. *Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1923*. Medellín, Imprenta oficial.

González, José M. 1924. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924*. Medellín, Imprenta oficial.

González, José M. 1925. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925*. Medellín, Imprenta oficial.

González, José M. 1926. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926*. Medellín, Imprenta oficial. p. 174

Heraldo Médico Año II N° 22. p. Mas de un millón de enfermos de pian en el país. 1941.

Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 508-512, abril 5 de 1916.

Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 828-835, abril 30 de 1920.

Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 900-908, mayo 28 de 1921, p. 7220-7221

Henao, Emiliano. *Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 977-986, abril 30 de 1922, pp. 7828-7829

Henao, Emiliano. Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia (trabajo presentado a la Asamblea médica de Antioquia y Caldas reunida en octubre de 1922), en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, p. 8769-8771

Henao, Emiliano. *Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia*, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, número 1101, octubre 24 de 1923, p. 8767-8768

Henao Toro, Felix. 1936. El pian en el Departamento de Caldas. Revista de Higiene de Bogotá Año XVII N° 3

Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Anexo Reseña informe del Dr. Julio Tobón sobre las comisiones de tratamiento de Turbo y Bajo Cauca. Medellín abril de 1939.

Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia 1938. Tomo I. Medellín abril de 1939.

Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1939. Medellín abril de 1940, Imprenta departamental.

Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1940. Medellín abril de 1941, Imprenta departamental.

Iriarte R, David. 1942. *La buba o bubas en Venezuela*. Revista de la Facultad de Medicina, 10(12). pp. 767-781. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/30706>

Jaramillo Berrío, Salvador. 1922. Informe anual del médico de Cáceres. Febrero 1° de 1922. Gaceta Departamental de Antioquia 1922. Imprenta departamental.

Jiménez, Nepomuceno.1911. *Algo sobre higiene. Bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año IV, Nro 39.

Jiménez, José Miguel. 1933. *Al Sr. Gobernador*. Medellín, Imprenta oficial.

Laboratorios, Winthrop Limitada. 1943. Nuevas comunicaciones sobre la penicilina. *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol. 12, N.º 6; 293-294 2357-3848 0120-0011

Ley 121 de 1936. Por la cual se organiza la campaña contra el Píam. *Revista de Higiene de Bogotá* Año XVII Mayo 1936 Nº 3. p. 126-127

Llorente O, Max. 1941. *Campaña antipiánica*. *Heraldo Médico* Año II Nº 20.

Llorente O, Max. 1942. *Más sobre el Píam*. *Heraldo Médico* Año III Nº 24.

Londoño, Juan B. 1917. *Sobre tratamiento del píam, o sea las bubas*. Instrucción Pública Antioqueña. Año VI, Nro 75 y 77. p. 254

Kairuz, Eduardo. 1938. *Contribución al estudio del píam. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía*. Bogotá, Editorial El Gráfico.

Kasuke, Ito. 1984. Aldo Castellani, 1874-1971. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 60(10). pp. 1011–1029.

Klump, Theodore E. 1944. Panorama presente y futuro de la penicilina y sustancias similares. *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol. 12, N.º 11 ; 607-614 2357-3848 0120-0011

Lacy, George Rufus, and Andrew Watson Sellards. Investigation of immunity in yaws. *The Philippine Journal of Science*. Vol 30. Nº4. 1926

Lacy, and Otto Schobl. Superinfection in yaws. *The Philippine Journal of Science*. Vol 30. Nº4. 1926

Latorre, Gabriel. 1924. *Francisco Javier Cisneros y el Ferrocarril de Antioquia* http://biblioteca-virtual-antioquia.udea.edu.co/pdf/11/11_342395098.pdf (último acceso: 28 de diciembre de 2018)

López Narváez, G. 1956. *Píam y Campaña Antipiánica en Colombia*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24(4). p. 294-342. Recuperado el 18 de diciembre de 2018 de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23022/23804>

López Rizal, Leoncio, and Andrew Watson Sellards. A clinical modification of yaws observed in patients living in mountainous districts. *The Philippine Journal of Science*. Vol 30. Nº4. 1926

López Rizal, Leoncio, Perfectuo Gutierrez, and Lorenzo Fernandez. A field experiment in the control of yaws. *The Philippine Journal of Science*. Vol 30. Nº4. 1926

Mahoney, J. F., Arnold, R. C., & Harris, A. 1943. Penicillin Treatment of Early Syphilis-A Preliminary Report. American journal of public health and the nation's health, 33(12), 1387–1391. doi:10.2105/ajph.33.12.1387

Marulanda, Jesús M. 1920. *Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1920*. Medellín, Imprenta oficial.

