



HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local
ISSN: 2145-132X
Universidad Nacional de Colombia

Garzón-Zapata, María-Catalina
Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias
de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920
HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local, vol.
15, núm. 34, 2023, Septiembre-Diciembre, pp. 57-89
Universidad Nacional de Colombia

DOI: <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102935>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345877762003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920

María-Catalina Garzón-Zapata

Universidad de los Andes, Colombia

<https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102935>

Recepción: 30 de mayo de 2022

Aceptación: 14 de septiembre de 2022

Modificación: 23 de octubre de 2022

Resumen

A comienzos del siglo XX la anemia tropical, también conocida como uncinariasis o anquilostomiasis, se convirtió en una de las enfermedades que mayor preocupación generó en la comunidad médica por los altos números de campesinos enfermos, particularmente en las regiones productoras de café. Los médicos iniciaron una serie de investigaciones sobre la enfermedad y actuaron de diferentes maneras para intentar combatirla, llegando incluso a ejercer presión sobre el gobierno para crear una legislación que promoviera la lucha contra esta enfermedad. El presente artículo explora el trabajo realizado por los médicos locales sobre la anemia tropical como un ejemplo de “precedencia periférica” reconociendo los avances y enriquecedoras experiencias locales previas a la llegada de la Fundación Rockefeller y su campaña en 1920. En esta misma perspectiva, el problema de investigación permite analizar la articulación de diversos actores —campesinos, médicos, hacendados— que hicieron parte de las prácticas y acciones de lucha para la prevención y combate de la enfermedad. Metodológicamente, fueron analizadas diversas fuentes primarias, enfocando en las investigaciones y tesis médicas sobre la anemia tropical en el periodo de 1905 a 1920, lo que permitió descubrir el trabajo, prácticas y experiencia previa de los médicos colombianos sobre la anemia tropical.

Palabras clave: anemia tropical; médicos locales; precedencia periférica; economía cafetera y enfermedades; historia de las enfermedades tropicales; salud pública.

* Doctora en Historia por la Universidad de los Andes, Colombia. Investigadora independiente. Este artículo es resultado de la tesis doctoral “Calzar los pies, sanear las tierras. Las campañas contra la anemia tropical en Colombia, 1905-1935” de la Universidad de los Andes. La investigación contó con el apoyo del programa de Fomento a la Investigación del Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH) en 2016, así como también con una beca de investigación documental del Archivo Rockefeller (Rockefeller Archive Center) en marzo de 2017. Correo electrónico: mcgarzon0107@uniandes.edu.co  <https://orcid.org/0000-0001-5628-8363>



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Garzón-Zapata, María-Catalina. 2023. “Anquilostomiásicos por millares. Los médicos locales y las estrategias de lucha contra la anemia tropical en Colombia 1905-1920”. *HISTORELo. Revista de Historia Regional y Local* 15 (34): 57-89. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102935>

Ankylostomiasis by the Thousands. Local Physicians and Strategies to Combat Hookworm in Colombia 1905-1920

Abstract

In the early 20th century, hookworm disease emerged as a significant concern within the medical community, particularly in coffee-producing regions, given the high number of affected farmers. Physicians took the initiative to investigate the disease and implemented various measures to combat it, including advocating for government legislation to address the issue. This article focuses on the efforts made by local physicians in combating hookworm in Colombia, showcasing the concept of “peripheral precedence” by recognizing their advancements and contributions before the arrival of the Rockefeller Foundation and its campaign in 1920. From the same perspective, the research problem allows us to examine the interactions among various actors, including peasants, doctors, and landowners, who actively participated in the practices and efforts to prevent and combat the disease. Methodologically, the study involved an analysis of multiple primary sources, with a particular emphasis on research papers and medical theses on hookworm dated between 1905 and 1920. This approach allowed us to explore the work, practices, and prior experiences of Colombian physicians in addressing hookworm.

Keywords: hookworm; local physicians; peripheral precedence; coffee economy and disease; history of tropical diseases; public health.

Ancilostomiásicos por milhares. Médicos locais e estratégias de combate à ancilostomíase na Colômbia 1905-1920

Resumo

No início do século XX ancilostomíase tornou-se uma das doenças de maior preocupação para a comunidade médica colombiana devido ao grande número de camponeses doentes, principalmente nas regiões produtoras de café. Os médicos iniciaram uma série de pesquisas sobre a doença e agiram de várias maneiras para tentar combatê-la, inclusive fazendo lobby junto ao governo para criar uma legislação que promovesse a luta contra a doença. Este artigo explora o trabalho realizado por médicos locais sobre a ancilostomíase como um exemplo de “precedência periférica”, reconhecendo os avanços e as enriquecedoras experiências locais antes da chegada da Fundação Rockefeller e sua campanha em 1920. Nessa mesma perspectiva, o problema de pesquisa nos permite analisar a articulação de diferentes atores — camponeses, médicos, proprietários de terras — que participaram das práticas e ações de prevenção e combate à doença. Metodologicamente, foram analisadas várias fontes primárias, com foco em pesquisas e teses médicas sobre anemia tropical no período de 1905 a 1920, o que nos permitiu descobrir o trabalho, as práticas e a experiência anterior dos médicos colombianos sobre ancilostomíase.

Palavras-chave: ancilostomíase; médicos locais; precedência periférica; economia e doenças do café; história das doenças tropicais; saúde pública.

Introducción

El periodo que precedió a la llegada de la Fundación Rockefeller y el trabajo desarrollado en las campañas contra la anemia tropical, es un periodo de estudio muy interesante que permite analizar el rol que los médicos locales adelantaron sobre la enfermedad entre 1905 a 1920. Esto, por demás, nos permite ver cómo los funcionarios de la Fundación Rockefeller no llegaron al país a trabajar sobre un terreno vacío, sino que, al contrario, en Colombia la comunidad médica ya venía haciendo diversas investigaciones, observaciones clínicas y el intento de establecer una legislación nacional que llevara a acciones prácticas para prevenir y contener la enfermedad.

Este artículo analizará cómo la anemia tropical se convirtió en los albores del siglo XX en una enfermedad de atención nacional por su afectación a la población campesina y cómo los médicos locales, aplicando los conocimientos provenientes de la medicina tropical y sus prácticas científicas, la reconocieron y actuaron para tratarla antes de la llegada de la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller en 1920. Dentro de este proceso, se analizará también cómo estarían vinculados no solo los médicos y los campesinos, sino también y de manera predominante, los hacendados.

Para comenzar, es importante situar la investigación desde la noción de “precedencia periférica” desarrollada por Palmer (2015). Esta noción, que tiene lugar en el debate teórico en historia de la ciencia sobre *centro y periferia*, hace referencia al reconocimiento de experiencias locales “periféricas” de combate a la anquilostomiasis y que fueron previas a la llegada de la Fundación Rockefeller con su método. La “precedencia periférica” habla de aquella tradición médica nacional en la que los médicos locales desarrollaron investigaciones y una metodología sobre un tema del que los funcionarios de la Fundación Rockefeller creían ser pioneros, en este caso para la prevención y el combate de la anemia tropical, “en otras palabras, los programas estadounidenses llegaron a una tradición médica nacional o local, dotada de líderes, jerarquías y temáticas con las que los norteamericanos tuvieron

que lidiar y dialogar, científica y políticamente. Como resultado, los programas de la FR fueron contingentes al escenario y a los actores que se encontraron” (Palmer 2015, 13). Siendo el caso más ejemplar el de Costa Rica, que había sido el primer país latinoamericano en iniciar un programa nacional propio de combate a la uncinariasis de manera muy temprana en 1907.

En Colombia existieron avances importantes por parte de los médicos locales en el reconocimiento y estudio de la anemia tropical desde inicios del nuevo siglo, y esto se demuestra con la publicación de más de 20 investigaciones sobre la enfermedad durante las dos primeras décadas del siglo XX. Es importante resaltar cómo la creación de la cátedra de enfermedades tropicales impartida en la Universidad Nacional de Colombia por el doctor Roberto Franco desde 1905, implicó la apertura práctica a los estudios e investigaciones locales de diversas enfermedades caracterizadas como “tropicales”, y de esta manera varios de sus discípulos, y con él una nueva generación de médicos,¹ se interesaron en conocer la incidencia de la anquilostomiasis en Colombia, reconocer su distribución geográfica, la descripción clínica y su tratamiento, buscando reconocer, a la luz de los nuevos conocimientos, prácticas y procedimientos de laboratorio, la situación de los campesinos colombianos con la anemia tropical,

Al empezar nuestros trabajos en la Clínica de Enfermedades Tropicales y al estudiar en el Hospital San Juan de Dios algunos de los enfermos afectados por perturbaciones digestivas y de anemias, insinuamos á nuestros discípulos la posible existencia y la frecuencia probable de la Uncinariasis entre nosotros; pero fue únicamente después de establecido el Laboratorio de las Clínicas de este hospital cuando pudimos practicar los primeros exámenes de materias fecales y cuando llegamos a demostrar la presencia de huevos de anquilostoma en las deposiciones (Franco, 1909, 93).

