

CAPÍTULO VI

SALUD PÚBLICA

Y

SOCIAL

## **SALUD PÚBLICA E HIGIENE EN COLOMBIA**

### **INICIACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN OTROS PAÍSES**

En el año de 1842, en Inglaterra, Edwin Chadwic publicó un libro titulado “*Las condiciones Sanitarias de la Población Trabajadora en la Gran Bretaña*”, en el cual definía la pobreza y la enfermedad como los lados de una misma moneda.

El Parlamento Inglés aprobó una Ley de Salud Pública en 1848, la cual determinaba la creación de una Dirección General de Salud, y en 1872 surgió otra Ley con 343 secciones dedicadas a la purificación del agua, alcantarillados con aguas corrientes, calles limpias, viviendas saludables, recolección de basuras, inspectores de alimentos, mercados limpios y entierros en condiciones sanitarias.

En la edad moderna, Alemania, Inglaterra y Francia se dedicaron a prevenir las enfermedades, por medio de la atención médica gratuita, limpieza del agua, medidas contra el hacinamiento, nutrición adecuada de la población y mejoramiento de las condiciones de trabajo. En 1861 se impuso el examen periódico de la salud. (55)

### **NORMAS SOBRE EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN COLOMBIA**

La Junta Central de Higiene, por Acuerdo Número 7 de 1905, acordó que no podían fundarse casas de salud, hospitales particulares y otros establecimientos, sino con el permiso previo de la Junta Central de Higiene o de la respectiva Junta Departamental de Higiene. En la solicitud que se hacía a la Junta para obtener este permiso se indicaban: el edificio que se iba a dedicar y el número de enfermos que se iban a tratar, con el fin de que una comisión de la Junta practicara una inspección, informara si los enfermos quedaban en buenas condiciones y si no se ocasionaba daño alguno a la salubridad pública o a la salud de los habitantes vecinos.

El Congreso de Colombia, por medio de la Ley 11 de 1920 dispuso que todo individuo que importara o preparara especialidades farmacéuticas y todo agente vendedor que representaba casas extranjeras que las prepararan, tenían la obligación de presentar la fórmula clara y exacta de la respectiva preparación a la Comisión de Especialidades Farmacéuticas, la cual estaba compuesta por el Director Nacional de Higiene, el Director científico del Instituto Nacional de Higiene, el Químico del Laboratorio Nacional y el profesor de Farmacia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Por medio de la Ley 100 de 1928 se dispuso que la Comisión debía exigir a todo individuo que importara o preparara especialidades farmacéuticas y a todo agente vendedor que representara casas extranjeras que las prepararan, la fórmula y una muestra de la respectiva preparación y que hacer practicar en el Laboratorio Nacional de Higiene

los análisis que fueran necesarios, por cuenta del interesado y se debía dictar la Resolución correspondiente. (21) (78)

El Congreso de Colombia, por medio de la Ley 35 de 1929, decretó:

Para los efectos legales se entiende por ejercicio de la medicina: diagnosticar e instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar intervenciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física; y se reputa como médico al individuo que ejerza profesionalmente cualquiera de tales actos, siempre que posea el título que acredite su idoneidad.

No podrán usar el título de doctor, en lo relacionado con la medicina y la cirugía, sino aquellos profesionales que tengan su respectivo diploma, expedido por una facultad nacional o extranjera, refrendado por el Ministerio de Educación Nacional y aprobado por la Junta General de Títulos Médicos.

Por medio de la Ley 67 de 1935 el Congreso de Colombia decretó: El ejercicio de la profesión de médico, abogado, ingeniero y sus semejantes constituyen una función social. Los profesionales serán responsables, no solo por sus actos, sino también por sus omisiones en el ejercicio profesional.

Sólo podrán ejercer la medicina y la cirugía general en Colombia los médicos graduados, entendiéndose por tales los médicos colombianos o extranjeros que hayan hecho estudios y obtenido el título de doctor en medicina y cirugía en la Facultad Nacional o en una de las Facultades seccionales del país; también los colombianos que hayan cursado estudios de medicina y cirugía y obtenido el título de idoneidad correspondiente en una Universidad extranjera, a juicio de la Junta Central de Títulos Médicos.

De la misma manera los médicos titulados en países que tengan celebrados tratados o convenios con Colombia, sobre validez de títulos académicos.

Se organizó la Junta Central de Títulos Médicos, la cual quedó integrada por el Ministro de Educación Nacional, el Director del Departamento Nacional de Higiene, el Rector de la Facultad Nacional de Medicina y por dos miembros de la Federación Médica Nacional.

Se reconoció oficialmente la Federación Médica Colombiana y como tal debía ser apoyada por las autoridades de la República.

La Junta Central de Títulos Médicos podía organizar, provisionalmente cuatro Juntas Seccionales, integradas por el Director Departamental de Higiene y por dos médicos designados por la Junta Central.

No se podía conceder licencia para el ejercicio de la homeopatía, sino a las personas que obtuvieran un título de una Institución o Facultad cuyo pensum hubiera sido aprobado por el Poder Ejecutivo, y cuyo funcionamiento estuviera permanentemente vigilado por representantes del Gobierno.

El Departamento Nacional de Higiene podía proceder a reglamentar las profesiones de enfermeros, comadronas, practicantes y farmacéuticos. (21) (25)

### **NORMAS GUBERNAMENTALES SOBRE INSTITUCIONES Y PROFESIONALES DE LA SALUD**

El Congreso de Colombia, por medio de la Ley 99 de 1922, estableció las medidas profilácticas sobre enfermedades infectocontagiosas. Consideró que obligatoriamente se debían denunciar ante las autoridades sanitarias correspondientes las siguientes enfermedades: Cólera asiático y cólera nostras; fiebre amarilla; peste bubónica; tifo exantemático; fiebre tifoidea y paratifoidea; viruela; difteria; escarlatina; disentería bacilar y amibiana; tuberculosis pulmonar y laríngea; neumonía infecciosa; meningitis cerebro-espinal y epidémica y la lepra. Además las que disponga la Academia Nacional de Medicina, y algunas de carácter potestativo de la Dirección Nacional de Higiene.

El Congreso de Colombia por la Ley 15 de 1925 decretó: que en las ciudades que determine el Poder Ejecutivo debe existir un sanatorio para tuberculosos, y que en los Hospitales de las capitales de los Departamentos se establecerá un pabellón destinado únicamente, a la hospitalización de tuberculosos incurables.

La Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública debía dictar las medidas necesarias para combatir y prevenir la propagación de las enfermedades venéreas. El poder Ejecutivo establecería en la capital de cada Departamento y en las ciudades donde fuere posible, un dispensario antivenéreo para hombres y otro para mujeres.

En septiembre de 1926 el Gobierno, de acuerdo con el Director Nacional de Higiene y los Gobernadores Departamentales, formó un plan para sanear las principales ciudades de la República, dotándolas especialmente de aguas potables, alcantarillado, canalizaciones y pavimentaciones adecuadas y saneamiento de las habitaciones

El Gobierno debía fundar en la capital de la República un Instituto Nacional, destinado a formar el personal necesario de funcionarios y auxiliares de sanidad.

La Presidencia de la República por medio del Decreto número 953 de 1927, facultó al Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública para solicitar a la Dirección Nacional de Higiene la formación del plan de enseñanza de higiene individual pública y social de los establecimientos de educación primaria, normalista y secundaria de la República.

Se organizó una Junta compuesta por el Director Nacional de Higiene, el profesor de Higiene de la Facultad de Medicina y el director del Laboratorio Nacional de Higiene Samper Martínez para elaborar el plan del establecimiento del Instituto Nacional de Higiene, el cual tenía por objeto la formación del personal necesario de funcionarios y auxiliares de sanidad.

El Congreso de Colombia por medio de la Ley 43 de 1928, fomentó el establecimiento de las gotas de leche en las capitales de los Departamentos.

El presidente de la República por medio del Decreto número 593 de 1932 dispuso que todos los establecimientos de beneficencia, higiene o asistencia pública, fueran oficiales o particulares que recibieran auxilios del tesoro nacional, estarían sujetos a la vigilancia del Departamento Nacional de Higiene y se someterían a la revisión de éste, sus reglamentos, planos y organización. (114)

## **REGLAMENTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA E HIGIENE EN COLOMBIA**

Desde el principio de la República se dictaron medidas encaminadas al saneamiento del medio ambiente, el control de algunas enfermedades y la vacunación contra la viruela.

Se dictaron algunas disposiciones de carácter nacional y otras de tipo estatal, relacionadas con la higiene portuaria, vinos y fermentados, productos farmacéuticos, carnes y cría de cerdos, además sobre control de viruela, la tuberculosis y las enfermedades venéreas.

El poder ejecutivo en 1826 autorizó la creación de cátedras, particularmente las relacionadas con la salud.

El Gobierno Nacional designó a la Facultad de Medicina para determinar el control y establecer la cuarentena de los buques, sobre el contagio del cólera, en el año de 1832.

El Gobierno creó en el año de 1840 una oficina de vacunación contra la epidemia de viruela, la cual se suprimió en 1843, fecha en la cual se encargó el Poder Ejecutivo Nacional de velar por la conservación del virus de la vacuna.

La Sanidad Pública, como rama del Gobierno Nacional, se organizó en el año de 1887 y se expidió la Ley 30, por medio de la cual se creó la Junta Central de Higiene, integrada por tres médicos y un profesor de ciencias naturales. Así mismo, se crearon las Direcciones Departamentales de Higiene, cuyas disposiciones debían ser acatadas por las autoridades respectivas.

El Poder Ejecutivo dictó el Decreto número 210 de 1896, por medio del cual se creó el parque de vacunación, bajo la dirección y vigilancia de la Junta Central de Higiene, cuyo objeto era el de producir en terneras, linfa destinada a la profilaxis de la viruela.

La Junta Central de Higiene el 21 de marzo de 1907 emitió su propio reglamento, bajo un concepto de policía sanitaria, que se estructuró en las siguientes comisiones:

**Comisión primera**, encargada de la policía bromatológica, policía farmacéutica y aguas minerales.

**Comisión segunda**, encargada de la salubridad de las ciudades y de las instituciones como hospitales, escuelas, colegios y edificios públicos. Lazaretos y profilaxis de la lepra. Condiciones sanitarias de las poblaciones agrícolas.

**Comisión tercera**, dedicada a la parasitología como causa de propagación de las enfermedades. Vacunas y sueros curativos y preventivos. Epizootias. Industrias insalubres e higiene de las profesiones. Organización de la asistencia médica para los indigentes.

**Comisión cuarta**, encargada de tomar las medidas pertinentes para prevenir, detener y combatir las enfermedades contagiosas, endémicas o epidémicas; policía sanitaria internacional; hospitales y cuarentenas en los puertos. Higiene pública relacionada con los recién nacidos y niños expósitos. Causas de mortalidad, estadística y topografía médica.

También la Junta Central de Higiene emitió las normas de higiene para las escuelas y colegios de la República, por medio del acuerdo número 13 del 20 de junio de 1911.

Por medio de la Ley 33 de 1913 se creó el Consejo Superior de Sanidad, al cual se le confirió la vigilancia, dirección y reglamentación general de la higiene pública y privada. El Consejo como dependiente del Ministro de Gobierno estaba integrado por tres profesores de Medicina, un profesor de ciencias naturales y un bacteriólogo.

Por esta misma Ley se crearon las Juntas Departamentales permanentes de Higiene en las capitales de los Departamentos, compuestas por tres médicos graduados. Estas Juntas debían nombrar comisiones sanitarias accidentales o permanentes en los Municipios.

La Ley 84 de 1914 derogó la Ley 33 de 1913 y dispuso que la Junta Central de Higiene se encargara de la dirección, reglamentación y vigilancia, y estaría compuesta por cuatro médicos graduados. Dispuso que hubiera un Director Departamental de Higiene en las capitales de los Departamentos, lo mismo que en las Intendencias y Comisarías. Tanto los miembros de la Junta Central como los Directores del Departamento serían nombrados por el Poder Ejecutivo y dependían del Ministerio de Gobierno. La Ley 32 de 1918 reemplazó la Junta Central por la Dirección Nacional de Higiene, cuya función era la de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada de la Nación. Se dispuso que el Director y Subdirector Nacional de Higiene debieran ser médicos graduados, nombrados por el Poder Ejecutivo, para un periodo de cuatro años. La Dirección estaba adscrita al Ministerio de Agricultura y Comercio.

En el año de 1911 el Congreso dictó una Ley por medio de la cual ordenaba la creación de una junta que organizara la campaña contra la anemia tropical, por medio de dispensarios.

El Congreso de Colombia por medio de la Ley 12 de 1919 autorizó al Poder Ejecutivo dictar las medidas convenientes para organizar y reglamentar la lucha contra la anemia tropical.

El Poder Ejecutivo, el 5 de febrero de 1920, dictó un decreto por medio del cual se establecía en el Ministerio de Agricultura y Comercio, un Departamento de Uncinariasis y creaba una división de saneamiento del suelo. El Ministerio de Agricultura y Comercio celebró un convenio con la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller, en ese mismo año, para combatir la anemia tropical en Colombia, para lo cual se organizó un Departamento de Uncinariasis, dependiente de la Dirección Nacional de Higiene, cuya duración sería hasta 1931.

