

# Enfermedades y Geopolítica en Colombia

Hugo Armando Sotomayor Tribín

El presente artículo “Enfermedades y geopolítica en Colombia” relacionará las enfermedades con dos fenómenos sociales y políticos que han pesado grandemente en la conformación histórica de nuestro país: el acento político y el progreso económico para algunas regiones, al tiempo que el descuido y abandono para otra, y el racismo.

El primero, el relacionado con la asignación de una mayor importancia en un momento dado a algunas regiones y su contrapartida, el descuido de otras, aunque se podría considerar de forma aislada y el segundo, el racismo, si bien podría entenderse sólo en la perspectiva social de la marginación, ellos en nuestra historia no se han presentado aislados uno de otro sino que se han superpuesto. En Colombia las regiones donde las políticas emanadas del Estado han dejado menos beneficios son aquellas donde las poblaciones dominantes han sido las indígenas y las negras. Al descuido de regiones geográficas se le ha sumado el racismo. Es en esta perspectiva histórica social y política con la que trataré el tema.

El fenómeno de la marginación racial y social no lo he enfrentado sólo desde el punto de vista geográfico y político, como proveniente de afuera, sino que lo he querido analizar como un fenómeno cultural de respuesta, objeto de un estu-

dio y una aproximación antropológica, de los grupos humanos vistos —por los grupos de poder, la ideología dominante y el Estado— como inferiores.

La historia de las enfermedades no se puede hacer aislada de los determinantes sociales, políticos, económicos e históricos generales, no se puede hacer sin conocer las respuestas que los grupos humanos dan a la realidad cotidiana del enfermar, de su vivencia, de las transformaciones de sus hábitats ni de sus experiencias como dueños de un sentido de territorialidad o identidad.

Desde hace muchos años la historia de la medicina, el desarrollo de lo que se ha llamado medicina social ha enfatizado que las soluciones para los problemas de salud de un grupo, un pueblo, no dependen de las decisiones impuestas desde fuera de ellos sino que ellas dependen de que las comunidades afectadas se apropien y desarrollen de los avances técnicos y médicos generados en su propio seno o fuera de él y participan activamente en la superación de sus problemas sociales y económicos.

Para entender la historia de las enfermedades y su relación con la geopolítica en Colombia es necesario primero que todo ver cuál debió ser el panorama sanitario de las sociedades prehispánicas 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 y respetaron a los viejos; que eran compulsivamente aseados con su cuerpo y su vivienda; que no convivieron con animales intradomiciliarios; 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 no sufrieron de hambre ni malnutrición proteico-calórica —como se colige de los datos etnohistóricos, arqueológicos y etnográficos— 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 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 por no vivir con perros —muchas de las co-

munidades— 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; muy probablemente no sufrieron de hepatitis B, no conocieron la gonorrea, etc.; pero sí conocieron la sífilis, el carate y la toxoplasmosis; en algunas regiones pudieron padecer por el mal de Chagas y la leishmaniasis mucocutánea y en otras pudo haber tuberculosis. Si bien entre las diferentes etnias hubo frecuentes conflictos y luchas, en sus guerras no se buscó el aniquilamiento del contendiente; si algunas sociedades practicaron la esclavitud ésta nunca fue motivada por razones económicas sino que fue más bien practicada por razones de prestigio tribal y ritual; si hubo discriminación de algunas comunidades sobre otras ese fenómeno no se equiparó al racismo. Todas ellas al disfrutar de un profundo sentido de territorialidad e identidad con su historia, y hábitat fueron en ese sentimiento una poderosa barrera psicosocial contra muchas enfermedades.

Con la llegada de los españoles el espacio del mundo indígena fue determinado por las necesidades militares, económicas y políticas de la conquista primero y de la defensa de la colonia después. La costa Atlántica y la defensa de sus puertos se convierte en la prioridad militar de los españoles ante los intentos de sus enemigos europeos; 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, son las tareas económicas sobre las que se cons-

truye el poder colonial español. Las preocupaciones del poder español estaban centradas básicamente en la frontera del mar Caribe y las tierras donde había indios encomendados y negros esclavizados.

Con la conquista y su guerra de tierra arrasada surge el primer azote epidémico que afecta el mundo indígena de Colombia: el hambre; en vísperas de crearse la Real Audiencia de Santafé se presenta la primera epidemia de gripe que, proveniente del Perú, asola y diezma la población del sur del Nuevo Reino; unos años después de haberse erigido la Real Audiencia ingresa al territorio desde la costa caribe la primera epidemia de viruela; aunque sólo hasta finales del siglo XVI hablan los cronistas con claridad de fiebres tercianas o cuartanas—paludismo—, la variedad más grave del paludismo, el *falciparum*, seguramente ya afectaba a las personas que lo trajeron, los negros, en las zonas mineras del bajo Cauca; cosa igual puede decirse del otro parásito que llegó con ellos, el *Necator americanus*—favorecido en su ciclo vital por las condiciones del cultivo del plátano 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 familias indígenas por la acción sinérgica de las infecciones transmitidas por las vías respiratorias—gripe, viruela, sarampión, entre las principales—, 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, la huida, no sólo es la responsable de lo que se ha llamado la catástrofe indígena sino que ese proceso de derrota física, familiar, ideológica, cultural, 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 ve 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 torna en 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, comienza a ser perseguida por las autoridades españolas, achacándole a ella la causa del poco interés que los indios muestran por el trabajo en semejantes condiciones. Simultáneamente con las enfermedades transmitidas por vía aérea,

aparecen las enfermedades transmitidas por vectores, aguas, alimentos, mientras que el hambre se convierte en un fenómeno endémico entre los indios encomendados y obligados a pagar tributo. Al compás del descenso de su autoestima comienzan a aparecer conductas y respuestas culturales de tolerancia ante su nueva realidad sanitaria. Los indígenas al tiempo de ser despreciados, marginados y explotados crean comportamientos de resistencia pasiva, de “dejar pasar”, de “yo no sé”, ante las exigencias de la explotación y la “racionalidad” española. Es 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 África 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 uncinarias; 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, del 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 a la realidad sanitaria, se generó una respuesta político-cultural a los intentos del poder de imponer soluciones. Es 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 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— 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, las enfermedades como la viruela y el sarampión llegaban del Viejo Mundo con cierta regularidad y ocasionaban grandes mortandades. Sólo 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, desde finales del siglo XVI, expediciones esclavistas de indígenas por los lusitanos. 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, se introducen en la Amazonia las enfermedades transmitidas por vía aérea como la viruela, la gripe y el sarampión y una violencia compulsiva llena de desprecio contra los indígenas amazónicos. 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.

Con la vida republicana comienza para el país la apertura al comercio internacional y así es como en 1830, 4 años después de comenzar la navegación a vapor del río Magdalena, se presenta en Honda la primera epidemia de fiebre amarilla urbana en el interior del territorio y en 1848 en Cartagena aparece la primera epidemia de cólera, 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.

En 1875 con la navegación del río Putumayo y la tala de árboles de la selva se presenta entre miembros de la expedición quinera de Rafael Reyes una epidemia de fiebre amarilla selvática.

Pero con la actividad mercantilista de la república también se dan múltiples guerras civiles y con ellas serios problemas de abastecimiento para la tropa y en general mayor pobreza para el pueblo. En 1885 se presenta la primera epidemia de beriberi registrada en el país, entre un grupo de soldados de una base en Cali y comienza a registrarse con más frecuencia, lo que el médico José Félix Merizalde, en 1828, llamó la enfermedad de guayabo y más tarde chichismo, que en pocas veces fue 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 la 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 comienza para la gran cuenca amazónica el terrible ciclo de explotación del caucho en el que la esclavización indígena por obra de bandas armadas da paso a una nueva explotación estructurada sobre la política del "endeude" y en la que el alcohol juega 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 gira alrededor del Iquitos peruano y el Manaos brasileño, así también esos puertos fluviales fueron epicentros de la esclavización y de la fiebre amarilla para toda nuestra cuenca amazónica.

El país minero de la colonia se vuelve lentamente cafetero desde la segunda mitad del siglo XIX y así la anemia perniciosa, la enfermedad del tuntun ya no afecta principalmente a los negros de las minas sino que afecta a los campesinos de la colonización antioqueña y otras que descalzos y defecando en las tierras de cultivos se infectan con las uncinarias.

Las permanentes ambiciones peruanas hacen que el gobierno colombiano lleve en 1910 a La Pedrera un destacamento de 100 hombres de tropa, derrotados por el beriberi y una fuerza fluvial peruana en 1911, y trate de impulsar colonias militares del Putumayo en 1910 y del Putumayo y Caquetá en 1930. Ellas por estar constituidas principalmente por campesinos pobres del Tolima son fuente para la zona de uncinarias y paludismo. El gobierno desde la perspectiva que ve la selva como un lugar infernal funda una colonia penal en Mocoa en 1910 que sólo la mantiene unos cuatro o cinco años.

Con la invasión peruana a Leticia en 1932 y la consiguiente respuesta político-militar colombiana, esa región inicia un progresivo y lento proceso de integración geopolítica a la nación, todavía centrada en los Andes y la costa Caribe, que hace que migren a ella más campesinos pobres de regiones del Tolima y el Huila, etc., afectadas por paludismo, uncinariosis y pian. Uno de los destacamentos colombianos enviados a la zona padece una seria y grave epidemia de beriberi por los problemas logísticos y de hábitos alimentarios de la tropa. 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, erige 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.

Por el proceso de la llamada "Violencia" de los años cincuenta, los Llanos Orientales comienzan 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" practican cacería humana 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 hace presencia en las zonas del piedemonte amazónico hasta mediados de los ochenta.

La leishmaniasis, obligada zoonosis y facultativa antropozoonosis, comienza, por la guerra de movimientos y los desplazamientos de hombres por los hábitats de ese parásito, a afectar cada vez a las fuerzas contendientes.

Los años sesenta traen para la sociedad norteamericana la moda y el encanto del consumo de sustancias alucinógenas y estimulantes; la guerra norteamericana contra el pueblo vietnamita y su derrota político-militar disparan ese consumo al interior de aquella sociedad. Al ponerse de moda la marihuana en ese país grupos de

comerciantes ilegales colombianos impulsan la siembra y cosecha de ese producto en varias partes de Colombia con la tolerancia, por no sufrir el pueblo colombiano los efectos de la adicción a la *Cannabis sp*, del resto de la nación y sus autoridades. Con el tiempo los gustos de los marihuano norteamericanos son cubiertos por su producción nacional y se dispara en ese país la adicción a la cocaína. Esta nueva demanda es cubierta rápidamente por los mayores productores tradicionales de hoja de coca del Perú y Bolivia y luego por los recién llegados a ella, los sembradores y comerciantes colombianos. Desde mediados de 1985 el cultivo de la coca, la obtención de la cocaína, comienzan a apoderarse de enormes regiones de la Amazonia y otras regiones del país y se forman los criminales cárteles de Medellín y Cali y el poder de ellos invade a la mayoría de las instituciones y grandes sectores de la guerrilla que así puede extender sus operaciones a prácticamente todo el territorio.

El consumo norteamericano de la cocaína y factores internos fortalecen las bandas criminales nacionales y hace que la guerrilla convierta a todo el país en territorio de guerra.

El mesianismo demente hace que las prácticas de guerra de ciertos sectores guerrilleros dañen deliberadamente la naturaleza con derrames de petróleo, y quema de bosques, etc. La obsesión de dinero de los jefes narcotraficantes, de los "raspachines" de hoja de coca, convierten a las selvas y a sus moradores indígenas en obstáculos a superar: se "tumba monte" para sembrar coca y se levantan labo-

ratorios 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 se generaliza, al tiempo que la corrupción y la violencia callejera y del comercio ilegal de cocaína se convierten en la principal causa de muerte en Colombia. Epidemiología y antropología médica de la corrupción y el narcotráfico. Época de riesgos 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, 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.

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 uncinarias y paludismo desde las zonas mineras y lepra

desde la Cartagena negra 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 nosotros la proyectamos y re-creamos al interior de la nación.

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 sí mismas 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.

### Bibliografía

Cuervo Márquez, Luis. Geografía médica y patología de Colombia. Bogotá.

1915. Librería Colombiana Camacho Roldán, 219 p.

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

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. 57 p.

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 escorboto 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, 349 p.

Gómez A; Sotomayor H; Lesmes A.C. Amazonia Colombiana: enfermedades y epidemias. Un diagnóstico médico histórico y sociocultural. 1680-1934. Inédito. 1996, 1.200 p.