1. Entre esta nueva generación de jóvenes médicos el doctor Jorge Martínez Santamaría menciona a sus colegas, el doctor Gabriel Toro quien investigó sobre la *espirila* generadora de las bubas, el doctor Joaquín Leal con una investigación sobre la filaria y el doctor Federico Lleras con una investigación sobre el carbón sintomático (Martínez-Santamaría 1909, IX). En la tesis doctoral realizada se puede encontrar una caracterización amplia sobre la generación de médicos que investigó sobre la enfermedad (Garzón, 2020).

A través de dichas investigaciones, podemos ver cómo la comunidad médica nacional estaba informada, actualizada y conectada de manera transnacional con lo que ocurría en diferentes campañas, como las de Puerto Rico y Costa Rica, con su conocimiento y prácticas buscaron proponer una campaña nacional, que contó incluso con una legislación específica, para intentar contrarrestar los efectos de la enfermedad en la población campesina.²

De esta manera, como lo desarrollaremos en las siguientes páginas, podemos considerar que en Colombia existió efectivamente una “precedencia periférica” y que los aportes de los médicos locales durante esas dos primeras décadas fueron valiosos y marcaron el derrotero sobre el que trabajarían los funcionarios delegados de la Fundación Rockefeller a su llegada al país. Esto también nos permite comprender cómo existió un escenario que muestra la articulación de redes de conocimiento en niveles locales y transnacionales donde una institución como la Fundación Rockefeller no llegaría solo a hacer una imposición vertical de sus métodos, sino que ya existía un trabajo sostenido previo de aportes locales sobre tratamiento y manejo de la enfermedad, lo que implicaría un trabajo cooperativo que incluyó la integración de saberes y experiencias que los médicos locales habían acumulado por cerca de 20 años con las prácticas de control y tratamiento desarrolladas por los funcionarios de la Fundación Rockefeller desde 1920, cuando se firma el acuerdo entre este organismo y el gobierno para iniciar la campaña contra la anemia tropical en Colombia.

La anemia tropical como problema de salud pública nacional

Durante gran parte del siglo XIX, e incluso aún en los comienzos del siglo XX, los médicos solían atribuir un rol muy importante al clima en el desarrollo de ciertas

2. En varias de las investigaciones que fueron publicadas como tesis o en revistas médicas, los autores suelen hacer referencia a investigaciones publicadas sobre el desarrollo de campañas contra la uncinariasis en otros países, particularmente para el caso de Puerto Rico o Brasil, de donde toman información relevante y novedosa sobre prácticas médicas de tratamiento que se podrían llevar a cabo en Colombia, lo que demuestra una interesante conexión con redes médicas internacionales de manera previa a la llegada de la Fundación Rockefeller.

enfermedades, justificando también argumentaciones raciales sobre la supuesta inferioridad de algunas poblaciones que vivían allí (García 2016, 9-26). Los médicos colombianos que estudiaron la anemia tropical —anquilostomiasis, uncinariasis— en los albores del siglo XX dedicaban siempre una parte de su pesquisa a hablar sobre lo que conocían de la distribución geográfica de la enfermedad basándose en sus experiencias como médicos en ciertos lugares, por ejemplo, en las minas de esmeraldas de Muzo, en lugares donde se iban construyendo vías de ferrocarriles y sobre todo aquellos lugares en donde predominaba el cultivo de café.

En algunas ocasiones, aún sin conocer lo que acontecía *in situ*, hacían apresurados y desoladores pronósticos y se atrevían a generalizar la incidencia asegurando que la enfermedad estaba presente en más del 80 % del territorio colombiano. Esto, debido a que ya se reconocía con certeza que los climas medios y calientes, entre los 18° a 30° de temperatura y por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar, eran los que ofrecían las condiciones necesarias para el desarrollo del gusano productor de la enfermedad.³

De esta manera, médicos como Roberto Franco, Jorge Martínez Santamaría, Emilio Robledo, Miguel María Calle y Abraham Pupo, por citar algunos, aseguraban que gran parte de la población que habitaba los climas medios y calientes “son uncinariados, considerando como habitante de esas regiones al que vive en ellas seguidamente y sin abandonarlas por algunos años. Fundamos nuestra opinión en la estadística que hicimos en los trabajadores de las minas de Muzo, y que fue publicada en el informe que rendimos al Sindicato de esa empresa. Encontramos allí que un 94 % de los habitantes eran uncinariados y que sufrían más o menos por causa de ese helminto” (Franco 1909, 107).

3. El clima, de hecho, era considerado como una de las *causas predisponentes* de la anquilostomiasis. Específicamente, como explica Mónica García sobre las causas predisponentes de las enfermedades, estas “predisponían gradualmente a que se adquirieran. A este último grupo pertenecían las causas predisponentes individuales y generales. Las primeras dependerían por completo de las condiciones y actitudes individuales, como el temperamento, y otras relacionadas con las funciones corporales, y las segundas se referían casi en su totalidad a elementos climáticos y geográficos como el aire, los cambios atmosféricos y la constitución del suelo. Como se ve, elementos del clima actuarían en los tres niveles de causalidad, pero su acción más constante y determinante parecería estar en el nivel de las causas predisponentes generales” Mónica García, 2016. *Entre climas y bacterias. El saber sobre la enfermedad en Colombia, siglo XIX*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Ciencias Humanas (García 2016, 12).

Emilio Robledo aseguraba que por lo menos hasta 1908 “de los Departamentos en que se divide actualmente la República, ninguno está *exento* de la infección uncinárica, ya que, por razones de altitud [...] se extiende por toda la tierra colombiana á manera de malla inextricable. Personalmente he podido comprobar la existencia del parásito en Tolima, Cauca, Bolívar, Atlántico, Antioquia, Santander, Caldas y Boyacá” (1908, 916). Además, buscando informarse mejor sobre la geografía de la anemia tropical, escribió a varios de sus colegas pidiendo datos precisos, entre ellos al doctor Miguel María Calle en Antioquia, quien respondió que:

Tal enfermedad es aquí (en Titiribí) abundantísima, y creo que lo es en muchas otras poblaciones de este departamento (Antioquia). Para no citar sino las vecinas, mencionaré a Amagá, en donde más de la mitad de los habitantes están infectados; Fredonia, Armenia y Concordia. Se puede asegurar que en las regiones cafeteras el 70% de los trabajadores está atacado de anquilostomiasis. En las minas, la enfermedad existe, en verdad, pero en proporciones infinitamente inferiores. En la mina de *Altos Chorros*, cuya temperatura en la superficie es de 19°C y cuya altura es de 1800 metros sobre el nivel del mar, se encuentra un buen número de enfermos. Mas en las minas de *El Zancudo* con 25°C de temperatura y a 1300 metros de altura, los casos son rarísimos y quizá importados de las minas más altas ó de otras localidades (Robledo 1908, 917).⁴

Un aspecto interesante que comienzan a reflejar las investigaciones médicas locales, se relaciona con el hecho de que develan una situación alarmante sobre la salud de las poblaciones rurales, principalmente aquellas que habitaban en las regiones templadas y en donde existían amplias extensiones de cultivo de café que se habían incrementado desde mediados del siglo XIX con la ampliación de la frontera agrícola, y que a su vez, habían tenido también un alto crecimiento demográfico debido al fenómeno de migración interna ocurrido durante el proceso que se ha denominado como colonización antioqueña, particularmente las regiones de Antioquia y el gran Caldas.

4. Varias de las investigaciones médicas publicadas entonces, señalan que los casos más predominantes en el país se presentaban en regiones agrícolas, principalmente donde se producía café y en menores proporciones se presentaban en las minas. Al respecto, el Dr. Jorge Martínez Santamaría al hablar sobre la profilaxis de la anemia tropical en las minas, menciona que “su estudio entre nosotros no tiene toda la importancia que reviste en Europa. La razón es sencilla: allá es el único foco de infección conocido, mientras que entre nosotros el plantío, la montaña, las orillas de los ríos, son otros tantos focos infectivos de igual intensidad que las minas” (Martínez-Santamaría 1909, 216).

La incidencia de la anquilostomiasis en dichas regiones fue claramente representada en las tesis médicas y en los artículos de las publicaciones periódicas especializadas que circularon ampliamente y que alertaron, tanto al gobierno como a los hacendados, sobre las precarias condiciones laborales e higiénicas existentes en las zonas de cultivo y sobre cómo ello estaba influyendo en la rápida expansión de la enfermedad. Si bien la enfermedad ya existía entre la población campesina, el proceso de migración y colonización en Antioquia que fue llevando a las poblaciones rurales a desmontar y “abrir frontera” al ritmo del incremento del comercio exportador desde mediados del siglo XIX, permitió que la enfermedad y el parásito se propagaran de manera alarmante por los suelos recientemente cultivados.

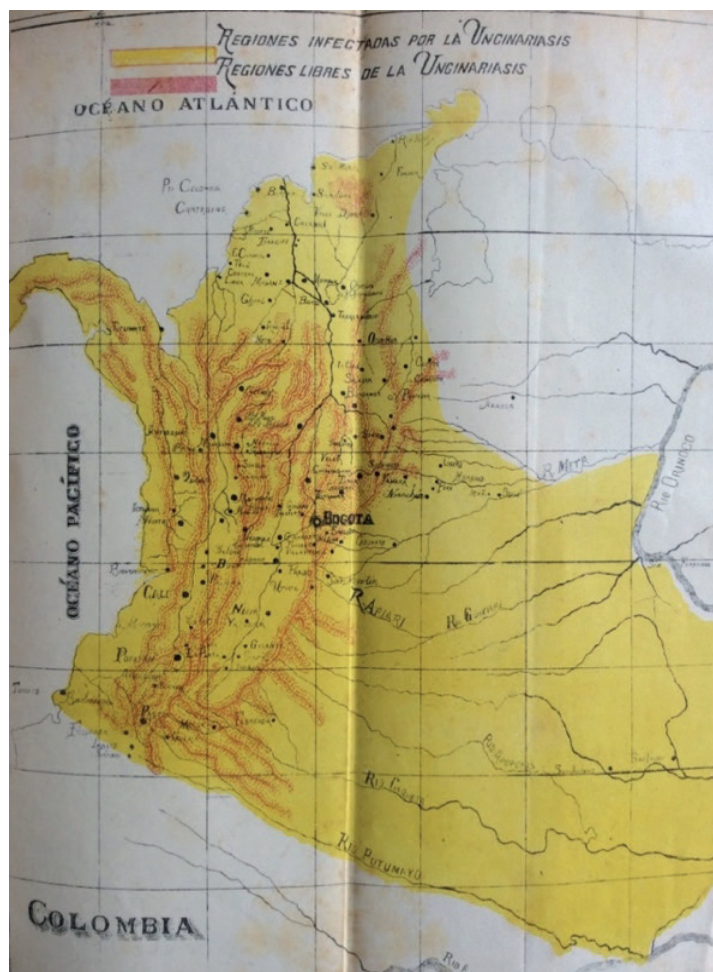
El caso colombiano resulta ejemplar si tenemos en cuenta el escenario social y económico colombiano de ese periodo con los procesos de apropiación de tierras en el centro del país —Cundinamarca y Tolima— y con el proceso migratorio de la colonización antioqueña en el occidente (Caldas), que sumado al crecimiento de la economía exportadora con productos como el azúcar, el cacao y principalmente el café, daría como resultado el incremento desmedido de campesinos enfermos por anemia tropical en la mayoría de regiones del país.⁵

El doctor Martínez Santamaría elaboró, en su tesis publicada en 1909, uno de los pocos mapas que se conocen sobre la posible extensión de la anquilostomiasis. Su afirmación respecto al alcance geográfico de la enfermedad fue categórica: “la uncinaria solo ha respetado las altas cumbres de las cordilleras; el nudo en donde nacen las tres ramas, la Oriental, la Central y la Occidental; la sabana de Bogotá y la Sierra Nevada. El resto del país está infectado” (Martínez- Santamaría 1909, 23).

De esta manera, en el mapa realizado, Martínez Santamaría hace notar que solamente las regiones altas —en color rojo— estarían libres de uncinariasis, mientras que en el resto del país la enfermedad estaba expandida.

5. Palmer, quien ha estudiado en profundidad la historia de la anemia tropical en Centroamérica y el Caribe, explica, en efecto, cómo la anemia tropical es una enfermedad propia de la dilatación de la frontera agraria, del desplazamiento y de la recombinación ecológica, económica y cultural (2015, 32).

Figura 1. Regiones infectadas de uncinariasis



Fuente: Martínez-Santamaría (1909, 22).

Quizás su interpretación podría parecer exagerada, sin embargo, lo que nos muestra de fondo es una muy delicada situación sanitaria en los sectores rurales que evidentemente estaba desbordándose y a la cual el gobierno no estaba prestando suficiente atención. La fuerza laboral, especialmente los agricultores, estaban enfermos, debilitados por el parásito que les impedía llevar a cabo sus tareas cotidianas y aparentemente solo con la atención prioritaria dirigida hacia los principales focos de expansión esta enfermedad podría comenzar a ser contenida.

Esta afirmación y la preocupación generalizada se refleja también cuando el doctor Miguel María Calle aseguró que, tras adelantar observaciones clínicas desde 1906, fue “cuando un caso extremadamente grave, y para mi muy importante, me puso en el camino verdadero y en condiciones de tratar un número que ya pasa de mil, cifra que parecerá exagerada a quien no haya visitado estas regiones, en donde los *anquilostomiásicos* se cuentan por millares” (Calle 1910, 70. Énfasis del original).

Aunque para ese entonces las condiciones para diagnosticar a los enfermos resultaban bastante precarias debido a la carencia de una herramienta tan importante como los microscopios, con lo poco que tenían los médicos comenzaron a hacer lo que estuvo a su alcance. Tan es así que el mismo doctor Calle pedía que el problema de la anquilostomiasis en el país se estudiara desde un punto de vista que estuviera al alcance de la mayoría de los demás colegas, pues muchos de los que realizaban sus trabajos:

En centros de segundo orden, carecen de los medios de investigación que poseen los que viven en lugares en donde los exámenes microscópicos se hacen fácilmente. En presencia de una enfermedad tan generalizada, que inutiliza las gentes en poco tiempo; que hace de los enfermos otros tantos desgraciados y que reviste caracteres de verdadera calamidad social, nuestra obligación es hacerla conocer de la manera más sencilla á fin de que no haya lugar donde no pueda ser descubierta y combatida debidamente (Calle 1910, 70).

Reconociendo que para tener un diagnóstico completamente verídico de la uncinariasis eran necesarios los exámenes de sangre y de materias fecales, pero al tiempo sabiendo de la precariedad en la que se encontraban los médicos por la falta de microscopios, este médico preocupado por la generalizada expansión de anquilostomiasis aseguraba que “no se necesita sino haber observado algunos casos para no olvidar nunca el aspecto característico de los enfermos; me refiero, se entiende, á los casos típicos que constituyen la mayoría, al menos en estas regiones. ¿Quién en Antioquia no sabe lo que es el Tuntún? Todo el mundo lo conoce” (Calle 1910, 76); así que, por el beneficio de los *millares de desgraciados*, aconsejó a los demás médicos que a todos los pacientes que llegaran con síntomas del Tuntún se les tratara como

anquilostomiásicos. Con ello no negaba que muy probablemente se podría incurrir en algunos errores que el microscopio evitaría, pero a todas luces esto era preferible, y era poco probable que se pudieran presentar consecuencias funestas,

Se me dirá que esto es muy empírico y que la ciencia moderna exige que se hagan las cosas mejor, y más de acuerdo con los últimos adelantos. Ciertamente; ¿pero habremos de rechazar la Clínica para el conocimiento de una enfermedad que podemos descubrir más fácilmente que muchas otras, para las cuales solo contamos con sus recursos? Estoy seguro de que el que haya leído con atención la descripción de los síntomas, podrá diagnosticar fácilmente en la mayoría de los casos; y, de todos modos, el resultado será provechoso. Quédense los casos oscuros para los muy diestros, y que los demás consigan la salud que, con gran facilidad, podrán recobrar si todos los médicos nos proponemos investigar cuidadosamente los síntomas de los anémicos, averiguar el clima en que habitan, el trabajo en que se ocupan y el estado de salud de sus compañeros de labor y de sus vecinos de habitación (Calle 1910, 76).

Los millares *de desgraciados* a los que el doctor Calle hace alusión, eran los agricultores que trabajaban en los cultivos de café y de caña de azúcar, además que justamente trabajaban en las regiones de clima templado en donde el parásito podía completar prósperamente su ciclo de vida; por esta razón, cuando un médico conocía la procedencia del enfermo, su profesión y reconocía en él algunos de los síntomas, podría diagnosticar que muy seguramente sería portador de los parásitos de la anemia tropical. Las aseveraciones hechas por los médicos que estudiaron con detenimiento la enfermedad y el número de pacientes que día tras día acudían a ellos no fueron en ningún caso exageradas, por ello aseguraban que “en nuestro país hay extensas regiones en donde la anemia es general y en donde casi no se ve una sola persona que se pueda asegurar que no esté afectada por ella” (Franco 1909, 95).

Los síntomas percibidos por los campesinos afectados por la uncinariasis iniciaban con el decaimiento de la fuerza para trabajar, cansancio, pereza, sueño, incapacidad para concentrarse; la piel comenzaba a tornarse pálida o amarillenta, “cuando necesita trepar una pendiente, aún ligera, se da cuenta de que no le es posible hacerlo con la facilidad de antes; lo mortifica el golpe de las sienes, la palpitación, el anhelo respiratorio, el descoyunto en las rodillas y el dolor en las masas musculares de las piernas” (Calle 1910, 74).