La Fundación Rockefeller se encargó de las direcciones técnicas y de tratamiento y La Nación de la del saneamiento del suelo, para lo cual se crearon comisiones en los Departamentos de Antioquia, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Tolima, y Santander, con sus respectivos aportes departamentales.

La labor desarrollada por esta campaña cooperativa fue intensa y de grandes beneficios para el país: Se dictaron conferencias, se colocaron letrinas, se inspeccionaron las casas, se practicaron numerosas consultas médicas y exámenes de laboratorio.

En la séptima Conferencia Panamericana se aprobó el código sanitario, en el cual se dictaban medidas sobre enfermedades infecciosas y se organizaba la carrera de Médico Sanitario.

La Escuela Nacional de Enfermeras se creó por medio de la Ley 39 de 1920 e inició labores en el año 1924, época en que eran Ministro de Instrucción y Salubridad Pública el doctor José Ignacio Vernaza, y Jefe de la Dirección de Higiene el doctor Juan N. Corpas.

Por esta época la Facultad de Ciencias Naturales se cerró y pasó a la Facultad de Medicina, la cual tenía las Escuelas anexas de Odontología, Farmacia y Enfermería.

La Ley 99 de 1922, determinó las funciones de la Dirección Nacional de Higiene y de las Direcciones Departamentales. En ella se dictaron medidas profilácticas contra las enfermedades infecciosas, tales como la incineración, desinfección y desocupación de inmuebles. Se estableció la vacunación obligatoria para los mayores de un año de edad. Disponía que los planos de construcción de edificaciones públicas o privadas dedicadas a programas de asistencia, debían llevar la aprobación de las autoridades de higiene nacionales o departamentales. Además establecía que las instituciones de beneficencia o

asistencia pública, costeadas con fondos oficiales o recibieran auxilios del tesoro público debían someter sus reglamentos a la aprobación de las autoridades de higiene respectivas. También esta Ley dictó disposiciones sanitarias sobre los siguientes aspectos de salud pública: Fabricación y expendio de productos alimenticios; control de drogas y de algunos cultivos; inhumaciones y certificados de defunción; disposiciones sobre aguas negras y medidas de sanidad portuaria.

La Ley 31 de 1923 estableció el Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública, entidad superior a la Dirección Nacional de Higiene.

En el Decreto 1704 de 1923, se expidió el Código Sanitario Internacional y se inició la campaña contra algunas enfermedades tropicales e infecciosas en diferentes regiones del país.

Por medio de la Ley 15 de 1925 la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública dictó medidas sobre control de la tuberculosis y enfermedades venéreas; sobre la organización de hospitales con servicios de obstetricia y pediatría; estableció la atención de emergencias para las ciudades; organizó dispensarios para niños con servicios de gota de leche y servicio médico escolar y dictó varias disposiciones de carácter social. Estableció los requisitos de estudios universitarios para ejercer la profesión de médico y farmacéutico.

En el artículo 67 el Gobierno autorizó al Laboratorio de Higiene y designó a los doctores Samper y Martínez para que en él se prepararan los sueros y vacunas y demás productos biológicos contra las enfermedades infecciosas predominantes en el país.

Esta Ley determinó una estructura de dirección bajo un eje de sistema centralista sanitario, al establecer un servicio único de salud coordinado y controlado. Estableció las bases fundamentales para la organización de una estructura jurídica y administrativa, que permitía el desarrollo de la salud pública integrada en los aspectos de prevención, recuperación y atención del menor abandonado.

El Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención Social fue creado por medio de la Ley 96 de 1938; así mismo por el Decreto número 1958 del mismo año, se instituyó el Departamento de Asistencia Social, como dependencia y vigilancia de las instituciones de utilidad común y la dirección administrativa y técnica de la asistencia pública y de la beneficencia en el país. Este Decreto fue ampliado por medio de los Decretos 224 de 1939 y 1140 de 1943.

La Beneficencia de Cundinamarca y su Junta fueron creadas por la Ley de carácter nacional No. 15 de agosto de 1869, originaria del Estado Soberano de Cundinamarca.

Por Resolución No. 28 del 24 de marzo de 1942, la Junta General de la Beneficencia es una entidad autónoma con personería Jurídica, independiente del Departamento de Cundinamarca, como establecimiento público que administra fondos públicos.



El Ministerio de Higiene recibió el nombre de Ministerio de Salud desde el 16 de abril de 1953. Se derogó la Ley 96 de 1938 que creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

La Caja de Previsión para Empleados de la Caja Postal y Telégrafos (CAPRECOM) fue creada por la Ley 82 de 1912. (21) (114)

## EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

La variable topografía del suelo colombiano implica una gran complejidad del perfil epidemiológico, especialmente desde las últimas décadas del siglo XIX, cuando los médicos compartieron el conocimiento internacional sobre las medidas higiénicas y de prevención para luchar contra algunas enfermedades tropicales. A finales del siglo XIX se presentaron numerosas epidemias de fiebre amarilla en las costas del Atlántico y en el interior del país, en las riberas del río Magdalena y tierras bajas de Cundinamarca y Santander.

El científico cubano Carlos Finlay demostró en el año de 1881 que la fiebre amarilla se transmitía por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, el que se refugiaba en las casas y se incubaba en el agua estancada. La Comisión Internacional sobre Fiebre Amarilla aplicó severas medidas de control en diferentes países y también en Colombia. La última epidemia de fiebre amarilla ocurrió en Santander, en el año 1929.

La virulencia de la malaria se presentó especialmente después del drenaje de los bosques y con motivo de las inundaciones periódicas que favorecieron su aparición en la población de Urabá, del Magdalena y de los Valles del Cauca y del Atrato. Para la profilaxis de la malaria se establecieron asentamientos en sitios altos y bien ventilados, y para el control del mosquito se practicaron drenajes de los pantanos, el despeje de la maleza, la protección de los depósitos de agua y la diseminación de larvicidas en el agua estancada.

También se emplearon toldillos y se protegieron las habitaciones con anjeos para evitar los mosquitos. Además en las tierras bajas se utilizaron la quinina y otros alcaloides antimaláricos extraídos de la corteza de la chinchona desde 1820.

En las zonas rurales las condiciones higiénicas eran deficientes por la alta proporción de viviendas con pisos de tierra, la falta de retretes modernos y el andar de las gentes con los pies descalzos; esto causaba entre los campesinos la infección parasitaria, especialmente por el anquilostoma, con las frecuentes consecuencias de diarreas, enteritis, anemia tropical y desnutrición.

La mala costumbre de colocar estiércol de vaca en la cicatriz del ombligo de los recién nacidos les producía infección por tétanos, con una alta mortalidad. Esta sepsis se redujo

con la tendencia a tener el parto en un hospital. Además se le dio mucha importancia a la alimentación con leche materna o pasteurizada desde la década de los 20.

Las epidemias de viruela de los años 1803 a 1805 con motivo de las vacunas dañadas, hizo necesaria la inoculación, más bien que la vacunación. Las migraciones hacia las ciudades, en los primeros años del siglo XX, el hacinamiento, el desaseo y la desnutrición aumentaron los brotes de tuberculosis y enfermedades venéreas.

El deficiente empleo de las aguas limpias trajo como consecuencia los brotes de fiebre tifoidea, los que fueron superados con la implantación de la ingeniería sanitaria y sus reglas.

Pedro Fermín de Vargas, de la Expedición Botánica, en su obra *“Memoria sobre la población del Nuevo Reino”* exponía las condiciones sanitarias y las medidas profilácticas, el uso de cuarentena y la distribución de la vacuna contra la viruela, la negligencia de los hospicios y el problema de la lepra, hacia 1830.

En las regiones selváticas colombianas también se padeció de las enfermedades tropicales como la enfermedad de Chagas y la trepanomatosis. En Nariño y Cauca se observó la bartonelosis.

A partir de 1945 mejoraron las condiciones higiénicas de vivienda, las técnicas de urbanización a escala masiva, las instalaciones sanitarias, el volumen y calidad de productos alimenticios; se estableció la educación de salud pública y se dispuso de recursos y medidas más eficaces para combatir la enfermedad; se acrecentaron las expectativas de salud y las esperanzas de prolongación del tiempo de vida y confort. (130) (114) (21)

## LA SALUD ENTRE 1880 Y 1930

Las huelgas de trabajadores en el Ferrocarril del Norte, en 1919, exigieron atención médica en caso de un accidente o enfermedad.

Las condiciones deficientes de higiene en 1926, dieron origen a movimientos de militancia y a huelgas en el Ferrocarril del Pacífico. El Alcalde de Bogotá solicitó un préstamo externo a comienzos de la década de 1890, para ampliar el sistema de alcantarillado y para aumentar el suministro del agua por tubería. Medellín construyó un acueducto de cemento y planeó un sistema de alcantarillado. Entre 1880 y 1920 se produjeron acalorados debates en Bogotá, sobre el abastecimiento de agua y la salubridad pública. En 1923, sucedió una protesta ciudadana por el mal manejo de suministro de agua, el sistema de drenaje y la salubridad en los barrios orientales de Bogotá.

La Séptima Conferencia Panamericana Sanitaria celebrada en La Habana en 1924, acordó que los gobiernos de las Américas debían controlar las enfermedades contagiosas para facilitar el comercio internacional y las comunicaciones marítimas. En Colombia, los estados de sanidad e higiene estuvieron amenazados por los escasos recursos internos y de médicos calificados, especialmente en las poblaciones marginales.

La Junta Nacional Organizadora de la Lucha Antituberculosa, formada entre 1918 y 1919, tenía la función de guiar y coordinar la campaña contra la tuberculosis, obtener información y difundir su conocimiento. La Dirección Nacional de Higiene, creada en 1918, tenía como función el romper el molde de la engorrosa organización sanitaria, que estaba a cargo de la Policía y les daba facultades a las autoridades médicas para tomar disposiciones profilácticas indispensables. Cada capital de Departamento debía tener su propio servicio de higiene, con dos médicos, entrenados en higiene pública, un bacteriólogo, un químico y un ingeniero sanitario municipal; lo mismo debían tener los puertos del Caribe y del Pacífico, personal médico con la ayuda de la policía sanitaria.

En 1914 se tomaron las primeras medidas de salud ambiental, en especial las de prohibir la contaminación de agua con desechos. En 1922 se les dieron a las autoridades médicas las facultades necesarias para manejar las emergencias y se establecieron los procedimientos para declarar una enfermedad como infecciosa. La vacuna contra la viruela se hizo obligatoria para todo niño menor de siete años y la revacunación a los 11 y 21 años.

En 1936 el Ministerio del Trabajo, Higiene y Prevención Social se encargó de los asuntos concernientes a las medidas sanitarias y de higiene.

La asesoría de la Fundación Rockefeller tuvo el mérito de estimular en Bogotá y en varias capitales de Departamento la tendencia a racionalizar la organización sanitaria, fortalecer las instituciones de higiene pública existentes y establecer criterios de costos y viabilidad en la formulación de políticas, y también, de competencia en la selección de personal. La Junta Internacional de Salud de la Fundación se contrató con una base filantrópica, por su experiencia en problemas semejantes a los de Colombia, en otros países.

La reforma de la educación médica fue tema de estudio, para lo cual la Facultad de Medicina contrató con una misión de asesores franceses, dirigida por el profesor André Latarjet, en 1930.

La principal institución de caridad fue el hospital, el cual estaba en el corazón de las tradiciones filantrópicas de laicos y eclesiásticos. El hospital era el sitio apropiado para que las hermanas de la Presentación se desempeñaran como enfermeras. La filantropía era un medio conveniente para aliviar las tensiones sociales entre anticlericales y católicos de las clases altas y medias, para quienes la caridad era una actividad consciente, propia de su estatus.

La fundación de los primeros hospitales de maternidad reflejaban la influencia francesa y tenían como objetivo proporcionar un parto seguro y sin dolor para la madre, y una protección para el niño, durante y después del nacimiento; se complementaba con las gotas de leche.

La Cruz Roja Nacional, fundada por un grupo de médicos entusiastas, dirigidos por Adriano Perdomo, tuvo reconocimiento legal, en 1916 y pronta aceptación internacional. Estableció su sede en Bogotá y grupos regionales de voluntarios en Medellín, Cali, Manizales y Barranquilla. En Medellín se fundó la Facultad de Medicina en el año 1871, el hospital mental en 1885 y la cátedra de bioquímica de la Universidad, en el año de 1896. (76)

La Academia de Medicina de Medellín, fundada en 1887, estableció normas sobre manejo de las epidemias, la organización de los hospitales, la construcción de dispensarios y la dirección de la Colonia de leprosos y enfermos mentales y también fue la primera en recomendar la pasteurización de la leche, en 1896. Efectuó los primeros estudios sobre la contaminación del Río Medellín, en 1914; dictó normas sobre las actividades quirúrgicas de los estudiantes y el otorgamiento de certificados a los farmacéuticos y curanderos populares.