Marulanda, Jesús M. 1921. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Señor Doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1921*. Medellín, Imprenta oficial.

Mensaje que el gobernador de Antioquia dirige a la asamblea en sus sesiones ordinarias de 1930. *Servicio sanitario*. Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental.

Mora Mora, Alberto. 1935. *Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia*. Trabajo para tesis de grado.

Moreno J, Miguel. 1930. *Memoria*. [Informe al Señor Gobernador]. Medellín, Imprenta oficial.

Muñoz, Laurentino. 1947. El apogeo de las enfermedades evitables en América: paludismo, sífilis, tuberculosis. Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia.

Navarro, Regino J. A serological estimate of the efficacy of neosalvarsan in the treatment of yaws in a field dispensary. The Philippine Journal of Science. Vol 30. N°4. 1926

Nieto Escobar, Florencio. 1945. *Algunas observaciones sobre el pian en la región de Medina. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Tipografía Hispana.

Ocampo Londoño, Alfonso. 1960. *Memoria del Ministerio de Salud Pública*. Bogotá, Imprenta nacional.

Oficina Sanitaria Panamericana.1932. Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);11(3). p. 246-261.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10471/v11n3p246.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Oficina Sanitaria Panamericana.1935. Frambesía. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(9). p. 871-872

Oficina Sanitaria Panamericana. 1937. Crónicas, Frambesía Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(7). p. 647-650

Ordenanza N.º 6 de 14 de marzo de 1923. Sobre servicio médico-escolar y enseñanza de anormales. Gaceta Departamental de Antioquia 1923. Imprenta departamental. p. 5146

Ordenanza N.º 7 de 30 de marzo de 1921. Por el cual se crean dos plazas de médicos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de marzo de 1921. Imprenta departamental.

Ordenanza N.º 7 de 20 de marzo de 1924. Por la cual se reforma la número 7 de 1921. Gaceta Departamental de Antioquia 1924. Imprenta departamental.

Ordenanza 17 de 3 de marzo de 1924. Por la cual se crea un Médico Oficial en el municipio de Zaragoza. Gaceta Departamental de Antioquia 1924. Imprenta departamental.

Ordenanza N.º 17 sobre organización del servicio médico departamental. *Artículo 2 inciso c.* Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental

Ordenanza N.º 36 mayo 14 de 1936. Por el cual se crea la secretaria de Higiene y Asistencia Social. Gaceta Departamental de Antioquia 1936. Imprenta departamental.

Ordenanza N.º 38 julio 25 de 1935. Por la cual se organizan los servicios de higiene y asistencia públicas y se dictan otras disposiciones. Gaceta Departamental de Antioquia 1935. Imprenta departamental. 6793-6794

Osorio, Luis F. 1914. *Informe número 1 del ingeniero jefe de la comisión exploradora del Ferrocarril de Urabá al Señor Gobernador del Departamento.* Imprenta Oficial. Medellín.

Ossa Montoya, Salomón. 1949. *Estudio del pian en la región de Puerto Berrío, Caracolí y Cisneros. Trabajo presentado como tesis de grado para optar al título de doctor en medicina y cirugía.* Medellín, Universidad de Antioquia.

Parte oficial Gobernación del Departamento. Mensaje que el Gobernador del departamento de Antioquia dirige a la asamblea en sus sesiones ordinarias de 1930. *Zaragoza.* Gaceta Departamental de Antioquia 1930. Imprenta departamental. p. 5970

Peralta C., Rafael. 1945. Sífilis y penicilina. Revista de la Facultad de Medicina; Vol. 13, N.º 11-12; 1064-1066 2357-3848 0120-0011

Pérez, Francisco de P. 1918. *Memoria que al Sr General D. Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento Presenta El Secretario de Gobierno al reunirse la Asamblea de 1918.* Imprenta Oficial. Medellín.

Pérez, Francisco.1922. *Informe del secretario de gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro con motivo de la reunión de la asamblea de 1922*. Medellín, Imprenta oficial.

Pérez, Francisco de P.1927. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Sr General Pedro J. Berrío con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1927*. Medellín, Imprenta oficial.

Pérez, Francisco de P.1928. *Informe que presenta el secretario de gobierno al Sr General Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1928*. Medellín, Imprenta oficial. p.

Reglamento del Departamento de Sanidad del Ferrocarril de Antioquia, en: El Ferrocarril de Antioquia (periódico), Medellín, números 941-942, octubre 20 de 1921, p. 7488-7499

Resolución N° 37 del 30 de junio de 1922 por la cual se crean Comisiones Sanitarias Municipales permanentes para los Municipios del Departamento y se hacen varios nombramientos. Gaceta Departamental de Antioquia. 30 de junio de 1922. Imprenta departamental.