Tenían además diversos padecimientos con la alimentación, algunos perdían por completo el apetito, otros lo conservaban y algunos otros sufrían de geofagia, el deseo de comer tierra (Flórez 1919, 54-55). Había pérdida de peso, hinchazón en la cara, el vientre y las piernas, además de algunos accesos febriles que en muchas ocasiones se confundían con las fiebres del paludismo. Cuando la enfermedad afectaba a los niños, poco a poco iba deteniendo su desarrollo, “el infantilismo o nanismo [sic] que se ve en ciertas regiones, tiene como uno de los primeros factores esta enfermedad” (Franco 1909, 95). Si comenzaba en la edad adulta, la enfermedad incapacitaba para el trabajo, y al debilitar en extremo el cuerpo predisponía la entrada de otras enfermedades como la tuberculosis, el paludismo y la fiebre tifoidea (Martínez-Santamaría 1909, 128-133).

Aunque la anemia tropical no causaba la muerte, dependiendo de la gravedad de los síntomas que conllevaban al debilitamiento del cuerpo, el paciente podía vivir mucho tiempo hasta que otras enfermedades aceleraran su deceso:

La piel se torna color paja seca; las conjuntivas están exangües; los labios, la lengua, el paladar y la faringe denotan lo mismo que las uñas, una profunda anemia; la astenia es completa; las palpitaciones insoportables; el zumbido en los oídos no deja dormir al enfermo; el carácter es irascible é intolerante; los edemas se generalizan y se entra en un periodo en que es muy difícil evitar la muerte (Calle 1910, 75).

La presencia de lo que comúnmente los campesinos reconocían como sabañones o candelillas en las plantas de los pies, es decir, las pequeñas heridas producidas por la entrada del parásito, les permitía a los médicos saber que efectivamente sufrían de uncinariasis. En las observaciones clínicas realizadas a sus pacientes, los médicos mostraron que más del 90 % presentaban en sus pies estas heridas en los espacios interdigitales de los dedos;⁶ así, por ejemplo el doctor

6. “Cuando un individuo se pone á trabajar en los lugares en donde haya larvas, éstas se adhieren a la piel de las piernas y brazos sin que aquel se de cuenta; dichas larvas continúan penetrando en el cuerpo hasta que llegan al intestino en cuyas paredes se fijan y en donde se convierten en gusanos adultos. Esta manera de entrar por la piel explica por qué casi todos los individuos tuntunientos sufren de úlceras en las piernas ó por lo menos de erupciones que les producen comezón. Las llamadas *candelillas* y *mazamorras* son erupciones causadas por los gusanos” (Robledo “1912, 321).

Martínez Santamaría afirma que en 80 de las observaciones realizadas por él para su estudio, los sabañones aparecen en setenta y nueve de los casos, y esto se hacía particularmente más grave en los cafetales durante el periodo de recolección de los granos de café, “en la estación de lluvias es justamente cuando los sabañones toman una forma epidémica” (Martínez-Santamaría 1909, 59).

La explicación de la causa de la enfermedad por el parásito del anquilostoma y su verificación por el microscopio era clara, así como también la certeza de que la mayoría de la población rural colombiana, particularmente de las regiones cafeteras, padecía la anemia tropical. Los médicos conocían el tratamiento que los enfermos deberían seguir para su recuperación con medicamentos como el timol y, además, complementaron dicho tratamiento preconizando el uso de una planta medicinal propia, reconocida popularmente por sus propiedades vermífugas, y a la que someterían posteriormente a estudios científicos dadas sus cualidades y los buenos resultados que se habían conseguido: el higuerón y su derivado, la leche de higuerón.⁷

Es importante mencionar que además de los anquilostomas, las investigaciones de los médicos locales señalaron la numerosa y generalizada existencia de otros parásitos en los campesinos, entre ellos las ascárides, las amebas, las tenias y el tricocéfalo, este último solía aparecer con recurrencia junto con los anquilostomas en los exámenes microscópicos.⁸ Así, una vez identificada la existencia de anquilostomas en los pacientes, los médicos pasaban al tratamiento específico. Los tratamientos iniciales de los médicos locales se enfocaron en la destrucción del parásito, en su expulsión mediante purgantes y posteriormente en atender las consecuencias que este había dejado en el cuerpo de la persona. Además, debido a que la anemia tropical era una enfermedad altamente infecciosa por el parásito y el medio en el que este se desenvolvía, se hacía urgente diagnosticar y tratar al enfermo, pero sobre todo tomar las medidas necesarias para prevenir la reinfección al medio y a sus compañeros de trabajo en las labores agrícolas.

7. Sobre las prácticas híbridas y el uso de la leche de higuerón ver: Garzón (2022, 154-158).

8. Un interesante estudio sobre los parásitos intestinales que aquejaban a la población colombiana se encuentra en Londoño (1912, 131-147).

En visitas esporádicas a las haciendas cafeteras o en atención clínica desde el hospital, los médicos fueron llevando a cabo por su propia cuenta el tratamiento con medicamentos, proporcionando también información necesaria sobre las prácticas higiénicas en el entorno de trabajo para evitar la reinfección en y del suelo con las heces fecales, pues recordemos que para entonces el uso de letrinas en las haciendas o los cultivos era mínimo y era allí, en el suelo, en donde iniciaba la infección por uncinaria al contacto de los pies descalzos con las heces fecales contaminadas por el parásito.

Como se dio prioridad al tratamiento de la enfermedad con medicamentos, el doctor Roberto Franco comentaba que se habían utilizado varios para contrarrestar el parásito que producía la uncinariasis. El tratamiento inicial a la anemia tropical en el país produjo una serie de prácticas médicas híbridas con el uso paralelo de medicamentos alopáticos y de remedios populares tradicionales. Entre los medicamentos alopáticos encontramos el uso del Naftol Beta y del timol, siendo este último el más utilizado “porque nos ha dado mejores resultados y porque no encontramos en el naftol ventajas apreciables. Hemos ensayado igualmente el helecho macho, el aceite de eucaliptus y otros vermífugos, pero todos ellos son inferiores al timol” (Franco 1910, 239).

Según la descripción que hace el doctor Martínez Santamaría, el timol “o ácido tímico se extrae de la esencia del tomillo. Se presenta bajo la forma de cristales romboidales transparentes, de olor aromático, de sabor picante” (Martínez-Santamaría 1909, 173). Sus propiedades vermífugas fueron ampliamente reconocidas por los doctores y durante décadas fue el medicamento más utilizado en el país para tratar a los enfermos por anemia tropical. Este compuesto, sin embargo, debía ser usado con precaución por su acción tóxica. Por este motivo, los médicos fueron claros en las dosis que se debían suministrar a los enfermos, dependiendo si eran niños o adultos.

El procedimiento tomaba cierto tiempo, por lo que antes de comenzar se recomendaba a los enfermos seguir algunas indicaciones que se resumían en:

Dieta láctea durante un día; la administración de un purgante en la noche (usualmente se suministraba el calomel dividido en tres tomas), que provocaba la evacuación del contenido intestinal para que el antihelmíntico surtiera mejor

efecto; al día siguiente, se hacía la toma del vermífugo, en este caso el timol, dividido en dos o tres tomas, una cada hora “seguida de una taza de agua mucilaginoso caliente (agua de cebada o linaza) (Franco 1909, 242).

Se recomendaba también que este día se consumiera leche, pero debido a que “a veces era escasa, puede permitirse tomar después de mediodía sopas ligeras de arroz ó de legumbres, café en leche, sagú, maicena, agua de panela o chocolate. Lo que sí está formalmente prohibido es tomar bebidas alcohólicas tales como aguardiente, vino ron, brandy, chicha fermentada” (Robledo 1912, 323).

Después de seguir cuidadosamente este proceso, tanto los gusanos como el timol comenzarían a ser expulsados por el efecto del purgante, pues la permanencia prolongada del timol en el intestino podría llegar a ser nociva. Para que el tratamiento cumpliera con lo esperado, se recomendaba que el proceso fuera repetido por lo menos cuatro veces más, hasta que el examen microscópico demostrara la ausencia de huevos de anquilostoma (Franco 1909, 242).

Pero ¿qué repercusiones en términos de la economía de un campesino tenía la aplicación completa de este tratamiento? Si bien lo recomendable era que fuera repetido por lo menos tres o cuatro veces hasta que el parásito desapareciera, lo cierto es que para ese momento eran los enfermos quienes debían correr con los gastos correspondientes ya que hasta entonces —primera década del siglo XX— no existía ninguna legislación ni ninguna campaña que se los garantizara.

El doctor Calle llamó la atención sobre este asunto, pues lo que estaba sucediendo era que por falta de dinero los jornaleros abandonaban o hacían incompleto dicho tratamiento, por esta razón insistía en que dos tratamientos bien aplicados serían suficientes,

Insisto sobre este punto, porque los tratamientos sucesivos, tal como los aconsejan los autores, no pueden usarse sino en los hospitales. Si á un jornalero, que gana \$30 papel moneda en el día, se le dice que para que se pueda curar necesita tratarse cuatro ó seis veces, y que para ello tendrá que alimentarse con leche sola y perder ocho, doce ó más días de trabajo, estoy seguro que rehusará la medicación, y en todo caso debemos buscar el resultado más práctico (Calle 1910, 80).

Para los médicos locales era claro que la ejecución del tratamiento con los vermífugos era tan solo una parte de un proceso mucho más amplio para la prevención de la enfermedad, que se había convertido sin duda en un problema de salud pública nacional. Por ello, a pesar de que no contaban con los medios ni con un apoyo económico del gobierno para emprender una gran campaña nacional contra la anemia tropical, como era su deseo, hicieron lo posible por hacer pedagogía y propaganda en sus regiones de trabajo con recomendaciones a los hacendados y a los campesinos sobre los medios profilácticos con los que podrían evitarla. Así, el doctor Calle aseguraba que:

Para lograr que al cabo de algún tiempo se haya reducido la enorme zona infectada que hoy tenemos en Colombia, es preciso empezar por hacer conocer la enfermedad á todo el mundo; hacer constante obra de propaganda contra ella y que el Gobierno dicte medidas serias para combatir é impedir el mal. Ya es tiempo de que se formen en los distintos puntos del país asociaciones ó ligas que tengan por objeto difundir, de la manera más práctica y sencilla los conocimientos que hoy se tienen sobre esta materia, tanto en lo que se refiere al tratamiento, como lo que toca á la higiene (Calle 1910, 83).

De esta manera, los médicos involucrados en los estudios de anemia tropical se propusieron educar por medio de conferencias públicas y en las escuelas enseñando cómo se producía el contagio de la enfermedad, los estragos que esta causaba a la salud humana y en el entorno laboral, mostrando el parásito y sus características a los campesinos bien fuera por medio de dibujos en carteles o directamente por el microscopio “para que vean algo objetivo que corresponda á lo que se les enseña” (Robledo 1908, 930).

El doctor Robledo hizo énfasis en ello, ya que en ocasiones las masas campesinas se mostraban incrédulas frente a lo que veían; por ello, cuando en sus conferencias los asistentes se reían o se mostraban desconfiados, este ejemplificaba en el momento mismo de la conferencia tomando un paciente con uncinariasis y llevando a cabo el proceso de laboratorio, haciendo “expulsar los gusanos por medio del jugo de higuerón para que se convencieran. Ello es verdad que después de esta lección objetiva, muchos más han ocurrido á que se les desembarace del gusano” (Robledo

1908, 930). El uso de conferencias en las haciendas fue un método persuasivo ampliamente utilizado por los médicos para que las comunidades campesinas pudieran entender mejor la enfermedad y su forma de prevención. Sin embargo, sin una base legislativa nacional sobre la cual actuar, sus esfuerzos aún seguían siendo mínimos.

Medidas preventivas contra la anquilostomiasis y legislación nacional sobre anemia tropical

Todos ellos llevan la vida libre del campo y andan con el pie al suelo ó con alpargatas, toman el agua del pozo, recogida en medio de los cultivos de café y la usan sin filtrar
(Martínez-Santamaría 1909, 230).⁹

Al ser la uncinariasis una enfermedad evitable, los médicos colombianos concordaban en que la profilaxis debía fundarse primero en el conocimiento que ya se tenía sobre el parásito y su forma de infección, y segundo en llevar a cabo algunas prácticas y medidas para combatirla, no solo desde la labor que ellos cumplían en su oficio como médicos, sino desde un trabajo en red de todos los actores que se veían involucrados en el proceso de la enfermedad, esto es: el gobierno, los propietarios de los cultivos y los trabajadores. Así, afirmaban que tales medidas “están íntimamente enlazadas con los Gobiernos, como que son ellos los encargados de velar por la salubridad de los pueblos; con los propietarios, en cuyo beneficio casi exclusivo consume nuestro pobre peón su vigor y su vida; y finalmente con el trabajador, la víctima directa de la uncinaria” (Martínez-Santamaría 1909, 220).

En este sentido, el doctor Roberto Franco señaló tres medidas profilácticas básicas para combatir la anemia tropical y en las que en general coincidía la

9. Observación clínica de Jorge Martínez Santamaría a la familia de un niño anémico de 12 años en Caparrapí – Cundinamarca.

comunidad médica una vez conocido el ciclo de vida del parásito. La primera de ellas consistía en llevar a buen término el tratamiento médico para eliminar los gusanos del intestino con el uso del timol, la leche de higuerón y otras sustancias vermífugas. La segunda tenía que ver con prácticas sanitarias para descontaminar el suelo en donde los trabajadores desempeñaban sus labores cotidianas, por lo que se recomendaba la construcción obligatoria de letrinas, fijas o portátiles en las haciendas, para la conveniente disposición de las heces que contaminaban el suelo, “el mejor sistema es el de los excusados secos y debe emplearse la cal como desinfectante. En ningún caso debe emplearse como abono el contenido de estos excusados” (Franco 1909, 257).

La tercera medida buscaba proteger a los campesinos contra la contaminación cutánea y oral, por ello se comenzó a insistir en el uso del calzado para los trabajadores, así como también en el uso de agua filtrada,¹⁰ alimentos cocidos, lavados y un cuidadoso aseo individual de las manos y los utensilios que se empleaban para la alimentación.

Desarrollar medidas progresivas que llevaran a la sanidad del suelo era fundamental en la lucha contra la anquilostomiasis. Como se sabía, las materias fecales provenientes de individuos infectados eran puestas la mayoría de las veces “al abrigo de las miradas de los compañeros, entre un soto, bajo una tupida planta ó a la sombra de una cerca. Allí los rayos de sol van amortiguados, la humedad se conserva en cierto grado y la temperatura con mano cariñosa ayuda a germinar el huevo que en poco tiempo completa su desarrollo dejando en libertad a una larva” (Martínez-Santamaría 1909, 52). Las casas de los campesinos, así como también las haciendas y cultivos en donde trabajaban, se hallaban en su mayoría desprovistas de excusados, por lo que la tierra se convertía en una gran letrina que diseminaba con contundencia la infección por uncinariasis entre todos los trabajadores y sus familias.

10. Sobre el filtro para el agua se decía que el filtro más práctico y económico “es el que consiste en una vasija de barro ligeramente porosa que deje filtrar el agua gota a gota. También puede hacerse el uso de filtros preparados con capas alternadas de carbón y arena fina; pero yo prefiero aconsejar, á falta de filtro conveniente, hacer hervir el agua por ser medio más expedito, aún cuando la ebullición da á veces al agua un sabor poco agradable. La depuración del agua por medios químicos ó sea mezclándose sustancias, no debe aconsejarse entre nosotros” Robledo (1912, 322).

A los propietarios de los cultivos, se les recomendaba proveer a sus trabajadores “de un medio de defensa contra esta enfermedad: el esfuerzo que en tal sentido hicieran les sería ampliamente compensado con un trabajo mucho más eficaz y provechoso” (Samper 1914, 59). De hecho, una de las medidas iniciales que los hacendados deberían comenzar a llevar a cabo era la construcción de excusados para el uso no solo de su familia, sino de los trabajadores: “no debe limitarse su uso a la casa del patrón y a determinado personal de ella, como es costumbre entre nosotros. Por el contrario, sus puertas estarán siempre abiertas para todos sus dependientes” (Martínez-Santamaría 1909, 215).

Tras la construcción de estos locales, comenta Martínez-Santamaría (1909), se debía iniciar toda una “obra educacionista” para que los empleados entendieran la importancia del uso del excusado y de los beneficios que traería para su salud y la salud colectiva de los demás trabajadores. Además de los excusados, se les pedía a los propietarios de los cafetales, de cañamelares e incluso de los arrozales, mantener agua potable, recomendar a sus trabajadores el lavado de las manos antes de las comidas y llevar cubiertas las extremidades siempre que fuera posible (Robledo 1908, 930).

Los campesinos, al caminar con los pies descalzos sobre los lodazales y sobre los residuos donde abundaban los excrementos y los residuos de materias orgánicas como “los depósitos de cáscara de café, los montones de bagazo de caña de azúcar, los sitios en donde se hacinan los colinos del plátano, etc.” (Robledo 1912, 320), estaban siempre propensos a que el parásito entrara al cuerpo vía cutánea, principalmente por los pies, y era allí cuando adquirían la enfermedad. Por ello el importante llamado que se hacía al uso del calzado para evitar la infección; sin embargo, las alpargatas u otro tipo de zapatos que dejaran al aire libre el pie no servía, y no se debían usar sino a condición de que no se les pudiera suministrar otro tipo de calzado, siendo el ideal un calzado de cuero alto, cerrado y de buen ajuste (Villamarín 1917, 28).