Manuel Uribe Ángel fue el precursor de las políticas modernas sobre salud pública y las medidas sanitarias. Luchó por mejorar las condiciones del hospital, en 1930, y por el progreso de la medicina científica con sus publicaciones sobre el mosquito transmisor de la malaria. Formó un grupo de científicos forenses; demostró las estadísticas de morbilidad y mortalidad en el hospital. (135)

## **LA SALUD ENTRE 1920 Y 1950 EN COLOMBIA**

Durante estas décadas en Colombia se sintió una mayor confianza y el Estado adquirió mayor competencia, pues disfrutaba de un gobierno civil permanente. Aumentó considerablemente el personal médico y para-médico; se amplió la asesoría de organismos internacionales, tanto filantrópicos como estatales. La comunidad, particularmente la clase media, adquirió conciencia de la importancia de tener una política activa, en relación con la higiene pública y la de fomentar la educación en lo relativo con la salud y nutrición.

Colombia, desde principios de la década de 1920, se incorporó progresivamente a la economía internacional mediante la exportación de café. Se adquirió la tendencia a modernizar las profesiones tanto en la teoría como en la práctica, especialmente por los estudios en el exterior y también la mejoría en las condiciones sanitarias, particularmente en los puertos marítimos y fluviales. Se experimentaron avances en la medicina tropical con la iniciación de las campañas tendientes a combatir enfermedades tales como la anemia tropical, que causaba efectos nocivos sobre la calidad de vida y de productividad de la clase trabajadora.

En la década de 1920, las enfermedades propias de la niñez y la desnutrición, lo mismo que las enfermedades tropicales que eran endémicas y epidémicas en las tierras bajas, constituían la plaga que debilitaba, incapacitaba y hasta mataba gran parte de la población.

En 1930 se experimentó una apertura pragmática gubernamental, lo que produjo cambios en los servicios de salud. La enmienda constitucional de 1936 se consagró en leyes progresistas, en lo que se refiere a normas de higiene y seguridad en el sitio de trabajo.

El Estado establecía normas y brindaba orientación a la iniciativa privada y filantrópica sobre los servicios de salud; por tal motivo, la dirección de los servicios de salud quedó a cargo de líderes profesionales, de organizaciones católicas y seculares de caridad, quienes manejaban los hospitales, orfanatos e instituciones caritativas de salud, que pertenecían algunas a empresas o ciudadanos extranjeros o nacionales, los cuales experimentaban la prestación de servicios sanitarios como compañías, tales como el Comité Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller. Este Comité, desde 1920, inició campañas contra determinadas enfermedades y fomentó la organización de laboratorios de salud pública para la preparación de sueros y vacunas.

Las facultades de medicina públicas capacitaron a médicos especializados en consulta privada y cirugía especializada, los cuales adquirieron gran prestigio y apoyaron la profesionalización de la farmacia, la enfermería y la ingeniería sanitaria.

El Estado daba poca importancia a la política sanitaria, y solamente en época de crisis le otorgaba alguna prioridad, sin establecer una política de salud eficiente. Las clases populares y los campesinos se resistían a aceptar los beneficios de la medicina de los profesionales y preferían los servicios de los curanderos, hasta que con el tiempo se les fue demostrando la superioridad de los servicios sanitarios de los profesionales de la medicina.

A principio de la década de 1920 fueron escasos y poco confiables los datos estadísticos y lo mismo los indicadores básicos de morbilidad y mortalidad.

Al principio de la década de 1950, el relativo avance de la industrialización, la urbanización, el comercio, los patrones de migración interna y la consolidación de las fronteras implicaron la aparición de nuevas enfermedades y cambios ambientales. Se observó una expansión significativa de los ingresos y de la mejoría en los aspectos sanitarios y nutricionales, los cuales ampliaban las expectativas de vida: A mediados del siglo XX, con motivo de la iniciación del sistema de seguridad social, el impacto de la empresa transnacional farmacéutica y los cambios en los patrones de la estratificación social, repercutieron notoriamente en la calidad de vida y las expectativas sobre la salud de la población. El Gobierno se dio cuenta de que las evidencias de tipo subjetivo eran

insuficientes para dictar una política efectiva y procuró reunir los datos sobre los primeros censos modernos de 1938 y 1951. (71) (78) (114)

## DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA DE 1940 A 1960

Según la OMS, la salud es el completo bienestar físico, social y mental, y no solamente la ausencia de la enfermedad.

La filosofía de la salud pública inició una transformación en las décadas de los 50 y 60, cuyos pioneros fueron los médicos docentes, quienes comenzaron a hacer cambios fundamentales en las Facultades de Medicina y en las Universidades, en particular, en la estructura física, administrativa y académica, lo que condujo a las modificación de los patrones europeos y la implantación del sistema norteamericano en relación con la departamentalización, la dedicación del profesorado y la investigación.

Se vincularon como docentes y ejecutivos, médicos con experiencia en administración de salud, y así surgieron los Departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Los principales cambios fueron:

- ✓ Por la Ley 6ª. de 1945 se le imprimió organización a la Caja Nacional de Previsión.
- ✓ Por la Ley 90 de 1946 se puso en ejecución la seguridad social.
- ✓ Introducción de la administración sanitaria como ciencia, vigorización de los niveles nacionales y departamentales e iniciación de los sistemas de regionalización.
- ✓ Establecimiento de campañas de protección materno-infantil con la creación de los centros respectivos.
- ✓ Se les imprimió importancia a la medicina preventiva y a las campañas de enfermedades infecciosas.
- ✓ Se iniciaron los programas de educación sanitaria y de nutrición. Se facilitó la participación de la comunidad en la planificación y solución de problemas sanitarios, especialmente los promotores.
- ✓ Se inició la formación de profesionales auxiliares de salud. En las Facultades de Medicina se dio especial énfasis, en la cátedra de salud pública, a los temas de ecología, sociología, antropología epidemiología, estadística, demografía y administración en salud.
- ✓ El Ministerio de Higiene fue creado por medio de la Ley 27 de 1946 y se le asignaron las funciones de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada y la asistencia pública en el país.

Se crearon las siguientes dependencias del Ministerio de Higiene para su funcionamiento:

- Gabinete del Ministerio
- Secretaría General
- Departamento Jurídico
- Departamento Administrativo
- División Técnica
- Escuela Superior de Higiene
- Organismos Nacionales de Higiene
- Organismos Internacionales de Higiene.

Las divisiones técnicas del Ministerio de Higiene comprendían: Bioestadística, enfermedades comunicables, Higiene materno-infantil, escolar y dental; Educación Sanitaria, Nutrición y Alimentos; malaria, tuberculosis, lepra, venéreas y pían; Asistencia pública y prevención social; Ingeniería sanitaria, Sanidad portuaria, Inspección nacional de asistencia pública, Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez.

Por el Decreto 3842 de 1949 se organizó la salubridad nacional y se creó el servicio social para médicos. A este Decreto lo complementaba el Decreto No. 2554 de 1950, en el cual se organizaba la asistencia hospitalaria en el país.

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), bajo la dependencia del Ministerio de Salud y dirigido por técnicos norteamericanos, estaba compuesto por las siguientes dependencias:

- Adiestramiento de personal
- Ingeniería de salud pública
- Campañas de educación sanitaria
- Campañas de higiene industrial
- Campaña contra el pían
- Campaña de educación sanitaria del Valle del Cauca y Caldas
- Campaña contra el carate
- Campaña contra la rabia
- Administración de servicios de enfermería, participación de la Escuela Nacional de Enfermería
- Centro nacional de clasificación de endobacterias
- Planeamiento de hospitales y odontología de Salud Pública

Los hospitales públicos, especialmente los universitarios, adoptaron los patrones norteamericanos, con el progreso de la especialización, la organización de los departamentos auxiliares de diagnóstico, la tecnificación de la estadística hospitalaria y los archivos, y se mejoraron los departamentos de anatomía patológica.

Se iniciaron las residencias médicas de especialización y se nombraron docentes de medio tiempo o de tiempo completo y se incorporaron enfermeras profesionales en los departamentos de los hospitales universitarios. (21) (85) (99) (114)

## ORGANISMOS DE SALUD PÚBLICA

Antes del período de la Regeneración, Colombia sufrió severas calamidades relacionadas con la salud, como las frecuentes epidemias de diferentes enfermedades infectocontagiosas, debidas a la deficiencia de servicios públicos, el estado nutricional, la falta de protección inmunitaria de la población y las consecuencias de las guerras fratricidas.

Entre 1889 y 1890 se presentaron en Bogotá graves epidemias de sarampión, gripe, fiebre tifoidea y tifo exantemático, además de las de viruela en varias regiones del país; por otra parte, las enfermedades tropicales como la fiebre amarilla, el paludismo y el parasitismo intestinal y las enfermedades venéreas también castigaban a la población. Los médicos, preocupados, analizaban y discutían su posible origen, las consecuencias y la posibilidad de afrontarlas con soluciones de medidas sanitarias.

En 1891 la Junta Central de Higiene solicitaba al Congreso que expidiera una Ley, que estableciera la obligación de la vacunación contra la viruela en todo el país.

La Junta Central de Higiene, que dependía el Ministerio de Instrucción Pública, fue organizada mediante la Ley 30 de 1886 y estaba integrada por tres médicos y un secretario. Bajo su mandato estaban las Juntas Departamentales de Higiene, las cuales disponían del Parque de Vacunación, la Oficina Central de Vacunación y la División de políticas y prácticas relacionadas con las cuarentenas. La primera Junta estuvo integrada por los doctores Nicolás Osorio, Aureliano Posada y Carlos Michelsen, quienes fueron escogidos por el Ejecutivo de la terna presentada por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y después fueron nombrados los doctores Gabriel Castañeda y Proto Gómez. La Junta Central de Higiene, en 1889, dio a la luz pública la Revista de Higiene, como órgano propio de divulgación.

Los doctores Guillermo Restrepo y Augusto Villa identificaron tres etapas en la acción social del Estado Colombiano: a) del individualismo, 1810 a 1866; b) del intervencionismo del Estado, desde 1886 hasta la década del cuarenta; c) del Estado empresarial a partir de 1968.

Por Decreto No. 119 del 12 de Febrero de 1887, se nombraron los miembros de la Junta Central de Higiene, basados en la terna presentada por la Academia Nacional de Medicina- Las Juntas de los Departamentos y ciudades principales no se instalaron por falta de recursos económicos y humanos, y por tanto no existieron representantes de los municipios.



El senador y médico Enrique Delgado Samper influyó para el lanzamiento de la Ley 33 de 1913, mediante la cual se organizaba el Consejo Superior de Sanidad, el cual fue transformado en Junta Central de Higiene, adscrita al Ministerio de Gobierno por la Ley 84 de 1914 y bajo la asesoría de la Academia Nacional de Medicina.

La Junta Central de Higiene se convirtió en Dirección Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública, por Ley 32 de 1918, que pasó a depender del Ministerio de Agricultura y Comercio, en 1920. La Dirección de Higiene volvió a ser adscrita al Ministerio de Instrucción Pública, por Decreto 1704 de 1923 donde permaneció hasta 1931.

Estos cambios en la ubicación de los organismos de higiene demuestran la dificultad de priorizar las políticas y las acciones sanitarias hacia la problemática social y económica del país.

El doctor Pablo García Medina dirigió el Consejo Superior de Sanidad desde 1913 hasta cuando logró organizar el Departamento Nacional de Higiene en un Departamento administrativo independiente, dirigido en 1931 por un director, que era el jefe del servicio sanitario de toda la República, quien además de reglamentar la higiene pública y privada en la Nación, organizaba el servicio médico y la policía sanitaria en todos los puertos marítimos y fluviales y nombraba los directores departamentales de higiene y de las principales ciudades. (8)

En relación con la campaña contra la lepra, se debatió mucho en el seno de la Academia Nacional de Medicina, sobre el aislamiento de los enfermos en lazaretos. El doctor Juan Bautista Montoya, jefe de los servicios científicos de los lazaretos, en 1910, publicó el libro *“Contribuciones al estudio de la lepra”*.

En la Academia Nacional de Medicina se discutió bastante sobre la diferencia entre el tifo exantemático y la fiebre tifoidea, en especial la epidemia que azotó a Bogotá entre 1908 y 1909, sobre la cual el doctor Martín Camacho presentó un estudio. El doctor Luis Patiño Camargo realizó estudios al respecto en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, por el aspecto profiláctico como terapéutico.

Por medio de la Ley del 15 de enero de 1925 la Dirección Nacional de Higiene controlaba las instituciones privadas y de Beneficencia que prestaban asistencia pública.

El Departamento Nacional de Higiene organizó el Instituto Nacional de Higiene, compró el Laboratorio Samper Martínez para el servicio de la higiene pública y construyó el edificio de Higiene, para concentrar todas las dependencias de higiene, en el año 1926.

El Departamento Nacional de Higiene, organizado por medio de una Ley de 1931, era un estamento autónomo en la administración pública nacional, que permaneció dependiente del Ministerio de Gobierno. Por dicha Ley se organizó la Sección de

Protección de la Infancia dirigida por el doctor Rafael Barberi, con sus respectivas oficinas departamentales.