Resolución N.° 151 por la cual se reorganiza la Higiene Pública Municipal. Gaceta Departamental de Antioquia 1929. Imprenta departamental. p. 4833

Restrepo Hoyos, Jorge.1931. *Memoria*. [Informe al Señor Gobernador]. Medellín, Imprenta Oficial.

Robledo, Arturo.1937. Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez. Imprenta oficial.

Rodríguez R, Antonio José. 1939. *El pian en Colombia*. Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla Vol VI N° 9.

Saldarriaga, Alberto. 1940. *Medicina social. Conferencia dictada en el Club Rotario por el Dr. Alberto Saldarriaga*. Medellín, Ediciones Éxito, Tipografía y papelería Sansón.

Schobl, Otto, Andrew Watson Sellards, and George Rufus Lacy. Some protean manifestations of the skin lesions of yaws. The Philippine Journal of Science. Vol 30. N°4. 1926

Schobl, Otto, and José Ramirez. The globulin precipitation reaction in yaws: Its independence of the Wassermann reaction and its behavior during the course and treatment of the disease. The Philippine Journal of Science. Vol 30. N°4. 1926

Secretaria de Gobierno. 1934. Informe. Medellín, Imprenta oficial.

Toro Villa, Gabriel. 1910. *Bubas, Frambuesia Tropical*. Repertorio de Medicina y Cirugía. Año I, Vol I. N.º 9.

Turizo Sierra, Justiniano. 1950. Demofilaxia en San Rafael (Antioquia). Monografía presentada para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín, Universidad de Antioquia.

Vargas Cuellar, Pedro. 1941. *El pian en la geopatología del Valle del Cauca*. Tesis para optar al título de medicina y cirugía. Bogotá, Universidad Nacional.

Vasco Gutiérrez, Eduardo. 1925. *Espiroquetosis cutánea (PIAN) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol*. Estudio para obtener el doctorado. Medellín, Tip Bedout.

Vásquez, Juvenal. 1954. *Notas médicas de la región del Nechí y Bajo Cauca*. Trabajo presentado como tesis de grado para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín, Universidad de Antioquia. p. 33

Velasco Cabrera, Benigno. 1920. *Contribución al estudio clínico del pian*. Bogotá, Tip Gómez.

Vélez V. Gabriel. Informe del Secretario de Higiene y A.S. Labores de 1941. Medellín, Imprenta departamental.

Referencias bibliográficas

Armus, Diego. 2004. *Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna*. En Márquez, Jorge y otros (eds.), Higienizar, medicar, gobernar historia, medicina y sociedad en Colombia, Medellín, Universidad Nacional.

Fresquet Febrer, Jose Luis. 2019. *Terapéutica etiológicamente orientada. Introducción de la salvarsanoterapia en España a través de la prensa diaria y del periodismo médico*. En: Alfonso V. Carrascosa y María José Báguena (Coord.) 2019. El desarrollo de la Microbiología en España. Volumen I. Madrid, Fundación Ramón Areces, pp. 35-68

García, Mónica. 2016. *Entre climas y bacterias. El saber sobre la enfermedad en Colombia, Siglo XIX*. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario.

Grmek, Mirko. 1981. *On Scientific Discovery. The Erice Lectures 1977*. Boston, D. Reidel Publishing Company.

Hernández M, Obregón D, García CM, Eslava JC, Vega, R. 2002. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Bogotá, OPS/OMS.

Márquez, Jorge. 2005. *Ciudad, miasmas y microbios: la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín, Universidad de Antioquia.

Márquez, Jorge. 2015. *El médico de oficio en Colombia en las décadas de 1920 y 1930*. *Revista Mundos do Trabalho* v.7, n.13, p.85-104. p. 103. <http://dx.doi.org/10.5007/1984-9222.2014v7n13p85>

Molero Mesa, Jorge; Martínez Antonio, Francisco Javier. 2002. *Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina*. *Trabajo social y salud*, 43, pp. 119-148.

Obregón, Diana. 2002. Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(Suppl.), 161-186. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400008>

Restrepo, Libia J. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia 1875-1930*. Medellín, La Carreta Editores.

Rosen, George. 2005. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México DF, Siglo veintiuno editores s.a de c.ve.

Serres, Michel. 1998. *Historia de las ciencias*. Madrid, Cátedra.

Quevedo, Emilio, et al. 2004. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional.