

Historia geopolítica de las enfermedades en Colombia

Hugo Armando Sotomayor Tribín
Médico, Miembro de la Academia
Colombiana de Historia de la Medicina

Introducción

Si se acepta que la historia de la salud y las enfermedades está determinada por los hechos sociales, políticos y económicos generales; vinculada estrechamente a las transformaciones de los hábitats y a las experiencias creativas o destructivas que sufren los pueblos y depende de las respuestas que los grupos humanos generan ante la realidad cotidiana del enfermar, entonces es necesario vincular el estudio de ellas a tres fenómenos que han pesado grandemente en la conformación histórica de nuestro país: la marginación política y económica, el racismo y la guerra.

Estas realidades de nuestra historia nacional, la marginación política y económica de importantes zonas geográficas y de amplios conglomerados sociales del país, el racismo, cargado de desprecio y subvaloración de lo "indio" y lo "negro", y las guerras, de conquista, entre potencias coloniales, de Independencia, de defensa nacional y civiles, no pueden entenderse en toda su extensión si se estudian aisladamente. Ellos deben ser asociados, en su génesis y continuidad, a la historia de los intereses del poder político, social y de dominio territorial que introdujo el imperio español y a los que se han mantenido durante toda la vida republicana.

Epoca prehispánica

Para entender la historia de las enfermedades en Colombia es necesario primero que todo ver cual debió ser el panorama sanitario de las sociedades prehispanicas en lo que hoy es Colombia.

De ellas se puede decir que no tuvieron altas densidades, ni fueron constituidas por familias numerosas, ni presentaron una natalidad desordenada; que aunque tuvieron expectativas de vida probablemente bajas conocieron personas de edad avanzada; que eran aseados con su cuerpo y su vivienda; que no convivieron con animales intradomiciliarios diferentes a los curies -sólo algunas de ellas-; que por razones de densidad de población, tipo de economía y conceptos religiosos y mágicos cuidaron de las aguas y de los recursos alimenticios; que aprovecharon maravillosamente los enormes recursos alimenticios de las diversas regiones del territorio y que -como se colige de los datos etnohistóricos, arqueológicos y etnográficos- no sufrieron de hambre ni malnutrición proteico calórica ni de carencias específicas de vitaminas -escorbuto, pelagra, beriberi, raquitismo-; que no padecieron de paludismo, uncinariasis por *Necator americanus*, fiebre amarilla urbana, dengue, cólera, filariasis -diferente a la ocasionada por la *Mansonella ozzardi* en las regiones más orientales de nuestra Amazonia- que desconocieron el tifo exantemático y el murino, que por no tener ganado bovino o porcino, no padecieron por las tenias saginata ni solium, que no tuvieron la plaga de los roedores de *Rattus rattus*, *R.norvegicus* y *Mus musculus* y sus pulgas, la *Xenopsilla cheopis*, que -muchas de las comunidades- por no vivir con perros no padecieron por el *Toxocara canis*; no conocieron infecciones respiratorias como la gripe, ni enfermedades transmitidas por vía aérea como la viruela, el sarampión, la rubeola, y la parotiditis; no conocieron la gonorrea y muy probablemente no sufrieron de hepatitis B, etc. Las sociedades prehispánicas conocieron la sífilis, el carate, y la toxoplasmosis; algunas pudieron tener casos de tuberculosis y en algunas regiones pocas de ellas pudieron padecer por el mal de Chagas y la leishmaniasis mucocutanea. Si bien entre las diferentes etnias hubo frecuentes conflictos y luchas, en sus guerras no se buscó el aniquilamiento del contendiente; que si hubo discriminación de algunas comunidades sobre otras ese fenómeno no se equiparó al racismo; si algunas sociedades practicaron la esclavitud por razones de prestigio tribal y ritual el esclavismo no existió como sistema político económico.

Todas ellas al disfrutar de un profundo sentido de territorialidad e identidad con su historia, y hábitat tuvieron en ese sentimiento una poderosa barrera psicosocial contra muchas enfermedades.

Conquista española. Epoca colonial

Con la llegada de los españoles el espacio del mundo indígena fue determinado por las necesidades militares, económicas y políticas de la Conquista y de la defensa de la Colonia. Ante los intentos de sus enemigos europeos, la defensa de los puertos del mar Caribe se convirtió en la prioridad militar de los españoles; el dominio de las poblaciones indígenas del interior Andino e interandino y la explotación de los negros esclavos de las minas del bajo Cauca, Chocó, fueron las tareas económicas sobre la que se construyó el poder colonial español.

Con la Conquista y su guerra de tierra arrasada surgió el primer azote epidémico que afectó el mundo indígena de Colombia: el hambre; en vísperas de crearse la Real Audiencia de Santafé se presentó la primera epidemia de gripe que, proveniente del Perú, asoló y diezmó la población del sur del Nuevo Reino; unos años después de haberse erigido la Real Audiencia ingresó al territorio desde la costa Caribe la primera epidemia de viruela. Aunque sólo hasta finales del siglo XVI los cronistas hablaron con claridad de fiebres tercianas o cuartanas -paludismo- su variedad más grave, el *falciparum*, seguramente ya afectaba a los negros, que lo trajeron, en las zonas mineras del bajo Cauca; igual cosa puede decirse del otro parásito que llegó con ellos, el *Necator americanus*, favorecido en su ciclo vital por las condiciones de las importadas diferentes variedades del plátano sembradas alrededor de sus minas, y por sus hábitos de defecación y no calzar zapatos; la lepra, si bien afectó a algunos españoles, desde un principio se instaló como enfermedad epidémica entre los negros bozales desembarcados y depositados como mercancía en los puertos negreros del Caribe, principalmente Cartagena.

La destrucción de las poblaciones indígenas, lo que se ha llamado la catástrofe demográfica indígena, por la acción sinérgica de las infecciones transmitidas por las vías respiratorias: gripe, viruela, sarampión, entre las principales; por el trabajo forzado, el hambre, la separación obligada de los cónyuges indígenas, el abuso sobre las

mujeres indígenas por parte de los aventureros solitarios de la empresa conquistadora española y la huida y sus consecuencias espirituales, ideológicas, y culturales, etc., creó las condiciones ideales para que entre las sobrevivientes sociedades indígenas aparecieran hábitos propios de la baja autoestima, como el desaseo personal y el descuido de sus entornos. Por eso en la década de los años treinta del siglo XVII el territorio Muisca vio aparecer entre sus pobladores una devastadora epidemia de tifo exantemático como consecuencia de la pérdida del hábito de aseo corporal y por comenzar a usar ropas de lana, seguida por unos nada despreciables picos epidémicos de tifo murino debidos a que la reproducción de las ratas y ratones importados a la zona ya había llegado a un número crítico indispensable para que sus pulgas comenzaran a afectar a los indígenas. El hábito indígena de tomar chicha, muy poco fermentada, en sus momentos de intercambio se tornó como una conducta de desesperación y huida ante su nueva realidad de explotados, derrotados, y obligados a renunciar a sus costumbres y creencias. La chicha, ahora más fermentada, por agregarle azúcar de la importada caña de azúcar, comenzó a ser perseguida por las autoridades españolas, achacándole a ella la causa del poco interés que los indios mostraban por el trabajo en semejantes condiciones. Simultáneamente con las enfermedades transmitidas por vía aérea, aparecieron las enfermedades transmitidas por vectores, aguas, alimentos, mientras que el hambre se convirtió, entre los indios encomendados y obligados a pagar tributo, en un fenómeno endémico. Al compás del descenso de su autoestima aparecieron conductas y respuestas culturales de tolerancia ante su nueva trágica realidad sanitaria. Los indígenas al tiempo de ser despreciados, marginados y explotados crearon comportamientos de resistencia pasiva, de “dejar pasar”, de “yo no se”, ante las exigencias de la explotación y la “racionalidad” española. Fue la epidemiología de los pueblos vencidos y humillados; es la antropología médica de la servidumbre.

Los esclavos negros, aunque fueron objeto de alguna preocupación médica por ser una mercancía costosa para los españoles, y no un “regalo” de la naturaleza, como los indios, sufrieron enfermedades propias de su estado de esclavitud, desprecio y maltrato físico y espiritual a que fueron sometidos. Ellos tuvieron altísima morbilidad y mortalidad durante el viaje de Africa a América por disenterías, tifo, escorbuto, viruela y hambre; padecieron grandes malestares por las enfermedades que portaban como las filarias *Wuchereria bancrofti* y *Onchocerca volvulus*, la dracontiasis por *Dracunculus medinensis*, el

pian, y los ya mencionados paludismo y uncinariasis; por su nivel de exposición desde sus lugares de origen y las condiciones nutricionales, de hacinamiento y emocionales, la lepra los azotó de forma peculiar en los puertos negreros. Fueron las características sanitarias del lugar de procedencia, algunas genéticas -las hemoglobinopatías que confieren tolerancia clínica a la infección por el *P. falciparum* y la ausencia del grupo sanguíneo Duffy, que les da resistencia a la infección por el *P. vivax*- y las condiciones de vida de las regiones a las que fueron llevados las que convirtieron las zonas mineras, los palenques etc., en sitios de dispersión, a manera de focos, de el paludismo por *falciparum* y la uncinariasis por *N. americanus*. En las zonas mineras, en los puertos esclavistas, en los palenques se estructuró una respuesta cultural de convivencia con esa triste realidad sanitaria. Fue la epidemiología de los tratados como esclavos, de los despreciados por su color; es la antropología médica de la esclavitud.

Mientras la epidemiología de la servidumbre y de la esclavitud se estructuraba en las zonas asignadas a los negros -las mineras del bajo Cauca, el Chocó, el Cauca- y en las tradicionales de los indios encomendados y sometidos al vasallaje, alrededor de las enfermedades nutricionales, las infecciones asociadas a la suciedad, la pobreza y el abandono como las transmitidas por agua, alimentos, vectores, y contacto muy estrecho por hacinamiento y de las conductas de desesperanza, como el consumo excesivo y fuera de un propósito constructivo de bebidas fermentadas, las enfermedades como la viruela y el sarampión llegaban del Viejo Mundo con cierta regularidad y ocasionaban grandes mortandades. Solo después que Cartagena fue reparada, fortificada y dotada de importantes depósitos de agua potable, tras su toma por Francis Drake a finales del siglo XVI, llega en 1651 el mosquito *Aedes aegypti*. Las epidemias de fiebre amarilla urbana marcan la historia de las disputas y los intereses geopolíticos de España y sus rivales en las costas americanas y colombianas. La fiebre amarilla actuó como formidable aliada de las fuerzas españolas contra el más ambicioso proyecto inglés contra Cartagena: el sitio de Edward Vernon en 1741.

Al tiempo que la España colonial se preocupó diligentemente por la seguridad de sus puertos caribeños, desprotegió la gran cuenca amazónica, por ser lejana, de difícil acceso desde los Andes y estar habitada por indígenas sin grandes riquezas que explotar, los portugueses se aprovecharon de esto para ampliar la explotación y apropiación de esas tierras. El descuido español y la ambición

portuguesa fueron, con la legislación española que prohibía la esclavización indígena, y la portuguesa -que la permitía-, las causas de las tempranas expediciones esclavistas de indígenas por los lusitanos, desde finales del siglo XVI. En la Amazonia se introdujeron con las fáciles correrías de los portugueses a lo largo de los inmensos ríos navegables y las difíciles expediciones desde los Andes de los misioneros españoles, las enfermedades transmitidas por vía aérea como la viruela, la gripe y el sarampión, al igual que una violencia compulsiva llena de desprecio contra los indígenas. Los intereses geopolíticos españoles centrados en el Caribe posibilitaron la violencia esclavista lusitana en la Amazonia.

Tras la Revolución de los Comuneros y hasta su derrota por los patriotas, el poder español mueve su interés geopolítico de la costa Caribe al interior del país.

Epoca republicana. Primera etapa

Con la vida republicana comenzó para el país la apertura al comercio internacional y así es como en 1830, cuatro años después de comenzar la navegación a vapor del Río Magdalena, se presentó en Honda la primera epidemia de fiebre amarilla urbana en el interior del territorio y en 1848 en Cartagena, después de haber llegado a esa ciudad un barco procedente de Colón que traía viajeros afectados desde Nueva Orleans con destino a las recientemente descubiertas minas de oro de California, apareció la primera epidemia de Cólera. En 1875, con la navegación a vapor del Río Putumayo y la tala de árboles de la selva, se presentó entre miembros de la expedición quinera de Rafael Reyes una epidemia de fiebre amarilla selvática.

Con la actividad mercantilista de los primeros años republicanos se dieron múltiples guerras civiles y con ellas serios problemas de abastecimiento para la tropa y en general mayor pobreza para el pueblo. En 1885 se presentó entre un grupo de soldados de una base en Cali la primera epidemia de beriberi registrada en el país. Comienza a notarse con más frecuencia, lo que el médico José Felix Merizalde, en 1828, llamó la enfermedad de guayabo, que más tarde se conoció como chichismo, y luego como alcoholismo y en no pocas veces pelagra. Las guerras, la liquidación de los resguardos, la migración del campo a la ciudad producen enorme pobreza y gran hambre entre los campesinos de origen indígena, mestizo, mulatos, negro y en

general de los descendientes de los todavía considerados despectivamente indios y negros a pesar del reconocimiento de su condición de ciudadano que se le dio a los indígenas desde las fundación de la República y de la libertad de esclavos decretada por José Hilario López en 1851. Epidemiología y antropología médica de las guerras civiles, del mercantilismo y el racismo larvado.

A partir de 1850 comenzó para la gran cuenca amazónica el terrible ciclo de explotación del caucho en el que la esclavización indígena por obra de bandas armadas dio paso a una nueva explotación estructurada sobre la política del "endeude" y en la que el alcohol jugó un papel preponderante.

Primero los aventureros y empresarios brasileños, luego los peruanos, y colombianos, todos amparados en la negligencia y debilidad de sus Estados y en la ideología racista que considera al indígena como un ser ignorante, de poco valor para la sociedad y salvaje, montan empresas de explotación cauchera donde la violencia, los castigos más terribles, la violación de mujeres y el alcohol son lo único que reciben las diferentes etnias amazónicas. Epidemiología y antropología médica del capitalismo, de la economía extractiva, aplicado sobre unos seres despreciados y en unos territorios ambicionados por los Estados circunvecinos.

Así como el comercio del caucho giró alrededor de la Iquitos peruana y la Manaos brasileña, así también esos puertos fluviales fueron los epicentros de la esclavización y de la fiebre amarilla para toda nuestra cuenca amazónica.

El país minero de la colonia se volvió lentamente, desde la segunda mitad del siglo XIX, en cafetero y así la anemia tropical, la enfermedad del "tuntun" ya no afectó principalmente a los negros de las minas sino que afectó a los campesinos de la colonización antioqueña y a otros que descalzos y defecando en las tierras de cultivos se infectaron transcutáneamente con las uncinarias.

Las permanentes ambiciones peruanas hicieron que el gobierno colombiano desplazara a La Pedrera, en 1910, un destacamento de 100 hombres de tropa, -que fue derrotado por el beriberi y una fuerza fluvial peruana en 1911-, e impulsara colonias militares en el Putumayo en 1910 y allí y en el Caquetá en 1930. Esas fuerzas, constituidas principalmente por campesinos pobres de nuestras zonas cálidas -principalmente del Tolima-, fueron una fuente muy importante para la dispersión en la Amazonia, de la uncinarias y el paludismo. El gobierno, desde la

perspectiva negativa de la época, que veía la selva como un lugar infernal, fundó en 1910 una fugaz colonia penal en Mocoa -cuatro o cinco años.

Con la invasión peruana a Leticia en 1932 y la consiguiente respuesta político-militar colombiana, esa región inició un progresivo y lento proceso de integración geopolítica a la nación, todavía centrada en los Andes y la costa Caribe, que hizo que migraran a ella más campesinos pobres de regiones del Tolima, el Huila y otros departamentos afectados por las enfermedades del abandono y la pobreza. Durante la corta guerra de 1932-1933 un destacamento colombiano enviado a la zona, por los problemas logísticos y de hábitos alimentarios de la tropa, padeció una seria y grave epidemia de beriberi.

A partir de 1935 el gobierno nacional, nuevamente mirando la selva amazónica como un lugar infernal, donde se deben expiar las deudas de los peores criminales, erigió en proximidades al cañón del Araracuara, sobre el Río Caquetá, otra colonia penal. Esta colonia parece que se comportó como un foco importante para difundir en la región la hepatitis B.

Epoca republicana. Segunda etapa

Por el proceso de la llamada "Violencia" de los años cincuenta, los Llanos orientales comenzaron a ser objeto de migraciones de campesinos pobres de los Andes y a ser terrenos de operaciones militares de insurgentes y de las fuerzas del gobierno. En los años sesenta grupos de mestizos o "blancos" practicaron "cacería" sobre las etnias indígenas.

El fenómeno de la guerra de guerrillas, iniciado en los años sesenta, apoyado en la marginación de regiones y poblaciones y en la cultura secular de oposición de muchas de ellas al Estado, y por unas circunstancias políticas internacionales favorables, sólo hizo presencia en las zonas del piedemonte amazónico hasta mediados de los ochenta.

La leishmaniasis, obligada zoonosis y facultativa antropozoonosis, comenzó a afectar cada vez más a las fuerzas contendientes de la actual guerra de guerrillas y por los obligados desplazamientos de los hombres por los hábitats de ese parásito, a que obliga esa guerra de movimientos

Los años sesenta llevaron a la sociedad norteamericana la moda y el encanto del consumo de sustancias alucinógenas y estimulantes;

la guerra y la derrota política-militar norteamericana en Vietnam aumentaron el consumo de los estimulantes y alucinógenos al interior de esa sociedad. Al ponerse de moda la marihuana en ese país, grupos de comerciantes ilegales colombianos impulsaron la siembra y cosecha de ese producto en varias partes de Colombia con la tolerancia y el amparo en la indiferencia e incapacidad de las autoridades. Con el tiempo el mercado de la marihuana en los norteamericanos, cubierto por su propia producción nacional, cambió hacia la cocaína. Esta nueva demanda fue rápidamente abastecida por los mayores productores tradicionales de hoja de coca del Perú y Bolivia, y luego por los sembradores y comerciantes colombianos recién llegados a este negocio. Desde mediados de 1985 el cultivo de la coca para la obtención de cocaína comenzó a apoderarse de enormes regiones de la Amazonia y otras regiones del país, y se formaron los cárteles criminales de Medellín y Cali que rápidamente invadieron con su poder de compra, a la mayoría de las instituciones y grandes sectores de la guerrilla, que así pudo extender sus operaciones a prácticamente todo el territorio.

El consumo norteamericano de la cocaína y factores internos fortalecieron las bandas criminales nacionales y facilitó que la guerrilla convirtiera a todo el país en territorio de guerra.

El mesianismo y ceguera política de ciertos sectores guerrilleros hizo que las prácticas de guerra convirtieran en objetivos militares y terroristas a la misma naturaleza con la "voladura" de los oleoductos y las consiguientes contaminaciones de ríos y lagunas. La obsesión de dinero de los jefes narcotraficantes, de los "raspachines" de hoja de coca, convirtieron a las selvas y a sus moradores indígenas en obstáculos a superar: se "tumba monte" para sembrar coca y se levantan laboratorios de procesamiento de cocaína, se presiona a los aborígenes para que siembren coca y trabajen en los laboratorios de los traficantes. Se embate contra la diversidad étnica y la biodiversidad a nombre de la guerra, las necesidades del capitalismo y por el afán del dinero del narcotráfico.

La guerra, la corrupción y la violencia callejera generalizadas se convierten en la principal causa de muerte en Colombia. Epidemiología y antropología médica de la corrupción y el narcotráfico. Época de riesgo de agresiones políticas a Colombia por parte de Estados Unidos por cuenta de la doble moral y del consumo de la cocaína en ese país y por el sueño del rey Midas de los narcotraficantes colombianos.

En plena época de la biotecnología y de la informática, aparecen en Colombia en 1991 la segunda epidemia de cólera y brotes recientes de beriberi en tropas destacadas en Coveñas y en El Banco.

Conclusiones

La historia sanitaria de Colombia es la historia de áreas marginadas, de sectores de población discriminados, de culturas populares "ajustadas", con prácticas de riesgo epidemiológico a sus enormes problemas de salubridad, que se comportan como focos de dispersión de enfermedades para las otras regiones del país. Es la historia de la venganza, de la némesis, expresada en gérmenes y violencia, contra aquellas regiones y personas que han querido medrar de espaldas a las necesidades del crecimiento armonioso y justo. En la colonia uncinariosis y paludismo desde las zonas mineras, y lepra desde la Cartagena negrera para el interior del país; en el siglo XIX el centro andino como epicentro del hambre; en los finales del siglo XX cólera y hepatitis B desde las poblaciones negras del pacífico para el resto de la nación, y hepatitis B y fuerza corruptora y violencia desde los laboratorios de coca de la Amazonia.

La historia nuestra no es la historia del engendro ideológico, político, y racista que se inventaron las potencias imperialistas a finales del siglo pasado, de las enfermedades tropicales, sino que es la historia de la guerra de tierra arrasada practicada en el siglo XVI y principios del XVII, la de la servidumbre y la esclavitud, la de las guerras civiles y la economía extractiva y mercantilista a costa de negros, indios y en general, contra nosotros mismos en el siglo XIX y XX; es la historia del empecinamiento político militar de la guerrilla y "El Dorado" de la coca de finales de este siglo. Es la historia de la suciedad, de la pobreza, de la cultura del dejar pasar, de la poca autoestima, y de unas economías siempre débiles y dependientes del exterior. No es el trópico la causa de nuestras enfermedades sino nuestra historia económica, social, racial y geopolítica.

No se puede entender nuestra realidad actual sin aceptar el lastre, la carga psicosocial, el hecho cultural, de ser producto de una sociedad que creció casi trescientos años en un racismo profundo y nació no de una simple derrota militar indígena, sino de una total subyugación y asimilación; no se puede entender nuestra realidad si no vemos que el espíritu de "El Dorado" nos tiene todavía poseídos y que la violencia e

intolerancia que caracterizaron la Conquista española la hemos seguido reproduciendo en toda nuestra vida republicana; que la marginación que nos impusieron la proyectamos y recreamos al interior de la nación, y que en no pocas veces las respuestas culturales de los sectores sociales más pobres y marginados autoperpetúan su problemas sanitarios y de exclusión.

No se puede seguir confundiendo crecimiento con obras materiales ni creer que la riqueza material deviene automáticamente en mejor calidad de vida o que las soluciones técnicas resolverán por si mismo los problemas de salubridad. En este país, como en muchos otros, la historia y el presente nos señalan que las zonas con grandes recursos y riquezas, como las petroleras y las auríferas, son inmensamente pobres e insalubres. La solución para el cólera, el paludismo, la leishmaniasis, la hepatitis B no está sólo en los adelantos de las vacunas contra esas enfermedades de la pobreza y el descuido, sino en superar las culturas de la pobreza y la marginación y luchar por mejorar los niveles de ingreso.

Desde hace muchos años la historia de la medicina -el desarrollo de lo que se ha llamado medicina social-, ha enfatizado en que las soluciones para los problemas de salud de un grupo o un pueblo, no dependen de las decisiones impuestas desde fuera de ellos, sino que radican en el hecho de que las comunidades afectadas apropien y desarrollen los avances técnicos y médicos generados en su propio seno, y fuera de él participen activamente en la superación de sus problemas sociales y económicos, al igual que estén dispuestos a superar las barreras que los hechos sociales y ellos mismos han levantado.

Bibliografía

Cuervo Marquez, Luis. *Geografía médica y patología de Colombia*. Bogotá. 1915. Librería colombiana Camacho Roldan. 219p.

Sotomayor Tribín, Hugo. *Arqueomedicina de Colombia Prehispánica*. Santafé de Bogotá. 1992. CAFAM. 80p.

Sotomayor Tribín, Hugo. *Historia Sanitaria del Conflicto Amazónico Colombo- Peruano. 1932-1934*. Santafé de Bogotá. 1995. Ministerio de Defensa Nacional. Imprenta Fondo Rotatorio de la Policía Nacional. 57p.

Sotomayor Tribín, Hugo. "Una Historia Epidemiológica de Colombia. Enfoque epidemiológico de las grandes etapas históricas de Colombia". En: *Temas Médicos*. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Tomo XV. 1995. Pp 375- 403.

Sotomayor Tribín, Hugo. "Epidemias de escorbuto y beriberi en la historia de Colombia", En: *Medicina*. Revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. No 33 Julio 1993. Pp 34-36.

Sotomayor Tribín, Hugo. "Dracontiasis en Colombia". En: *Medicina*. Revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. No 35, febrero 1994. Pp. 43-44.

Sotomayor Tribín, Hugo. "Africa en Colombia. Una historia paralela de cuatro parasitismos". En: *Medicina*. Revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. No 39 Febrero 1995. Pp 31- 37.

Sotomayor Tribín, Hugo. "Violencia, racismo e insalubridad en Colombia". En: *Medicina*. Revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. No 41 Octubre 1995. Pp 45-48.

Sotomayor Tribín, Hugo. *Guerras, Enfermedades y Médicos en Colombia*. Inédito. 1997 349p.

Gómez A; Sotomayor H; Lesmes A C. *Amazonia Colombiana: enfermedades y epidemias. Un diagnóstico médico histórico y sociocultural 1680-1934*. Inédito. 1996. 2v.