Para la aplicación práctica, la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública se dividió en dos secciones: la de Higiene y Administración, y la de Asistencia Pública Nacional.

La Ley del 15 de enero de 1925, que estableció la Dirección Nacional y Asistencia Pública, comenzó el control estatal de las instituciones privadas y de beneficencia que prestaban asistencia pública y organizaba los servicios destinados a la lucha contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el alcoholismo, e inició la protección de la infancia.

El Gobierno de Colombia solicitó a la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller, su cooperación para la organización de la campaña de uncinariasis en el país, en 1919.

El Ministerio de Agricultura y Comercio de Colombia y la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller firmaron, en 1920, un convenio para luchar contra la anemia tropical, durante cinco años, que fue ampliado en 1926 por cinco años más, y se organizó el Departamento de Uncinariasis, dentro de la Dirección Nacional de Higiene. La Fundación se encargaba de la dirección técnica y de tratamiento y el Gobierno colombiano del saneamiento del suelo. Por este convenio se efectuaron enormes actividades de salud pública.

El médico Luis Shapiro, representante de la Fundación Rockefeller, el Ministro de Agricultura y Comercio, los Miembros de la Academia Nacional de Medicina, un médico y siete estudiantes de medicina realizaron una investigación sobre anemia tropical y uncinariasis en el Departamento de Cundinamarca, entre 1919 y 1920. A partir del correspondiente informe se organizó el Departamento de Uncinariasis y de la Comisión Sanitaria del Suelo, por medio del Decreto No. 261 de 1920.

Se comenzaron las actividades en la zona cafetera andina, con las campañas higiénicas educativas, la propaganda sanitaria sobre el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la uncinariasis y el parasitismo.

La Fundación Rockefeller también colaboró en otras campañas de salud pública: el estudio y el control de la fiebre amarilla en Bucaramanga, en 1928. Comenzó el estudio del paludismo, en 1932. Participó en la organización del Laboratorio de Higiene Pública y la Escuela de Inspectores de Barranquilla en 1933. Colaboró en el establecimiento de la Unidad Sanitaria y en los estudios sobre fiebre amarilla de Pereira. Desde 1936 cooperó en la asesoría del Departamento Nacional de Higiene y su Sección de Estudios Especiales, sobre los trabajos de investigación de fiebre amarilla y paludismo en el Socorro.

La Fundación Rockefeller también participó en los aspectos técnicos y financieros y en la toma de decisiones sobre programas de salud pública en el país. De la misma manera colaboró para el entrenamiento de profesionales en universidades, servicios y unidades sanitarias internacionales.

Como se informó en el Capítulo de la Academia, en el año de 1934 el presidente de la República, doctor Alfonso López Pumarejo, solicitó a la Academia Nacional de Medicina su concepto sobre la manera como se pudiera mejorar la organización de la Higiene y la Asistencia Pública en Colombia.

La Academia, como órgano asesor del Gobierno, aceptó y constituyó once comisiones para su estudio.

La Academia Nacional de Medicina sugirió los siguientes aspectos generales:

Planteó un nuevo Ministerio encargado de los aspectos sanitarios o un Departamento autónomo como el de Higiene y Asistencia Pública, que se encargara exclusivamente de una sección. Que se efectuara a nivel central toda la organización y dirección técnica, y para unificar criterios se sugirió aumentar el presupuesto para higiene y asistencia pública, a partir de una reglamentación de los aportes de los Departamentos y Municipios.

En cuanto al orden de prelación de las Campaña Sanitarias sugirió:

Protección Infantil; lucha contra el alcoholismo; lucha contra la sífilis y enfermedades tropicales e higiene rural; campaña antituberculosa; campaña contra la lepra; campaña contra las enfermedades infecciosas agudas; campaña contra el cáncer y la organización del Laboratorio Nacional de Higiene.

En la educación médica se planteó la enseñanza de la higiene y la bromatología; la organización de la carrera de higienista, la estructuración de una escuela de inspectores sanitarios y la constitución de la carrera administrativa de la higiene. El Gobierno adoptó parcialmente las conclusiones de la Academia. Se estableció el programa de los “Centros Mixtos de Salud” para la atención de los problemas sanitarios prioritarios de la clase trabajadora, financiados en forma tripartita por las entidades privadas comprometidas, el Departamento y la Nación. Desde 1940, se instalaron en la zona bananera de la Costa Atlántica; en la zona cafetera de Antioquia, Caldas y Cundinamarca y en el centro industrial de Bello.

Las funciones de salubridad e higiene quedaron asignadas al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, organizado por medio de la Ley 96 de 1938, reglamentada por el Decreto No. 2392 del mismo año.

En 1942 se celebró la Tercera Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas, en Río de Janeiro, en la que surgió la Política del Buen Vecino.

El representante del coordinador de Relaciones Interamericanas, Mr. Nelson Rockefeller, estudió con el Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social de Colombia, las necesidades y planteamientos de solución de la higiene del país. El general doctor George Duinham, Director de la división de salubridad y Saneamiento del Instituto de Relaciones Interamericanas, asesorado por los doctores John Bugher y Howard Shookhoff, colaboró en la organización del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, dependiente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, para actuar como intermediario en la cooperación entre el Gobierno de Colombia y el Instituto de Relaciones Interamericanas.

Como se informó en el capítulo anterior, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública se organizó por la Ley 36 de 1942 e inició actividades en 1943, así: organización de Centros de Higiene; nutrición; campañas especializadas de ingeniería sanitaria; Escuela Superior de Enfermeras; Administración propiamente dicha. En el Congreso de la República se provocó un debate por la influencia del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la separación patente de la política social y la política sanitaria; se imponía el establecimiento de una institución autónoma independiente dedicada a los aspectos sanitarios. En 1945, el Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, doctor Jorge Bejarano, presentó un proyecto sobre la organización del Ministerio de Higiene. El Ministerio de Higiene fue aprobado mediante la Ley 27 del 2 de diciembre de 1946 y se organizó e inició labores por medio del Decreto No. 25 de 1947. En su primer Artículo anota: “Créase el Ministerio de Higiene, encargado de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus ramas y la asistencia pública en el país”.

Durante el desempeño en el Ministerio de Higiene, los doctores Pedro Eliseo Cruz y Jorge E. Cavelier, desarrollaron las siguientes actividades: por medio de la Ley 44 de 1947 organizaron el Instituto Nacional de Nutrición; por la Ley 32 de 1948, organizaron la Inspección General de Laboratorios y Farmacias; por la Ley 98 de 1948 establecieron el Fondo Permanente Nacional de Higiene; por la Ley 139 de 1948, organizaron la Oficina de Bromatología; por medio del Decreto Legislativo 3842 de 1949 establecieron el Servicio de Medicatura Rural.

Durante el desempeño en el Ministerio de Higiene por el doctor Alejandro Jiménez Arango, se dio el nombre de Ministerio de Salud Pública; mediante el decreto 984 del 16 de abril de 1953, se le imprimió cambios administrativos y de organización.

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en 1957, colaboró en la realización de 80 proyectos sobre control de enfermedades específicas; saneamiento y educación sanitaria. En 1957 intervino ante el Ministerio para la ejecución de varias campañas, entre las cuales anotamos: la antiplánica, de nutrición, de educación sanitaria en el Valle del Cauca, contra el bocio, de malariología, de higiene industrial, de administración y de ingeniería de salud pública. (21) (110) (114) (131)

**FUNDACIÓN DEL SERVICIO DE SALUBRIDAD RURAL**  
Decreto Número 3842 del 3 de Diciembre de 1949  
Por el cual se organiza la salubridad nacional

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,  
en uso de sus facultades constitucionales y,

CONSIDERANDO:

Que en muchos lugares de la República se carece de los más elementales medios de higiene y salubridad cuya función se hace indispensable para velar por la conservación de la salud de la población, base del progreso y del conveniente desarrollo de la sociedad,

DECRETA:

Artículo Primero.- El Gobierno organizará en todo el territorio nacional servicios de salubridad tendientes a asegurar la salud física y mental de la población de Colombia por medio de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que pueden afectarle. Con este fin tomará medidas tendientes a la creación de servicios efectivos de acuerdo con las disposiciones siguientes de este Decreto.

Artículo Cuarto.- el Ministerio de Higiene hará la división del país en zonas de salubridad que faciliten la prestación de los servicios que ordena el presente Decreto, mediante la cooperación de los Departamentos y de los Municipios, respetando el principio establecido en el artículo 7º. de la Constitución Nacional. Para este efecto el Gobierno creará los siguientes organismos.

- a): Puestos de Salud con Médico, Auxiliar de Enfermería, Visitadora de Higiene Pública e Inspector de Higiene
- b): Centros de Salud con dos Médicos, un Odontólogo, dos Visitadoras de Higiene Pública, un Ayudante de Laboratorio y un Inspector de Higiene.
- c). Direcciones Municipales de Higiene.
- d): Direcciones Departamentales de Higiene.

Artículo Octavo.- Créase el servicio de Salubridad Rural equivalente al año de práctica del plan de estudios de las Facultades de Medicina reconocidas por el Estado. Este servicio tendrá una duración, por lo menos, de un año continuo en poblaciones o zonas rurales y las Facultades de Medicina reconocidas por el Estado no podrán otorgar título

de médico cirujano, sino a quienes hayan prestado este servicio, previa presentación del certificado expedido por el Ministerio de Higiene.

Artículo Noveno.- El Ministerio de Higiene celebrará con las Universidades reconocidas por el Estado los arreglos adecuados para que este servicio de salubridad rural se haga con mutuo provecho para la preparación profesional básica y para los servicios oficiales de salubridad.

EL MINISTRO DE HIGIENE

(Fdo.) Jorge E. Cavelier.

(85)

## SEGURIDAD SOCIAL

La ley 90 de 1946 estableció el Instituto Colombiano de Seguros Sociales con el fin de atender los riesgos de enfermedad y maternidad, vejez e invalidez, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y muerte.

El Seguro, entidad semipública, cuya Junta Directiva estaba compuesta por cuatro representantes del Gobierno Nacional y otros tres miembros que representaban el gremio médico, la industria y las organizaciones patronales, nombrados por el Presidente de la República, para un período de tres años, y un Gerente General, para un período de cinco años.

El Seguro Social inició su financiación mediante una contribución tripartita, de la cual el patrón pagaría el 50 %, el empleado el 25 % y el Gobierno el 25 %.

El Seguro inició la prestación de los servicios médicos asistenciales nombrando algunos profesionales de planta y otros por medio de contratos con asociaciones de especialistas para laborar como médicos adscritos individual o colectivamente.

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia (CONFAMA) fue creada por Resolución No. 4706 de 1954.

CAFAM fue creado en 1957 por Resolución No. 2731 del Ministerio de Justicia; así mismo, se creó COLSUBSIDIO por Resolución No. 3286 de 1957; a COMPENSAR lo autorizó el Ministerio del Trabajo por Resolución No. 2409 de 1978.

El ejercicio privado de la medicina de tipo liberal e independiente se tornó paulatinamente más escaso y costoso y se fue institucionalizando con la organización de centros médicos de especialistas, clínicas o asociaciones.

Como resultado de la reunión de la Tercera Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas, efectuada en Río de Janeiro en 1942, se conformó el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de Colombia, bajo el régimen de cooperación entre el Gobierno de los Estados Unidos de América y el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Dicho Servicio fue autorizado por la Ley de 1942, y creado por el Decreto Ejecutivo No. 41 del 13 de enero de 1943.

Entre los principales objetivos figuraban: asistir a las actividades de salud pública y saneamiento en Colombia, por medio de la acción y cooperación de las partes contratantes de este convenio; estimular y acrecentar entre los dos países el intercambio de conocimientos, pericias y sistemas técnicos, en el campo de la salud pública y saneamiento.

De los 80 proyectos programados en el año de 1957, las actividades del Servicio quedaron comprendidas dentro de las siguientes categorías: Nutrición, Ingeniería de la salud pública, Higiene Industrial, Campaña antipalúdica, Educación Sanitaria, Participación de los gastos de saneamiento de la Escuela Superior de Enfermeras y Entrenamiento de personal. (19) (71) (85)

## **SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA**

En la primera mitad del siglo XX la atención de la salud para el pueblo trabajador colombiano era practicada por los médicos en sus consultorios particulares o a domicilio, mediante convenio entre el patrono de la empresa y el médico, con el pago de una tarifa fija por los servicios prestados. Estas prestaciones patronales establecidas legalmente desde principios del siglo, sólo eran puestas en práctica por las grandes empresas o para los empleados de alta categoría. Los pacientes que requerían hospitalización se remitían a clínicas particulares u hospitales con servicio de pensionado. En las empresas pequeñas los trabajadores de escasos recursos eran atendidos en los hospitales de caridad. En los pueblos y en los campos, los trabajadores, aun aquellos en estado de grave enfermedad, eran atendidos por el boticario o el tегuа de la región.

El hospital, en algunas regiones, al principio del siglo XIX era considerado como un sitio para morir, de donde frecuentemente se salía en posición horizontal; las gentes le temían y solamente se valían de sus servicios en última instancia, cuando la enfermedad ya estaba muy avanzada. No obstante, el hospital siempre fue el sitio donde mejor se ejercía la medicina, por la multiplicidad de las enfermedades que se atendían, la comunicación e intercambio de ideas entre los profesionales preparados y el registro de las experiencias, a pesar de la escasez de recursos, la promiscuidad y la extrema

gravedad en que llegaban los enfermos. La medicina privada, o de atención por el médico particular tenía mucho éxito, por la comunicación personal entre médico y paciente y la responsabilidad directa de la salud del trabajador.

Con el tiempo llegó el adelanto en la industrialización. Las empresas progresaron y aumentó el número de sus empleados y obreros, con la consiguiente producción de accidentes y afecciones laborales, que requerían mayor atención médica, apropiada y a un precio módico.

Los empleados oficiales nacionales y municipales eran atendidos en las respectivas Cajas de Previsión o en sus clínicas contratadas, y los departamentales de Cundinamarca en el Hospital de La Samaritana.

Las prestaciones patronales, aun para las empresas poderosas, constituían un gasto extraordinario; su efectividad estaba sujeta a la solvencia económica del empresario, y una enorme cantidad de asalariados estaban desamparados tanto de la protección de la salud como de los posibles riesgos laborales, mientras que los trabajadores privilegiados disfrutaban de un excelente servicio y nadie sabía el término de sus derechos laborales.

Los empleados particulares basaban sus esperanzas en la ley 10 de 1934 y solamente podían apelar al sindicalismo revolucionario, a las huelgas o al sabotaje, para lograr mejoría en sus prestaciones sociales.

Se impuso la necesidad de establecer unas normas jurídicas, que condujeran a que las reivindicaciones proletarias, propiciaran el entendimiento obrero-patronal, eliminaran los factores de choque y proporcionaran un clima de confianza y tranquilidad en el ámbito laboral. (79)

Existía un sistema de relación-obrero patronal denominado Seguros Sociales en la mayoría de los países cultos tanto de Europa como de América.

La organización de nuestra estructura médico legal ha tenido la tendencia a la imitación de lo que sucede en otros países más adelantados, y quizá, por la facilidad del idioma y por poseer aspectos socioeconómicos similares, admirábamos y copiábamos lo establecido en México.

El Ministro de Trabajo, doctor José Antonio Montalvo, en mayo de 1929 presentó el primer proyecto de Ley por medio del cual se intentaba establecer los Seguros Sociales en Colombia, pero fue archivado por no tener suficientes conocimientos y experiencia al respecto.

Durante la primera presidencia del doctor Alfonso López Pumarejo, su Ministro de Industrias y Trabajo, doctor Benito Hernández, presentó al Congreso un proyecto de Ley para implantar el Seguro Social en el país, el cual fue apoyado y complementado por los Senadores Ricardo Zapata y Alfonso Araújo, aceptado por una comisión



interparlamentaria, en 1937, y adoptado por las Cámaras, en 1938, pero fue objetado por el Gobierno, debido a defectos de forma.

El Ministro de Trabajo, doctor Moisés Prieto, durante la segunda administración del Presidente Alfonso López Pumarejo, elaboró un anteproyecto de Ley sobre Seguros Sociales, basado en las últimas legislaciones americanas relacionadas con este tópico, especialmente de México, Perú, Costa Rica y Venezuela.

Nuevamente en julio de 1941, el Ministro de Trabajo, doctor José Joaquín Caicedo Castilla, sometió a la consideración de la Cámara de Representantes un proyecto con esta iniciativa, el cual fue aprobado por la comisión correspondiente, sin lograr pasar al Parlamento.

Finalmente, el Ministro de Trabajo, doctor Adán Arriaga Andrade, actualizó dicho proyecto y lo presentó a la consideración del Congreso el 21 de Julio de 1945, bajo la Presidencia de la República del doctor Alfonso López Pumarejo, el cual fue aprobado y dio origen a la creación del Seguro Social en Colombia.

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales fue creado por medio de la Ley 90, aprobada el 11 de diciembre de 1946 y sancionada por el Presidente Mariano Ospina Pérez, el 26 de diciembre del mismo año.

Después de una trayectoria de tres años de intercambio de conceptos y de preparación de reglamentos, principió a funcionar el Instituto, con los seguros de enfermedad general y maternidad, el 26 de septiembre de 1949, bajo la dirección del doctor Carlos Echeverry Herrera.

En un principio, esta Ley de seguridad social se consideró de carácter político, populista y demagógico, lo cual despertó restricciones en su aceptación y reacción de parte de los patronos y los profesionales.

No obstante, las necesidades de atención médico-quirúrgica y los requerimientos crecientes de protección de la salud de parte de los trabajadores, paulatinamente concientizó al pueblo hasta terminar por imponerse definitivamente.

### **Ley 90 del 26 de diciembre de 1946**

Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el  
Instituto de Seguros Sociales

El Congreso de Colombia  
Decreta:

Capítulo I  
Campo de aplicación

Artículo 1º. Establécese el seguro social obligatorio de los trabajadores contra los siguientes riesgos:

- a) Enfermedades no profesionales y maternidad
- b) Invalidez y vejez
- c) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- d) Muerte

Artículo 2º. Serán asegurados, por el régimen del seguro social obligatorio, todos los individuos, nacionales y extranjeros, que presten sus servicios a otra persona en virtud de un contrato, expreso o presunto, de trabajo o aprendizaje, inclusive los trabajadores a domicilio y los del servicio doméstico. Sin embargo, los asegurados que tengan sesenta (60) años o más al inscribirse por primera vez en el seguro, no quedarán protegidos contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte, ni habrá lugar a las respectivas cotizaciones.

Artículo 3º. Para los efectos de la presente Ley, estarán asimilados a trabajadores particulares los empleados y obreros que presten sus servicios a la Nación, los Departamentos y los Municipios en la construcción y conservación de las obras públicas y en las empresas o institutos comerciales, industriales, agrícolas, ganaderos y forestales que aquellas entidades exploten directa o indirectamente o de las cuales sean accionistas o copartícipes.

Artículo 4º. Los médicos y demás personal científico que de manera continua presten sus servicios al Instituto serán asegurados obligatorios y gozarán de las prestaciones que consagra la Ley, pero deberán cumplir las obligaciones que ella impone. No quedan comprendidos en esta disposición los que estuvieren afiliados a la Caja de Previsión Social de Empleados y Obreros Nacionales o a otras instituciones similares de previsión social.

Artículo 5º. Estarán también sujetos al régimen del seguro social obligatorio los trabajadores independientes (pequeños industriales, agricultores y comerciantes, maestros de taller, artesanos, voceadores de periódicos, lustrabotas, loteros, vendedores ambulantes, etc.), cuyos ingresos normales no excedan de mil ochocientos pesos (\$ 1.800) por año. Sin embargo, mientras el Instituto asume el seguro de estos trabajadores con el carácter de obligatorio, podrá admitirlos como asegurados facultativos.

Artículo 8º. Para la dirección y vigilancia de los seguros sociales, créase como entidad autónoma con personería jurídica y patrimonio propio un organismo que se denominará **Instituto Colombiano de Seguros Sociales**, cuya sede será Bogotá.

Artículo 10º. La dirección administrativa, financiera y técnica del Instituto estará a cargo de un Consejo Directivo y de un Gerente General.

El Consejo Directivo lo conformarán:

- a) Un Delegado del Presidente de la República,
- b) El Ministro de Trabajo, o un Delegado suyo,
- c) El Director Nacional de Salubridad, o un Delegado suyo,
- d) Un representante de la Academia Nacional de Medicina,
- e) Un representante de los pensionados,
- f) Dos representantes de los asegurados,
- g) Dos representantes de los patronos
- h) Un representante de la Federación Médica Colombiana.

Parágrafo. Los miembros del Consejo a que se refieren los apartes e), f) y g) de este artículo serán elegidos por las entidades representativas de los respectivos gremios, para períodos de tres (3) años, en la forma que los reglamentos determinen.

Artículo 11º. El Gerente General será nombrado por el Presidente de la República para un período de cinco (5) años, de terna presentada por el Consejo Directivo y elegida por éste con el voto de las dos terceras partes, por lo menos, de los diez (10) miembros que lo integran.

República de Colombia -Gobierno Nacional- Bogotá, 26 de diciembre de 1946.

Publíquese y ejecútese.

**MARIANO OSPINA PÉREZ (85)**

La imposición del Seguro Social obligatorio y la organización de sindicatos implicó un vuelco tanto en el campo laboral y social como en el concepto del ejercicio de la medicina.

El cuerpo médico, acostumbrado al ejercicio libre y personal de su profesión con un alto concepto de su personalidad científica y cultural, con cierto dominio en el contexto social de su ambiente, recibió con incertidumbre el impacto de la repercusión sobre la estructura económico-social que estas normas representaban para él; pero al mismo tiempo, consciente de su misión de servicio social y las posibles perspectivas de proyección de los servicios de salud al estrato trabajador, lo conmovió y aceptó progresivamente esta reglamentación con cierta duda, apatía y desconfianza, en relación con el progreso científico médico y la cobertura total del trabajador necesitado de los mínimos servicios médicos.

Este nuevo orden implicaba el nombramiento de directivos y profesionales, que preveía la posibilidad de obtener una posición burocrática con suficientes recursos económicos fijos, y ante un hecho cumplido, era conveniente aceptar y hasta apoyar.

Para el pueblo trabajador el seguro social constituía una entidad semioficial más, que le vislumbraba una esperanza de lograr un alivio a sus dolencias físicas en el rudo trajinar de su existencia. Desconfiado y temeroso en un principio, poco a poco fue percibiendo sus beneficios hasta concientizarse de su importancia y considerarlo como algo propio, tan indispensable para la sobrevivencia tanto de él como de su familia, y que hacía parte de la retribución salarial.

La clase media alta o empleados privilegiados, con posibilidades de pagar de su propio pecunio los servicios de salud, dominada por el orgullo de su categoría, rechazaba las circunstancias de someterse a las incomodidades de la espera y hacer largas colas en medio de un estrato popular inferior, para que por medio de un número fuera a presentar sus intimidades a un profesional desconocido. El sentirse con derecho a exigir un servicio pronto y eficiente en caso de urgencia, y además el alto costo de los honorarios por hospitalización y cirugía en las clínicas particulares, obligaron a los trabajadores de todas las categorías a acoger progresivamente la disponibilidad de los servicios médicos del Seguro y hasta sentirse satisfechos con su atención.

En los primeros años, para su estructuración, se dictaron resoluciones reglamentarias en relación con la cobertura de protección, contra riesgos en lo biológico y lo económico a los trabajadores asalariados e independientes. (154)

También se dictaron las Resoluciones Nos. 1331 y 0028 de 1950 por medio de las cuales se establecieron las normas de vinculación y contratación de los Profesionales. Los médicos fueron vinculados por medio de dos tipos de contratación: de Planta y Adscritos.

Por tratarse de una Entidad de servicio público, orientada y dirigida por el Estado, estaba sometida a las ondulaciones de la política de turno, y por tanto la vinculación del profesional se ha efectuado con la anuencia de las influencias políticas.

La reglamentación laboral dispuso de aceptables prestaciones sociales para sus trabajadores, cuyos frecuentes cambios, por los directivos de turno o la presión de los sindicatos, ha complicado su interpretación hasta el punto de que ha requerido de la vinculación de un alto número de Abogados Laboralistas para resolver sus propios problemas.

Los primeros servicios del Instituto de Seguros se prestaban a unos 50.000 trabajadores de Bogotá y se financiaban con un impuesto equivalente al 8% de la nómina, de los cuales el gobierno pagaría el 2%, el empleado el 2% y el patrono el 4%.

El Instituto de Seguros Sociales, a mediados de 1950, amparaba a 90.000 trabajadores. Pronto se extendió a Medellín, donde se fundó la Clínica León XIII, de maternidad; se creó también la Caja Seccional en el Quindío y Norte del Valle del Cauca. La seccional de Cali se clausuró poco después de su inauguración, debido a dificultades de financiación.

Durante los primeros años del ICSS se desarrollaron algunas actividades trascendentales, tales como iniciar un programa de prevención de riesgos ocupacionales, se establecieron las primeras becas para su capacitación en seguridad social y administración hospitalaria, se observó la tendencia a mejorar los niveles de higiene doméstica y se empezaron a ejecutar trabajos sobre bio-estadística, especialmente en relación con los patrones de morbilidad y mortalidad entre los afiliados.

En un principio el ICSS tuvo dificultades económicas y políticas, pero lentamente fue adquiriendo confianza de los grandes grupos industriales como la Asociación Nacional de Industriales - ANDI y treinta y seis empresas antioqueñas, así como también de la Confederación de Trabajadores de Colombia - CTC.

En marzo de 1971, bajo la Presidencia del doctor Misael Pastrana Borrero, el Ministro de Salud, doctor José Ignacio Díaz Granados, y de Trabajo José Mario Eastman, se expidió el Decreto Ley 0433 de 1971 por medio del cual se reorganizó integralmente el Instituto Colombiano de Seguros Sociales

Mediante las Leyes 10 de 1972 y 1935 de 1973 se dictaron algunas modificaciones sobre el Decreto 0433 de 1971, en relación con las Pensiones de Jubilación, Invalidez, Vejez y Muerte y el establecimiento de un régimen financiero adecuado a sus costos de aplicación.

Así se dictó el Decreto Ley 0148 de 1976 con el fin de imprimirle al Instituto una reorganización sustancial, bajo la orientación del Gobierno, por conducto del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en relación con sus directivos, y el establecimiento de un Consejo Directivo integrado por el Ministro o Viceministro de Trabajo, el Ministro o Viceministro de Salud, un representante del Presidente de la República, un representante del Cuerpo Médico, tres representantes de los patronos y tres representantes de los trabajadores. Esta Ley fue sancionada por el Jefe del Estado el 25 de enero de 1977.

El Congreso de Colombia dictó un Decreto por medio del cual facultaba al Presidente de la República, doctor Alfonso López Michelsen, para determinar la estructura, régimen y organización de los Seguros Sociales Obligatorios y de las entidades que lo administraban. (21) (72) (114) (154)

## **CAMBIOS EN LA ATENCIÓN SOCIAL Y LA SALUD PÚBLICA**

En la década de 1960 la planificación de la salud experimentó un gran progreso. Se inició el método CENDES/OPS, el cual buscaba establecer un plan rígido de prioridades, teniendo en cuenta el costo efecto, para evitar o recuperar anualmente. Se estableció la integración de los hospitales con los centros y puestos de salud, con el fin de que estos funcionaran como consulta externa, con amplia labor educativa, de educación y de tratamiento ambulatorio.

Se le imprimió gran avance, en la calidad de la atención hospitalaria, a la modernización de su administración y la actualización de sus estadísticas y del sistema de archivos.

Se les dio gran énfasis a la especialización médica y a los sistemas auxiliares de diagnóstico.

Se incrementó la financiación para la construcción de hospitales, con la utilización del 10% del valor de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, por préstamo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Se elaboró el plan nacional para la construcción hospitalaria del país.

Se puso en marcha la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en el año de 1962, en la que se dio especial importancia a la epidemiología general y específica y a la organización de los servicios de atención médica en el país.

Se iniciaron los programas de planificación familiar en los organismos de salud del país, con la participación económica de la Agencia Internacional de Desarrollo, a través de la Organización Panamericana de Salud.

Todos estos factores influyeron para producir un incremento en los costos de la atención hospitalaria, por lo cual a los pacientes pobres se les cobraba según la clasificación correspondiente.

El Gobierno Nacional, por medio de la Ley 12 de 1963, ordenó la elaboración del Plan Hospitalario Nacional, para asegurar una adecuada organización y un criterio unificado en relación con la salud pública y la asistencia social, el cual comprendía: la programación y organización de los servicios técnicos y administrativos y la adopción de las respectivas normas. La integración de los servicios asistenciales, preventivos, docentes e investigativos y la coordinación de las entidades públicas o privadas a través de su clasificación y zonificación

El Fondo Nacional Hospitalario fue organizado mediante el Decreto Ley 687 de 1967. La integración del Subsector Oficial con el de Caridad se realizó por Decreto 3106 del 3 de diciembre de 1965, mediante la creación de los Servicios Seccionales de Salud, que integraban los servicios prestados por las beneficencias departamentales, a través de los hospitales a los centros y puestos de salud.

La atención hospitalaria se hizo más eficiente con la participación de los especialistas, de enfermeras universitarias y licenciadas y con las auxiliares de enfermería; el hospital se tecnificó mediante la mejoría de dotación de aparatos e instrumentos, la utilización de métodos auxiliares de diagnóstico y la estandarización de novedosas y costosas rutinas. Se intentó imprimir al hospital una orientación con una administración gerencial, por los mismos médicos especializados en administración.

Los hospitales, para obtener recursos económicos, se vieron en la necesidad de reemplazar la atención gratuita por el sistema de pago, de acuerdo con la clasificación socioeconómica de los usuarios. No obstante, muchos pacientes tenían que ser atendidos gratuitamente, por lo cual el hospital permanecía en déficit económico, y se hacía indispensable el aporte oficial.

El programa rural de los servicios de salud se extendió en el año de 1960, con la puesta en marcha del Programa de Promotores Rurales de Salud, con las funciones de Inmunización, Saneamiento, Educación para la Salud y Medicina Simplificada en el Área Materno-Infantil.

El Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud fue organizado por Decreto Ley 470 de 1968, cuyas funciones eran, el manejo científico, técnico y administrativo de recursos humanos, económicos y de bienes dedicados a los planes nacionales de salud; el desarrollo de actividades especiales investigativas y docentes unilaterales del Gobierno Nacional, en el ámbito de la salud; la realización del Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural

Tanto la OPS como ASCOFAME eran organismos asesores, el uno de carácter internacional y el otro de índole privada. La Asociación de Facultades de Medicina influyó notablemente en el desarrollo de la medicina en el país.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales se reglamentó, por Decreto 3170 de 1964. Por el Decreto 3041 de 1968 se ordenó la inscripción de los trabajadores para los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

La extensión del ICSS a los trabajadores independientes y el Programa Familiar se inició en 1971 y se oficializó mediante el Decreto 770 de 1975. Se determinó la edad de retiro a los 55 años de edad y 20 años como mínimo de trabajo.

Tecnificación administrativa de la docencia hospitalaria, mediante el incremento del profesorado de tiempo completo, aumento en cantidad y calidad de los laboratorios clínicos, organización de las bibliotecas y vigorización de la investigación científica.

Estímulo exagerado de la especialización de los médicos, siguiendo el patrón de las Universidades Norteamericanas.

Con el fin de tecnificar la atención de los servicios de los hospitales universitarios y regionales, se produjo un desplazamiento del personal religioso (Hermanas), asistenciales auxiliares, el cual se cambió por enfermeras graduadas o licenciadas y secretarias. (135)

## **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)**

La **APS** fue definida, en 1978, en la reunión de Alma-Ata, como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pudieran soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación.

Los principios más importantes de la APS fueron: Equidad, participación, cooperación intersectorial, atención calificada y especializada en los niveles intermedios y coordinación del sistema.

Las principales funciones consistían en la consideración sobre los factores socioeconómicos y ambientales y la salud, el fomento de la salud, la prevención, rehabilitación y asistencia de apoyo; el bienestar físico, mental, social y espiritual de las personas; la responsabilidad en el bienestar de las familias y los individuos, y de la comunidad en el trabajo sobre la salud. Incorporación de los médicos y remedios tradicionales.

La universidad, la salud y las facultades de medicina en las décadas de 1950 y 1960, fueron reformadas siguiendo el esquema flexeriano, recomendado por la medicina norteamericana.

En las décadas anteriores a 1950 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional había traído misiones de la enseñanza de la medicina de Europa, cuya orientación era con tendencia comunitaria, puesto que muchos médicos estaban relacionados con la salud pública y la investigación.

Para la enseñanza de las materias médicas, separaban las teóricas de la clínica práctica y las distribuían por cátedras, bajo la orden de un director. Les daban gran importancia a la anatomía, a la obstetricia y a la clínica médica.

Los hospitales universitarios atendían a los pacientes gratuitamente, pero existía en general un pabellón para pensionados.

El hospital, durante el día, prestaba servicios de consulta externa y revisión de los enfermos hospitalizados. Las urgencias se atendían en el día y por la noche por los internos y ocasionalmente por el jefe de clínica, quien revisaba los pacientes y daba instrucción. Existían religiosas, quienes dirigían a las enfermeras auxiliares, las cuales prestaban los servicios directamente a los enfermos.

La biblioteca, cuando existía en el hospital, era deficiente y desactualizada.

Como ya se ha anotado la docencia, de tipo americano, efectuó cambios significativos: estructuró la administración bajo un Consejo Académico conformado por el decano y los jefes de los nuevos departamentos; se adecuó la carrera docente con la vinculación de



profesores de tiempo completo; reestructuró la parte académica con la organización de bloques para la enseñanza de las ciencias básicas y las rotaciones clínicas; organizó el internado rotatorio de tiempo completo, con entrenamiento en las diferentes especialidades fundamentales; reorganizó los laboratorios, especialmente los de Fisiología y Farmacología; amplió y tecnificó la biblioteca; amplió y coordinó los estudios de ciencias básicas y racionalizó la enseñanza de la anatomía; reorganizó el Departamento de Medicina Preventiva como un bloque académico bajo las bases de orientación filosófica y humanística general de la salud pública; organizó el contenido de patología con relación a los problemas colombianos; estableció el estudio de las familias desde los puntos de vista social e histórico en su propio medio; en los pequeños municipios se ordenaron visitas y participación en los programas de salud.

Se crearon las facultades de enfermería y se integraron las facultades de odontología con programas comunitarios; se incorporaron las escuelas de nutrición a la universidad; se crearon las escuelas de auxiliares de enfermería y se organizó la Escuela de Salud pública, donde se concentró la docencia en planificación de la salud. (81) (88) (90) (147)

## LA SALUD PÚBLICA A FINALES DEL SIGLO XX

En Colombia, desde el año 1913, la institucionalización de la salud pública pasó por diferentes fases de organización, para lograr una estructura nacional que comandara el sector salud.

El Gobierno Nacional expidió la Ley 27 de 1946, por medio de la cual se establecía el Ministerio de Higiene, cuyas funciones fundamentales eran las de promover y fortalecer la Higiene Pública. Casi simultáneamente, en 1946, por medio de la Ley 90 se organizó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Al final de la década de 1940 el país contaba con los siguientes Organismos de Salud: Los Hospitales y las Beneficencias; el Ministerio de Higiene, con sus instituciones dependientes; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, con sus servicios de atención; los médicos en ejercicio privado de la profesión y las Clínicas privadas.

En Colombia la estructura de los hospitales antes de la década de los años 40 era sencilla y deficiente para la atención de la salud de la población, pues su actividad se reducía a ser lugar de reclusión de enfermos crónicos atendidos por religiosas y enfermeras sin formación profesional en salud. Las estadísticas y las historias clínicas se llevaban en forma rudimentaria. Los médicos examinaban al enfermo clínicamente en forma tradicional desde finales del siglo XIX.

En la segunda mitad del siglo XX los profesionales de la salud se entrenaron en Europa y Estados Unidos y llegaron al país con nuevas ideas; se importaron modernos equipos y complejos instrumentos de diagnóstico y de aplicación técnica en los enfermos.

Se construyeron nuevos hospitales y se trataron de modernizar los existentes, pero con la ausencia de planeación y de rigor administrativo, de acuerdo con el avance vertiginoso de la calidad de la medicina moderna y la tecnología.

El incremento de la demanda de servicios médicos y la crítica situación laboral, condujeron bien pronto a la crisis hospitalaria insostenible. Además, el aumento desproporcionado de los costos de atención y finalmente la influencia del poco interés que despertaban los problemas de salud en la clase política.

En la década de 1950 el Ministerio cambió el nombre por el de Ministerio de Salud Pública y planteó la necesidad de conjugar los aspectos preventivos y curativos, para lo

cual propuso el establecimiento de los Centros de Salud Pilotos, bajo la iniciativa del sub-sector de Educación Médica. Las Facultades de Medicina organizaron los Departamentos de Medicina Preventiva, con la finalidad de tratar de formar médicos generales que realizaran una atención integral de salud.

El Ministerio envió personal al exterior para entrenarse en el campo de la Salud Pública, particularmente en la actividad técnica y de coordinación.

La década de 1960 fue premonitoria para la etapa de la sistematización de la prestación de los servicios de salud.

Los países de América asistieron a la reunión de Punta del Este, donde se analizó y definió el papel de la salud pública en el desarrollo económico y social de cada nación y surgió el concepto de trabajar a través de un método de planeación. El Ministerio de Salud organizó la Oficina de Planeación, Coordinación y Evaluación. Se estableció el Plan Nacional de Salud para el decenio de 1962 - 1973.

El Ministerio de Salud conjuntamente con ASCOFAME llevó a cabo el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación, como primer intento para poner bases a la elaboración de un Plan Nacional de Salud y diseño de un modelo de sistema, en la prestación de servicios de salud

En virtud del Decreto 1444 de 1966, se integraron y comenzaron a operar los servicios Seccionales de Salud en cada Departamento, Intendencia y Comisaría, lo que significaba un punto de avanzada hacia un sistema de salud.

En el año 1968, con la reforma administrativa del Ministerio de Salud, se planteó el ordenamiento del Sistema Nacional de Salud y se organizó en el Ministerio, la Oficina de Recursos Humanos.

Por medio de la Ley 39 de 1969, se aprobó el Plan Nacional Hospitalario, en el cual se diseñó un Sistema de Regionalización de Servicios, con cuatro niveles diferentes de atención médica.

En 1971 se organizó la División de Salud del Departamento Nacional de Planeación, con el objeto de integrar el sector Salud al Plan General de Desarrollo Económico y Social, el cual elaboró un programa para el sector salud.

En 1972, el Gobierno promulgó el Plan de Desarrollo bajo cuatro estrategias, una de las cuales tenía como objetivo fundamental el desarrollo de los sectores sociales de Salud y Educación.

Se definieron la regionalización de los servicios de Salud y el ordenamiento institucional, como paso previo a la instauración del Servicio Único de Salud.

Por medio de las Leyes 2ª. y 9ª. de 1973, el Congreso autorizó al Gobierno reorganizar la administración pública y reestructurar la prestación de servicios de salud del país.

Hacia 1974 se organizó el Plan Nacional de Alimentación –PAN-, con el objeto de darle prioridad al aprovechamiento biológico de los productos agrícolas para el bienestar alimentario y nutricional de la población; con tal motivo se integró el Plan con los centros de atención integral del preescolar y además se articuló con el Desarrollo Rural Integral –DRI-.

También en esa época se impulsó el programa de acueductos y alcantarillados, con el fin de prevenir las enfermedades de origen hídrico.

En el año 1974 el Sector Oficial, conjuntamente con la Seguridad Social, atendía el 49% de la población y el Sector Privado el 15% de ella.

La mortalidad general se mantenía en un 9.4%, cuyas causas más frecuentes eran la diarrea, la desnutrición y las enfermedades infecciosas; en menor proporción las enfermedades crónicas y degenerativas, como tumores, cardiovasculares y accidentes.

Los profesionales de la salud de que disponía el país en 1974 eran:

Médicos:	14.846
Odontólogos:	3.954
Veterinarios:	2.400
Ingenieros sanitarios:	140
Enfermeras:	3.289
Auxiliares de enfermería:	14.670
Promotores de saneamiento:	1.800
Promotoras:	6.000, ubicadas en el sector materno-infantil

En el año de 1974, cerca del 36% de la población colombiana no disponía de servicios de salud formales, integrales y oportunos. Por lo tanto, la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud, en coordinación con otras dependencias técnicas, evaluaron la situación y las posibles alternativas y estrategias para establecer un plan de atención médica, con la mayor cobertura posible, de los estamentos de población necesitada.

El Gobierno Nacional, en 1975, implantó en el país el Sistema Nacional de Salud, con los objetivos de procurar racionalización, unificación y descentralización del manejo de los organismos públicos y privados, relacionados con los servicios de salud.

En el año 1975 el Ministro de Salud, mediante resolución, nombró una Comisión multidisciplinaria e interinstitucional de las organizaciones más importantes del país relacionadas con la salud, cuya finalidad consistía en analizar los aspectos jurídicos, de estructura, organización y funcionamiento del sector salud. Después del estudio

respectivo de la Oficina Jurídica de la Presidencia de la República se expidieron los siguientes Decretos Leyes:

- Decreto 056 de 1975, por medio del cual se establecía la estructura de la organización básica y dirección del sistema, en los diferentes niveles, y estableció la descentralización administrativa derivada a los servicios Seccionales de Salud.
- El Decreto 350 de 1975, que determinaba la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades regionales.
- Decreto 356 de 1975, establecía la adscripción y vinculación de las Instituciones Públicas y privadas al Sistema Nacional de Salud.
- Decreto 964 de 1975, reglamentaba el estatuto de Personal del Sistema Nacional de Salud.
- El Decreto 526 de 1975, implantaba el ordenamiento de los Subsistemas para el desarrollo del Sistema.
- El Decreto 121 de 1976, por medio del cual se reestructuraba y reorganizaba el Ministerio de Salud. (21) (114) (131) (147) (154)

## **SALUD E HIGIENE EN LA PROVINCIA**

El Gobierno en su sección de Higiene instituyó las Unidades Sanitarias, Comisiones Rurales y Oficinas de Sanidad, como núcleo vital y base primordial para la salud del país.

Por medio de estas instituciones la higiene nacional defendía la salud pública, estimulaba las capacidades biológicas del pueblo y mejoraba sus deficientes condiciones de vida. Aunque las tres organizaciones sanitarias perseguían los mismos objetivos y realizaban labores similares, cada una de ellas tenía características especiales, que debían subordinar el desarrollo de sus campañas a las condiciones de la región donde actuaban.

Las Unidades Sanitarias eran sostenidas en forma cooperativa, mediante contribución de entidades nacionales, municipales, a veces departamentales y dependientes de la Sanidad Nacional; prestaban servicio de carácter permanente en las poblaciones cuya importancia y capacidad económica les permitía su establecimiento.

Las Comisiones Rurales eran sostenidas en su totalidad por la Nación, algunas mediante contrato entre la Nación y los Departamentos para su sostenimiento; estaban destinadas

a las pequeñas poblaciones con exiguo presupuesto. Cada una de estas Comisiones tenía un radio de acción que comprendía varios municipios.

Servicios que prestaban las Unidades Sanitarias: Saneamiento del suelo; control de aguas y alimentos; protección materno infantil; medicina y odontología escolares; campaña contra las enfermedades tropicales; campaña contra las enfermedades que podían tomar carácter epidémico; campaña contra las enfermedades venéreas, lepra y tuberculosis; campaña contra las enfermedades propias de la región; educación y propaganda higiénica; campaña contra la toxicomanía y control de drogas heroicas; control del ejercicio de las profesiones médicas y farmacéuticas; servicio de estadística, nosología y epidemiología; escuela de enfermeras visitadoras y parteras; escuela de inspectores sanitarios.

Las Unidades Sanitarias, Comisiones y oficinas de sanidad se fundaron con un criterio de higiene y profilaxis y solamente hacían asistencia pública parcial, en servicios en los que era forzoso obtener resultados efectivos, como prenatales, gotas de leche, salacunas, consultas antihelmínticas, antiplácicas, antipalúdicas, etc.

Las instituciones de higiene disponían de medios eficaces para el hallazgo de los enfermos y debían remitirlos a la consulta hospitalaria o de los médicos privados, cuando lo consideraban conveniente.

El médico director de la Unidad Sanitaria, Comisión rural u Oficina de Sanidad tenía la obligación de velar permanentemente por que los servicios fueran atendidos de la manera más económica, pero sin sacrificar la eficiencia en la prestación de los mismos.

La promoción higiénica y la acción educativa eran fundamentales en todas las campañas que se emprendían y se tenían siempre presentes como punto de partida de toda labor. Se interesaban más en la demostración educativa ante el público sobre la manera de propagación de cualquier endemia, o en la ejecución de algunas obras de saneamiento, que en un gran número de curaciones. La realización de estudios epidemiológicos era indispensable, porque constituían la base del conocimiento para determinar los focos de infección. (78) (99) (25)

## **PROBLEMAS SANITARIOS EN CLIMAS TEMPLADOS**

Los aspectos de salud de las gentes en las regiones tropicales implican varios factores, pues existen gran cantidad de plantas y animales para el sustento del hombre y también numerosos parásitos e insectos que atentan contra la salud, si no se dispone de cuidados higiénicos adecuados.

La Fundación Rockefeller, en cooperación con el Gobierno Nacional, practicó un estudio sobre parasitismo intestinal, entre 1920 y 1930. En los exámenes coprológicos efectuados en el Municipio de Palestina se encontró infestación de tricocéfalos en un

63% y el Departamento Nacional de Higiene encontró 81%. La infestación por uncinaria fue positiva en un 88%.

El promedio de infestación por parásitos intestinales entre los años de 1937 a 1942 fue 87,5 %; en Palestina (Caldas) de 1929 a 1931 se llevó a cabo una campaña higiénica modelo y se practicó un control en el año 1938 en el cual se halló que el estado higiénico había decaído y el parasitismo se había reactivado; esto demostró que además de los recursos es indispensable la educación higiénica de la población.

En el año 1944, se consideraba que en Colombia existían millón y medio de enfermos de paludismo a quienes solamente se les aconsejaba el uso de la quinina.

En relación con la tuberculosis, los datos hallados en la Contraloría General de la República alcanzaban entre los años de 1939 a 1941 la cifra promedio de 64.337 en cada año. En ese entonces se contaba con 1.404 camas disponibles para atender a los enfermos de tuberculosis, con la esperanza de que el Hospital San Carlos dispusiera de 500 camas más.

La campaña contra las enfermedades venéreas carecía de profilaxis y prevención y solo se reducía al tratamiento con la administración de penicilina y arsenicales.

En el año de 1905 el censo reveló 4.304 leprosos en el país y en el año 1942, 13.400 leprosos, con una incidencia de 1,5. Los leprosos estaban distribuidos así: 4.800 en Agua de Dios, 2.400 en Contratación y 500 en el lazareto de Caño de Loro.

La mortalidad infantil también observó un aumento en el país:

1940:40.956 niños muertos

1941:48.722 niños muertos

1942:48.514 niños muertos

Los cálculos de la Contraloría daban un promedio de 5,4 personas por casa de habitación en el campo y ésta no disponía de agua potable, letrina ni luz eléctrica; para la población rural faltaban 1'076.650 casas. (78) (102) (159) (8) (146)

## **EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS ACONTECIMIENTOS**

La historia de la medicina no sólo nos lleva a conocer las vicisitudes del arte de curar y la metodología practicada para el manejo de los enfermos, sino que también nos permite investigar e interpretar los conceptos que han surgido a través de los tiempos, sobre la enfermedad y la lucha desarrollada para vencer el sufrimiento, la crueldad y la muerte en los diferentes ambientes.

El historiador se coloca en una posición de perspectiva cultural, humanista y ética para investigar y plasmar la realidad de los acontecimientos que han tenido que ver con la ingente

obra de los médicos del pasado y comprender mejor sus aciertos, progresos y fracasos de acuerdo con las circunstancias y ambiente en que vivieron.

La salud, las enfermedades y las epidemias han influido notablemente en el curso de nuestras propias vidas y en muchas ocasiones han cambiado el destino de los pueblos, de las naciones y de las guerras, lo mismo que el derrotero de los gobiernos.

En la conquista de América, por ejemplo, los conquistadores sufrieron las enfermedades propias del ambiente tropical, lo cual los obligó en varias ocasiones a detenerse o a retroceder o a cambiar de ruta en sus conquistas; también los nativos de la América padecieron las epidemias terribles traídas por los invasores, lo cual les causó una alta mortalidad por la carencia de factores inmunológicos contra esas nuevas infecciones. Las consecuencias de las enfermedades hicieron más efecto nocivo entre los indígenas y los negros que entre los conquistadores no obstante, transformaron muchos planes, demoraron la obtención de los objetivos y fueron motivo de alta morbilidad y mortalidad en ambos bandos. A este respecto, basta recordar las dificultades que tuvieron los españoles en la conquista de Urabá y la fundación de Santa María la Antigua del Darién, por la insalubridad del clima y las enfermedades tropicales, por lo cual se vieron obligados a abandonar temporalmente la región; ejemplo de esto es el fracaso de la expedición de Gonzalo Jiménez de Quesada al Valle de Neiva por las enfermedades propias del clima que sufrieron los soldados españoles y que los forzaron a regresar al saludable ambiente de Cundinamarca.

Entre los indígenas de la Nueva Granada fueron funestas las consecuencias de las epidemias, especialmente de viruela, sucedidas entre 1558 y 1566, que diezmaron la población hasta el punto de que algunos pueblos quedaron en absoluta desolación por la alta mortalidad; lo mismo sucedió en las epidemias de 1587 y 1600, las cuales produjeron una mortalidad entre los indígenas hasta del 95%.

Durante la época de la Colonia sucedieron tremendas epidemias que causaron enorme mortalidad y determinaron cambios sustanciales en el método de vida de la población. Basta mencionar la epidemia de tabardillo o peste de Santos Gil, que posiblemente se trató de tifo exantemático, la cual causó la muerte de numerosas familias de la altiplanicie de Santafé, entre 1630 y 1633.

Entre 1849 y 1850 azotó al país una epidemia de cólera asiático, la cual sacrificó numerosas vidas.

Entre 1881 y 1888 la fiebre amarilla hizo liquidar la empresa de Fernando Lesseps en la construcción del Canal de Panamá; este desastre no solamente fue la causa de alta mortalidad entre los trabajadores, sino también fue uno de los motivos de la desmembración de Panamá, de la República de Colombia.

También es oportuno recordar que en la guerra de Norte América los microbios mataron más soldados del ejército de Washington que las balas de los ingleses. (71) (102)



## ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y SALUD PÚBLICA

Hacia la década de 1960 se observó un notable progreso en las vías de comunicación en el país. Al mismo tiempo se veían serias dificultades económicas y de seguridad, para sobrellevar una vida tranquila y cómoda, especialmente las gentes de los campos y pueblos pequeños. Familias numerosas y pobres emigraban frecuentemente hacia las grandes ciudades, donde se acrecentaba la densidad de la población y surgían problemas sociales de adaptación, económicos y de salud, particularmente de aumento de los embarazos no deseados e insostenibles, que desencadenaban alta mortalidad materna e infantil.