El uso del calzado debía marcar un factor clave en la prevención de la anemia tropical; sin embargo, la mayoría de las veces estaba fuera del alcance de los campesinos, bien fuera por los costos que implicaba tener dinero para comprar un par de zapatos o también por la falta de costumbre en el uso de los mismos.

Ahora bien, al hablar sobre la falta de costumbre o el cambio en las costumbres, el otro punto en el que se hizo énfasis para la prevención de la enfermedad fue el de la modificación de ciertas costumbres en la higiene individual y colectiva tendientes al aseo personal y al cuidado en la limpieza o desinfección de los alimentos que se consumían. Aquí es importante mencionar lo dicho por Mary Douglas sobre el proceso de transformaciones que llevaron a configurar la idea de la higiene sobre la suciedad, y la anemia tropical fue considerada por mucho tiempo una enfermedad de la suciedad y la pobreza. Como argumenta Douglas, nuestra idea sobre la suciedad, y en la que están enmarcadas las recomendaciones profilácticas de las que venimos tratando, estuvo condicionada por el conocimiento de los organismos patógenos dentro de la revolución pasteuriana de la que hablamos al inicio del capítulo, “de tal manera ha transformado nuestras vidas que se hace difícil pensar en la suciedad como no sea en el contexto de lo patógeno. Sin embargo, nuestras ideas de la suciedad no son a todas luces recientes” (1973, 54).

La suciedad, dice Douglas, no es un acontecimiento único o aislado; donde hay *suciedad* hay un sistema que está actuando y que define ciertas características o parámetros que indican que ciertas prácticas o ciertas acciones sean consideradas como sucias y deben modificarse ya que resultan inapropiadas, en este caso, para la salud. De esta manera, el cambio de hábitos en las costumbres resultará complejo ya que culturalmente existían entre las poblaciones campesinas ciertas prácticas establecidas que mediatizaban sus experiencias, por lo que la adaptación, significación y comprensión de unas nuevas prácticas sería un largo proceso.

De allí podemos entender que las recomendaciones para prevenir la anquilostomiasis, tanto para los adultos como para los niños, tenían que ver con el insistente llamado de atención para generar la costumbre del lavado constante de las manos y los pies con el “establecimiento de baños generales, y de platones o chorros de agua en las cocinas para el aseo de los pies y manos antes de las comidas” (Martínez-Santamaría 1909, 216), o también un llamado al lavado de la ropa pues “este se lleva a cabo en cualquier pozo o arroyuelo, y aun en muchos lugares se verifica en corrientes de agua que a su paso por los poblados han sido ya contaminadas, de suerte que los demás pañuelos y demás prendas de uso íntimo se infectan con toda especie de bacterias patógenas” (Samper 1914, 61).

El cambio en los hábitos podría llevar un largo tiempo, y a sabiendas de ello, los médicos fueron implementando diversas campañas educativas que permitieran a los campesinos conocer por qué el parásito los enfermaba, cómo llegaba a ellos y cómo podrían comenzar a prevenir la enfermedad. Una campaña contra la anquilostomiasis:

No se hace sino por la educación sostenida y constante que enseñe a los campesinos a conocer la enfermedad, y a saber que son las deposiciones las que la transmiten. Enseñar a uno de estos campesinos a que haga uso de un excusado en vez de estar al aire libre es cuestión difícil, pero que se logra si se le convence que así evitará la enfermedad (Cuervo 1915, 150).

Como vemos, la uncinariasis era una enfermedad que con algunas medidas profilácticas podría ser prevenida y controlada. La construcción y el uso de excusados, el uso de calzado adecuado para el trabajo, el aseo constante de pies y manos, el tratamiento juicioso con los vermífugos por lo menos cada tres meses para evitar la reinfección y una alimentación apropiada y sustancial, fueron algunas de las recomendaciones para el control.

Con sus investigaciones y experiencia, los médicos sentaron la base del reconocimiento de la existencia de esta enfermedad en gran parte del territorio colombiano, conocieron las medidas que debían tomar y así mismo aprovecharon esas páginas para pedir con urgencia al gobierno que actuara tempranamente para evitar tener una población campesina enferma e improductiva, solicitaron entonces su intervención para llevar a cabo una gran campaña nacional contra la anemia tropical.

Martínez-Santamaría y Franco hicieron una gran apelación a los gobiernos de Ramón González Valencia (1909-1910) y Carlos E. Restrepo (1910-1914) para que prestaran atención a los campesinos enfermos de anquilostomiasis, y casi que de manera imperativa argumentaban que era hora de que se preocuparan “por nuestra clase obrera, verdadero elemento de riqueza nacional, cuyas necesidades no franquean el limitado espacio de su terruño ni alcanza a preocupar a nuestros hombres públicos, y a la cual el reclutamiento, el trabajo personal subsidiario y las contribuciones no la autoriza para disfrutar de las garantías contenidas en nuestras leyes republicanas” (Martínez-Santamaría 1909, 203).

Denunciaban, además, que era común que los gobiernos solo prestaran atención a los problemas fiscales y políticos y en ningún caso a la salubridad de la población. Para los médicos, era tiempo de comenzar a hacer transformaciones mirando hacia el crecimiento futuro del país y atender el asunto, por ello reclamaba Franco: “consideramos como una urgente necesidad para el país el organizar una *lucha contra la anemia* y como un deber del Cuerpo Médico solicitar de las autoridades el apoyo material que requieren todas las medidas que se deben tomar y la expedición de disposiciones que faciliten la realización de una obra tan trascendental” (1909, 258. Énfasis del original).

De esta manera, y basados en la experiencia de Puerto Rico, Martínez-Santamaría propuso que tras la creación de la Comisión colombiana se podrían dictar las medidas necesarias para la creación de Hospitales-consultorios y el reglamento pertinente para evitar la expansión de la anemia tropical, “el número de Hospitales-consultorio en un principio sería reducido, dada la escasez de nuestros recursos, y en cuanto a los lugares escogidos para su fundación, ninguno mejor que los centros reinantes de la anemia como La Mesa, Fusagasugá, Paimé, Pandí, Girardot, Villavicencio, etc,etc” (Martínez-Santamaría 1909, 205). El proyecto planeado por los médicos para llevar a cabo una gran campaña contra la anemia tropical era muy ambicioso a pesar de reconocer las deficiencias económicas que podrían existir.

Además, si se llegaba a dar esta legislación, se podría trabajar con los hacendados para que se hiciera obligatorio tomar las medidas necesarias para el control de la enfermedad en sus propiedades, brindando los medios de curación necesarios a los campesinos que en los cultivos adquirirían el parásito, lo que generaba una propuesta directa para mitigar los efectos existentes en la relación de esta enfermedad y el lugar específico de trabajo, y que el doctor Calle muy ávida y tempranamente anotó y catalogó como una enfermedad laboral, accidente de trabajo:

¡Al fin y al cabo no podría considerarse la infección de un obrero por el anquilostoma, como un accidente del trabajo! Nada me parece más natural. Si todos los empresarios hicieran lo que aquí hace la Sociedad del Zancudo, D. César Piedrahita, D. Luis Heiniger y D. Francisco Navech, no pasaría mucho tiempo sin que el pasmoso número de enfermos que hoy existe se redujera de

forma considerable. Ellos, haciéndose cargo de sus verdaderas obligaciones como patrones, se han propuesto curar a todos sus trabajadores y están resueltos a hacer cumplir en sus empresas, las órdenes conducentes a la desinfección de ellas; desgraciadamente la generalidad procede de muy distinta manera: el obrero es útil y digno de atenciones mientras con su labor ayuda a adquirir fortuna; más cuando está desválido y enfermo, aunque sea por causa del trabajo, ya es un ser inútil y estorbo de quien es preciso desasirse (Calle 1910, 83).

Las insistentes peticiones de los médicos fueron escuchadas por el gobierno nacional, y el 6 de octubre de 1911 fue promulgada la primera ley sobre anemia tropical en el país: La ley número 22 de 1911, por la cual se organiza la lucha contra la anemia tropical.

Esta decretaba, entre otros:¹¹ la creación de una comisión permanente encargada de llevar a la práctica las medidas necesarias para la lucha contra la anemia tropical. La comisión estaría conformada por un médico director y dos médicos subalternos, que constituirían una oficina central que coordinaría las labores de la campaña en todo el territorio nacional. Esta comisión crearía los dispensarios convenientes, dotándolos de los elementos de farmacia y laboratorio indispensables. La comisión tendría además la colaboración de la policía sanitaria rural con el fin de hacer efectivas las medidas dictadas. Se declararían libres de derechos de importación el timol, el naftol beta, el sulfato de soda y todos aquellos medicamentos que la comisión considerara de uso para el tratamiento de la anemia tropical. Se destinaría la suma de cincuenta mil pesos para iniciar la campaña. La comisión se entendería con cada asamblea departamental y con los gobernadores respectivos para que se votaran los presupuestos para cooperar en la lucha contra la anemia tropical.

La ley fue firmada por Jorge E. Delgado (presidente del Senado), Miguel Abadía Méndez (presidente de la Cámara de Representantes), y Carlos E. Restrepo, Presidente de la República de Colombia. Los médicos recibieron con beneplácito la promulgación de la ley, sin embargo, esta quedó apenas mencionada en el papel, en las buenas intenciones de los legisladores y en el vano intento de los médicos por mejorar las condiciones laborales y de sanidad de los campesinos.

11. República de Colombia, “Ley número 22 de 1911”, *Diario Oficial* Año XLVII, n°. 14423. Bogotá, 18 de octubre de 1911.

La cooperación médico-hacendataria en la lucha contra la anemia tropical y la legislación de 1919

En 1917, seis años después de que fuera promulgada, el doctor Jesús Villamarín criticó enérgicamente que el gobierno no hubiera tenido el presupuesto necesario para haber llevado esta ley a buen término, sobre todo por las graves repercusiones que esto había tenido sobre la salud de los campesinos y sobre la sanidad del suelo agrícola. Así, se preguntaba:

¿Cuál es el beneficio de esta ley, que no sale de la esfera de la buena intención? Votar la mezquina suma de \$50.000 para llevar a la práctica la ley que salva tantas vidas, que vigoriza tantas energías debilitadas por el anquilostomo, que dota de brazos poderosos la industria y el trabajo. ¿No es una vergüenza esta desidia, esta criminal indiferencia por la vida y la prosperidad de tanta muchedumbre que forma casi la mitad de la República? (Villamarín 1917, 9).

Pablo García-Medina, quien se desempeñaba como Director Nacional de Higiene en 1918, llamó la atención al gobierno para que se reformara la ley de 1911.¹² Sin embargo, al parecer, el Congreso rechazó los fondos destinados para mejorarla.¹³ A pesar de los constantes rechazos y de la falta de presupuesto, García-Medina continuó insistiendo en la necesidad de reformar la ley de combate a la uncinariasis y a mediados del año 1919 se dictó finalmente la Resolución número 24 con fecha del 8 de julio, en la que se decretaban las nuevas disposiciones legales sobre el manejo y tratamiento de la enfermedad (García-Medina 1920, 329-331).¹⁴

12. Un interesante acercamiento a la vida y trabajo en salud pública de Pablo García Medina se encuentra en: Quevedo, Neto y Rodríguez, (2005, 231-237).

13. Esta información se encuentra en dos documentos publicados por Frederick Miller: “Annual Report 1920. From June 14 to December 31, 1920” y “Report on work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Colombia. From June 14 to December 31, 1920”, 25 de febrero de 1921, en: Rockefeller Foundation Records, Rockefeller Archive Center (RAC), Nueva York-Estados Unidos, Folder 1562, caj. 133, RG 5, Series 3 Routine Reports, FA115, p. 8.

14. “Resolución Número 24 sobre profilaxis de la anemia tropical (uncinariasis)”. Bogotá, 8 de julio de 1919, en Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia, Sección República, *Ministerio de Salud*, Resoluciones, ff. 34-35.

En una comunicación dirigida al presidente de la Sociedad de Agricultores de Colombia, García-Medina manifestó que la Dirección Nacional de Higiene resolvió finalmente dictar esta resolución “con el ánimo de iniciar una campaña efectiva contra la uncinariasis, entre tanto que se dicta una ley más práctica y eficaz que la mencionada. Esta dirección espera que tanto los particulares como las autoridades, le darán la importancia que merece por el asunto a que refiere y la acatarán” (García-Medina 1919, 62), en ese sentido, dice él, confía en que la Sociedad de Agricultores se interese también en apoyar y organizar la campaña contra la uncinariasis.

De esta manera, el problema sanitario y económico generado por la anemia tropical en el país integró al estamento médico, un poco al estamento gubernamental y especialmente al gremio de los agricultores, propietarios de haciendas y cultivos cafeteros, en el objetivo común de controlar la difusión de la anquilostomiasis, prevenirla y proporcionar los tratamientos y cuidados médicos y sanitarios necesarios para la recuperación de la mano de obra campesina. Después de casi dos décadas, la lucha contra la anemia tropical parecía al fin adquirir forma y materializarse.

La resolución dictada por García-Medina condensa varias situaciones. En primer lugar, refleja la preocupación por la salud de los trabajadores y el cuidado que *los hacendados* deberían mantener de ella, lo que a su vez apunta al reconocimiento de la uncinariasis como una enfermedad laboral rural producto del proceso de economía expansiva del café que conllevó a la exposición de miles de campesinos a los suelos contaminados por el parásito.¹⁵

En segundo lugar, y en concordancia con la relación de la uncinariasis como una enfermedad que se comprendía en el contexto de lugares específicos y bajo

15. Óscar Gallo ha investigado ampliamente el campo de la higiene industrial y la medicina del trabajo en la primera mitad del siglo XX en Colombia. Aunque el enfoque ha sido más sobre el desarrollo de la higiene industrial y las enfermedades laborales en las minas, su análisis y la documentación primaria revisada muestran cómo la anemia tropical, junto con otras enfermedades como la tuberculosis y el paludismo, estaban siendo estudiadas por los alumnos de la Escuela Nacional de Minas en la cátedra de higiene industrial que inició en el mismo momento en que fue fundada la Escuela en 1884. De esta manera, muestra cómo para los años 1914 a 1917 la anemia tropical fue un tema de análisis recurrente, así como también otros que trataban sobre pozos negros, habitaciones para obreros, higiene de la alimentación, accidentes producidos por animales venenosos, quemaduras, insolación, entre otros (2014, 252).

ciertas condiciones laborales, la resolución deja ver que la responsabilidad por los campesinos enfermos recae directamente en los hacendados y propietarios de cultivos, por lo cual se les obliga a vigilar por su salud con una serie de recomendaciones que incluyen el cuidado de su mano de obra con una alimentación apropiada, la aplicación de tratamientos y medicamentos, una labor pedagógica e informativa con la lectura de recomendaciones sanitarias, la exigencia de medidas higiénicas como los baños de los pies y, lo más importante, la inversión en infraestructura dentro de la propia hacienda con la construcción de letrinas u hoyos en lugares específicos de la plantación, así como también la construcción de locales destinados como hospitales para atender a los enfermos.

En las diferentes fuentes revisadas, se encontró que en general los hacendados fueron receptivos frente a las recomendaciones realizadas por los médicos para el cuidado de sus trabajadores. El doctor José del Carmen Cárdenas, quien trabajó durante varios años en la provincia del Sumapaz en Cundinamarca resaltaba cómo “todos los hacendados, generalmente hombres inteligentes é ilustrados, han comprendido la importancia del tratamiento, de tal modo que semanalmente recibo correspondencia y les despacho el timol e instrucciones necesarias para el tratamiento apropiado” (Cárdenas 1910, 18).

A falta de médicos en las áreas rurales, por varios años fueron los propios hacendados, siguiendo al pie de la letra las instrucciones que les dejaban, quienes suministraban el tratamiento a los trabajadores enfermos:

En el escritorio de la hacienda el propietario ó el administrador tiene sus buenas cantidades de timol distribuidos en cápsulas de medio gramo, el sulfato de soda y las recetas, que reparten á diario a sus peones. Como hay haciendas que dan ocupación a 150 ó 200 trabajadores se comprenderá muy bien la facilidad con que se trata la enfermedad y la rapidez con que se difunde la noticia en las haciendas vecinas (Cárdenas 1910, 22).

La experiencia del médico Cárdenas nos da una idea de la existencia previa de un sistema de cooperación entre las iniciativas particulares médicas y el interés de los hacendados por sus trabajadores para la lucha en común contra la anemia tropical, situación que muy seguramente no fue inusual y que sería replicada durante por lo menos una década por otros médicos y hacendados en las regiones cafeteras.

La responsabilidad del Estado, por otra parte, recaería en la vigilancia que los gobernadores e inspectores de policía debían atender mediante la imposición de una multa en caso de incumplimiento. Al conocer dicha resolución, los hacendados manifestaron que llevar a cabo lo que esta pedía podría tomar más tiempo de lo que el Director Nacional de Higiene pensaba, y por este motivo en agosto fue dictada una adición a la Resolución 24, la Resolución n°. 33 de 1919, en la que se resolvió dar un:

Plazo de cuatro meses, a contar desde la fecha de la presente Resolución, para dar cumplimiento a la Resolución número 24 que sobre profilaxis de la anemia tropical expidió la Dirección Nacional de Higiene. En consecuencia, los Alcaldes de los municipios, los Prefectos o Inspectores de policía exigirán el cumplimiento de tales disposiciones desde el 21 de Diciembre del próximo venidero.¹⁶

La aparente actitud de desatención por parte del Estado hacia el cuidado y prevención de los campesinos enfermos por anemia tropical, y la manera de responsabilizar exclusivamente a los hacendados sobre el destino de su mano de obra, provino desde el momento mismo en que los médicos colombianos pronosticaron la enfermedad en los primeros años del siglo XX y propusieron llevar a cabo una gran campaña nacional para contrarrestarla. El Estado, por lo menos hasta octubre de 1919, no pudo asumir tal lucha como un proyecto nacional, pero no porque no estuviera interesado en el cuidado de la población rural enferma, sino porque por lo menos entre las décadas de 1900 a 1920 el país atravesaba por una compleja crisis fiscal (Tovar 1989, 27-48). Por ello, se limitó solamente a emitir la ley sin contar con los recursos económicos necesarios que irían destinados a las campañas. De esta manera no resulta totalmente extraño el hecho de que fueran los médicos y los hacendados quienes eventualmente, con sus propios recursos, intentaran combatir la enfermedad dando como resultado que estos cuidados iniciales resultaran siendo más paliativos que preventivos.¹⁷

16. “Resolución Número 33 por la cual se adiciona la Resolución número 24 sobre profilaxis de la anemia tropical”. Bogotá, 21 de agosto de 1919, en AGN, sección República, *Ministerio de Salud*, Resoluciones, f. 44.

17. Frederick Miller, “Report on work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Colombia. From June 14 to December 31, 1920”, 27 de agosto de 1921, en: Rockefeller Foundation Records, RAC, Folder 1563, box. 133, RG5, Series 3, Routine Reports, FA115, p. 4.

La existencia de un vacío estatal en el marco de la crisis económica por la que atravesaba Colombia permitió la unión extraoficial médicos y hacendados por el objetivo común de controlar la enfermedad, lo que nos permite comprender por qué sería desde el gremio agrícola, junto con los esfuerzos de los médicos locales, en donde nace la iniciativa de crear un sistema organizado nacional de lucha contra la anemia tropical. De esta manera, se comprende también que en 1919 haya sido el Ministerio de Agricultura y Comercio en cabeza de Jesús del Corral el que tomó la iniciativa de contactar a la Fundación Rockefeller para que en un esfuerzo cooperativo entre los médicos colombianos, los hacendados y los funcionarios estadounidenses, dieran inicio a las campañas contra la uncinariasis a través de su iniciativa de salud filantrópica, con la que, finalmente, se podría contar con los recursos económicos necesarios para llevar a cabo el programa de combate a la anemia tropical en el país.

Conclusión

La anemia tropical fue una de las enfermedades tropicales más extendidas entre los campesinos en las primeras décadas del siglo XX. Esto llevó a que esta enfermedad, así como la lepra, la fiebre amarilla y la malaria, recibiera tanta importancia por parte de la comunidad médica al punto de considerarla un problema de atención nacional donde se generarían prioridades sanitarias sobre la mano de obra campesina. Tal fenómeno puede ser entendido desde los procesos de migración y colonización en la región antioqueña y en el gran Caldas, que desde mediados del siglo XIX fueron llevando a las poblaciones rurales a desmontar y “abrir frontera” al ritmo del incremento del comercio exportador del café colombiano, lo que permitió, a su vez, la propagación del parásito. La intervención de los médicos a través de sus investigaciones y observaciones clínicas permitió que se fuera consolidando una comunidad médica informada que buscó de diversas maneras actuar sobre la enfermedad y mostrar las repercusiones económicas que esta tenía sobre las regiones rurales de frontera agrícola, particularmente aquellas vinculadas con la producción de café, generando que los hacendados también se integraran a la lucha contra el parásito, por unas mejores condiciones sanitarias.

En este sentido, la red de actores que participaron en la lucha contra la anemia tropical—médicos, campesinos y hacendados—, sus prácticas y acciones, nos demuestran cómo existió esa “precedencia periférica” a través de comunidades dinámicas en la producción de conocimiento científico, de las investigaciones realizadas, de las prácticas de tratamiento que se llevaron a cabo y de la lucha por lograr una legislación nacional de combate a la enfermedad. Todo el trabajo realizado habla de una importante tradición médica nacional de investigación, que muestra cómo esta comunidad médica colombiana no fue pasiva y simplemente receptora de la campaña que posteriormente llegaría con la Fundación Rockefeller, sino que más bien esta tendría que adaptarse al trabajo previo adelantado por los médicos, a su conocimiento y experiencia de trabajo en terreno, creando de esta manera un ejercicio de trabajo cooperativo, que integraría a toda la red de actores que previamente ya se había establecido, y que conjugaría esfuerzos institucionales de uno y otro lado para poder combatir la enfermedad, tratarla, experimentar y por medio de este proceso comprender la relevancia de intervenir sobre la salud rural y sanitaria campesina.

Referencias

Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia. Sección República, *Ministerio de Salud*, Resoluciones, ff. 34-35. “Resolución Número 24 sobre profilaxis de la anemia tropical (uncinariasis)”. Bogotá, 8 de julio de 1919.

Arias, Jesús M. 1912. *Guía práctica del agricultor colombiano*. Manizales: Imprenta de San Agustín.

Calle, Miguel María. 1910. “Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* XV (3): 67-89.

Cárdenas, José del C. 1910. “Anemia tropical y lucha antianémica en la Provincia de Sumapaz”. *Repertorio de medicina y cirugía* 2: 15-30.

Cuervo-Márquez, Luis. 1915. *Geografía médica y patología de Colombia. Contribución al estudio de las enfermedades intertropicales*. Bogotá: Librería Colombiana.

Douglas, Mary. 1973. *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.

Flórez, Isaac. 1919. *Enfermedades dominantes en los Llanos de la región oriental de Colombia. Su tratamiento científico y el que racionalmente puede emplearse con plantas de la misma región*. Villavicencio: Imprenta de San José.

Franco, Roberto. 1909. “Anemia tropical, Uncinariasis ó Anquilostomiasis”. *Repertorio de Medicina y Cirugía* 1 (2): 92-111.

Franco, Roberto. 1910. “Anemia tropical, Uncinariasis ó Anquilostomiasis” (continuación), *Repertorio de Medicina y Cirugía* 1 (4): 238-255.

Gallo, Óscar. 2014. “Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948”. En *Al otro lado del cuerpo: estudios biopolíticos en América Latina*, compilado por Hilderman Carmona y Zandra Pedraza, 239-272. Bogotá - Medellín: Ediciones Uniandes, Editorial Universidad de Medellín.

García-Medina, Pablo. 1919. “Higiene”. *Revista Nacional de Agricultura* Año XIII, Serie XV, n° 182.

García-Medina, Pablo. 1920. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional.

García, Mónica. 2016. *Entre climas y bacterias. El saber sobre la enfermedad en Colombia, siglo XIX*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Ciencias Humanas.

Garzón, María Catalina. 2020. “Calzar los pies, sanear las tierras. Las campañas contra la anemia tropical en Colombia, 1905-1935”. Tesis doctoral, Universidad de los Andes, Colombia.

Garzón, María Catalina. 2022. “La leche de higuerón (*Ficus Glabrata*). Un aporte de la medicina nacional para el tratamiento de enfermedades parasitarias en las primeras décadas del siglo XX”. *Credencial Historia* 387: <https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-387/la-leche-de-higueron-ficus-glabrata>

Londoño, J. B. 1912. “Parásitos intestinales”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* 16 (5): 131-147.

Martínez-Santamaría, Jorge. 1909. *Contribución al estudio de la anemia tropical en Colombia*. Bogotá: Imprenta de La Luz.

Palmer, Steven. 2015. *Gênese da Saúde Global. A Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Quevedo, Emilio André, Pereira Neto, y Martha Eugenia Rodriguez. 2005. “Vital Brazil, García Medina & Liceaga, constructores de la salud en América Latina: el rescate del sujeto en el proceso histórico”. En *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* organizado por Maria Cecilia de Souza Minayo y Carlos E. A Coimbra Jr., 224-244. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Robledo, Emilio. 1908. “La uncinariasis en Colombia”. *Boletín de Medicina del Cauca* 18 (193): 913-933.

Robledo, Emilio. 1912. “Profilaxis del paludismo y de la anemia tropical”. En *Guía práctica del agricultor colombiano*, Jesús M. Arias, 18-38. Manizales: Imprenta de San Agustín.

Rockefeller Foundation Records, Rockefeller Archive Center (RAC), Nueva York-Estados Unidos. “Annual Report 1920. From June 14 to December 31, 1920”; “Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Colombia. From June 14 to December 31, 1920”.

Samper, Bernardo. 1914. *Apuntes sobre higiene de las tierras calientes en Colombia*. Bogotá: Arboleda y Valencia.

Tovar-Zambrano, Bernardo. 1989. “La economía colombiana (1886-1922)”. En *Nueva Historia de Colombia*, tomo V coordinado por Álvaro Tirado Mejía, 9-69. Bogotá: Planeta.

Villamarín, Jesús. 1917. *Profilaxis y nuevo tratamiento de la anemia tropical*. Bogotá: Tipografía Minerva.