En las Revistas de Obstetricia y de Salud Pública se leían con frecuencia estudios clínicos serios relacionados con los métodos modernos para evitar el embarazo y el empleo de anticonceptivos, por las mujeres de Europa, Estados Unidos y de algunos países latinoamericanos.

En 1964 se realizaron interesantes eventos relacionados con la densidad de la población en el país, como el Censo Nacional de Población y vivienda, y también la primera Encuesta Nacional de Fecundidad. Se hallaron datos de especial trascendencia, tales como: Una natalidad de 44 por mil; una mortalidad de 11 por mil; un aumento de la población entre los años 1951 y 1964 de 5.991.000 habitantes y además que las mujeres en unión permanente tenían una alta fecundidad, 5.5 hijos. También se demostró que entre las mujeres colombianas en condiciones de reproducirse, el 68% nunca habían empleado métodos anticonceptivos.

A finales de 1964, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, por recomendación del Primer Seminario Nacional de Demografía, patrocinado por la Fundación Ford, organizó la División de Estudios de Población, bajo la dirección de uno de los Decanos, Profesor de la Universidad Nacional y de la Javeriana, Hernán Mendoza Hoyos. El doctor Mendoza concebía la planificación familiar como un servicio básico de salud, que debía ser manejado, implementado y entregado por el Estado a través de instituciones gubernamentales. Así mismo manifestaba que el sector privado debía tener una participación importante en la entrega de servicios de anticoncepción. Para el desarrollo de sus programas sobre la problemática de la población envió a médicos y sociólogos a entrenarse en centros especiales de Estados Unidos, Chile y México. No obstante las múltiples controversias y la oposición al control de la natalidad de parte de algunas organizaciones, el doctor Mendoza logró la vinculación de los programas en el Ministerio de Salud y la ayuda financiera de la Agencia Internacional para el Desarrollo, de los Estados Unidos.

El doctor Hernán Mendoza falleció en 1968 dejando esparcida una fructífera semilla humanitaria sobre control de la natalidad en Colombia; fue el pionero en el establecimiento de cursos sobre reproducción humana, demografía, paternidad responsable y anticoncepción.

El Ministro de Salud de entonces, doctor Antonio Ordóñez Plaja, se interesó en el programa de Planificación Familiar, motivo por el cual fue objeto de cuestionamientos, sobre la intervención oficial en estas actividades particulares de programas sobre estudios de población, los cuales supo manejar con altura y prudencia.

En el seno de ASCOFAME se organizó la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población como entidad independiente, sin ánimo de lucro, cuyo primer presidente fue el ex ministro Antonio Ordóñez Plaja. Esta Asociación, entre sus actividades, vinculó médicos, abogados, filósofos, sociólogos, profesores universitarios y un Jesuita para estudiar y difundir los conocimientos actualizados relacionados con la población y la salud reproductiva.

En agosto de 1965 se celebró en Cali la Asamblea Panamericana de Población, convocada por la Universidad de Columbia y el Population Council, y fue presidida por el ex Presidente Alberto Lleras Camargo, quien manifestó al respecto: “Para quienes no queremos que la humanidad de nuestra patria se ahogue en este abismo, por indiferencia y por imprevisión, la solución humana, la solución cristiana, la solución económica, la solución política es el control de la natalidad y cuanto antes mejor”.

En 1965 el ginecólogo especializado en la Universidad Nacional y los Estados Unidos Fernando Tamayo Ogliastri, estableció contactos con Instituciones Americanas y personalidades nacionales, con el objeto de promover las ideas sobre la práctica de la planificación familiar. Reunió un grupo de profesionales de diferentes disciplinas y se conformó la Junta Directiva de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana - PROFAMILIA, la cual recibió la personería Jurídica en 1966.

Los propósitos fundamentales consistían en fortalecer los programas de planificación familiar, facilitar la obtención de anticonceptivos, teniendo en cuenta los sentimientos, principios religiosos, decisión y deseos de las parejas, sin discriminación social ni económica.

La Federación Panamericana de Facultades de Medicina estableció en 1966 la División de Población dirigida por el ginecólogo doctor Jorge Villarreal Mejía, especializado en la Universidad Nacional y posteriormente en Estados Unidos. Presentó un interesante y variado material didáctico como “Guías diagnósticas de reproducción humana” en la Conferencia Panamericana sobre salud y población, celebrada en Bogotá en 1967. Algunas Escuelas médicas adoptaron en los programas docentes los temas de este material. También el doctor Villarreal organizó la Unidad de Orientación y Asistencia

Materna - ORIÉNTAME, con la finalidad de suministrar información y servicio con respecto a métodos anticonceptivos.

En 1973 se inició la Corporación Centro Regional de Población, bajo la presidencia del ginecólogo de la Universidad Nacional, especializado en los Estados Unidos, profesor Guillermo López Escobar y con la cooperación financiera de la Fundación Ford, el Population Council y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los objetivos de esta corporación consistieron en establecer relaciones de trabajo y consultoría con los ministerios de Salud y Educación. Desarrolló actividades relacionadas con economía y sus relaciones con población, educación sexual, demografía y distribución espacial de la población.

El Académico ginecólogo doctor Ricardo Rueda González, quien muy gentilmente me suministró estos interesantes datos históricos, fue también, uno de los pioneros de los programas de población en Colombia. Perteneció a la Junta Directiva de Profamilia durante 40 años y presidió la de la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población por largo tiempo. (166)

## **SALUD PÚBLICA EN BOGOTÁ**

### LA MEDICINA EN SANTAFÉ DURANTE LA COLONIA Y EL SIGLO XVIII

La medicina en Santafé durante la Colonia fue semejante a la de España en la época de la conquista: existían los médicos graduados, cuyos estudios se basaban en la teoría hipocrática; en categoría inferior estaban los cirujanos, cuyos oficios de naturaleza manual no les imprimía rango dentro de la sociedad, y por último, estaban los barberos, quienes rapaban la barba, practicaban sangrías, trataban las fracturas y extraían las muelas.

Los médicos creían que el organismo humano estaba compuesto por cuatro elementos fundamentales: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla, combinadas adecuadamente para conservar el equilibrio, y en caso de desequilibrio de estos elementos sucedía la enfermedad, la cual era tratada por medio de sangrías, ventosas, eméticos, purgantes, dietas, lavativas y emplastos.

Los primeros intentos de organizar una Escuela de Medicina los realizaron los religiosos de la Orden Dominicana en el siglo XVI y posteriormente el Colegio del Rosario, en 1758, pero fracasaron por carencia de docentes porque la medicina se consideraba una profesión indigna para personas de cierto rango social. También falló parcialmente la intención del Arzobispo Virrey Antonio Caballero y Góngora al reorganizar la Escuela de Medicina con carácter más científico en la época de la Ilustración, debido a que la tradición española consideraba que las personas de sangre pura, sin mancha sarracena o judía, desempeñaban las actividades de guerrero, eclesiástico, poseedor de tierras o labriego, y las profesiones prácticas, como la medicina, no contaban con las

connotaciones ético-religiosas, sino era de carácter eminentemente social, propia de los cristianos nuevos.

Contra las epidemias y pestes las gentes se veían obligadas a invocar los poderes sobrenaturales.

El Hospital San Juan de Dios tuvo licencia para vender el aguardiente, lo cual estaba prohibido, pues la gente lo empleaba como remedio eficaz para el tratamiento de la erisipela, la perlesía, el reumatismo, las llagas fistulosas, la gangrena, los apostemas, el catarro y la hidropesía.

El Protomedicato, establecido en Santafé en el año de 1589, tenía como finalidad vigilar el ejercicio de la medicina y aprobar o rechazar a los físicos, cirujanos, ensalmadores, especieros y herbolarios.

Los Protomédicos autorizaban a los cirujanos por medio de exámenes sobre su idoneidad, sin exigirles estudios. La actividad más común practicada por los cirujanos consistía en las sangrías, las amputaciones, tratamiento de las fracturas, úlceras, llagas, apostemas y tumores. A los especialistas en tratamiento de los huesos se les denominaba algebristas.

En Santafé, los médicos con formación científica, al principio de la Colonia, fueron muy escasos y sin estabilidad.

Los curanderos eran personas sin cultura, embaucadores y charlatanes; los barberos practicaban sangrías picando las venas o aplicando sanguijuelas y sacaban las muelas; las parteras desempeñaban intensa actividad, pero con absoluto empirismo y falta de mínima higiene, por lo que la mortalidad infantil era muy frecuente, hasta el punto de que la Iglesia las autorizó para bautizar a los niños moribundos.

Las epidemias que azotaron a la población, especialmente a los nativos, eran en gran parte importadas por los españoles, tales como viruela, tabardillo o tifo, sarampión, gripe y lepra; además, las consecuencias de las infecciones y desnutrición que traían los negros del África. En el año de 1633 sucedió una terrible epidemia de tifo.

Durante las epidemias, a los infectados se les segregaba en las casas o se les arrojaba a la calle sin ninguna consideración. Las gentes en las plazas encendían pebeteros y sahumeros para purificar el aire. Por la despoblación de los campos, debido a la muerte de los indígenas, se presentaron como consecuencia las grandes hambrunas de la población. Eran frecuentes las rogativas para aplacar las vindictas celestiales.

El primer hospital de Santa Fe, llamado San Juan de Dios, se estableció al principio a espaldas de la Catedral; estaba atendido por un médico, un cirujano, un barbero, un capellán, un mayordomo, una enfermera y dos negros para la cocina y el aseo, en el año de 1564. En el hospital también eran atendidos los militares enfermos o heridos, y como

si fuera poco, el hospital disponía de un sitio especial para los enfermos con trastornos mentales.

A mediados del siglo XVII, en Santa Fe, se estableció el primer hospicio, llamado Casa de Expósitos y Recogidas, cuya actividad primordial consistió en dar albergue a los recién nacidos, abandonados por sus madres, generalmente violadas o vergonzantes; con el tiempo, las casas de expósitos y los hospicios se convirtieron en centros de rehabilitación para pordioseros, vagos y ramera. (25) (51) (78)

## **SALUD PÚBLICA Y ABASTECIMIENTO DE AGUA EN BOGOTÁ**

Los santafereños, a principios de la época de la República, no acostumbraban el baño del cuerpo con mucha frecuencia, por la escasez de agua en la ciudad. Emprendían excursiones varias veces al año, los domingos con sol, para darse un baño en todo el cuerpo en los ríos limpios vecinos, como el San Cristóbal, el Arzobispo o el Tunjuelo. Algunos se bañaban en el solar de la casa con platonadas de agua tibia. Las señoras se bañaban la cara y las manos en el aguamanil de la alcoba, diariamente. Antes del baño tomaban una copa de mistela y después un chocolate caliente.

A finales del siglo XVIII Bogotá contaba con 18.000 habitantes de los cuales 1.000 eran religiosos; disponía de 31 templos aproximadamente y 13 monasterios.

El abastecimiento de aguas durante los primeros años de la República continuó como en la época de la Colonia, con grandes deficiencias.

El Municipio cedió el suministro de aguas a los rematadores privados, lo cual trajo grave detrimento del servicio, y por tanto el Cabildo reasumió la administración, hacia el año de 1838.

A mediados del siglo XVIII el servicio del suministro de aguas era desesperante y el Municipio puso en subasta la administración de las aguas, pero no se presentó ningún postor, pues existía el grave problema de la contaminación de las aguas potables con las aguas negras, que causaba complicaciones de salud pública, como la epidemia de la fiebre tifoidea, ocurrida en el barrio San Victorino en el año de 1870. El Municipio firmó un contrato con un ingeniero norteamericano para construir un depósito de aguas y la conducción a presión, por tuberías metálicas, en el año de 1877, pero el ingeniero incumplió.

En el año de 1882, sólo 300 inmuebles de Bogotá disponían de mercedes o pajas de agua. Las familias que no disponían de este servicio contrataban a las aguateras para que, en múcuras o cántaros les llevaran, agua a sus casas para el gasto diario doméstico. Estas familias disponían de 25 a 50 litros de agua diarios, que les servían para tomar, lavar la loza, el piso y para un ligero baño matinal. Las lavanderas se encargaban del

lavado de la ropa de la semana, en corrientes de agua fuera de la ciudad. En el aseo personal gastaban muy poca agua.

El Municipio de Bogotá suscribió un contrato con los señores Ramón Jimeno y Antonio Martínez, el 26 de julio de 1886, por medio del cual les concedió el privilegio exclusivo para establecer en Bogotá y Chapinero un acueducto con tubería de hierro, con el derecho de usufructuarlo durante setenta años. El Municipio entregó a la Compañía los derechos sobre las corrientes de agua, todos los acueductos, pilas y fuentes públicas con 325 pajas de agua. Autorizaba a la Empresa a cobrar las tarifas de agua a un precio de tres a diez pesos mensuales, con la condición de suministrar gratuitamente el agua para las fuentes y pilas públicas de la ciudad. El 2 de julio de 1888 se inauguró el acueducto con agua limpia a presión, por dos cañerías de hierro, que iban por las calles novena y once, de oriente a occidente.

El primer tramo de alcantarillado subterráneo fue construido a lo largo de la calle décima, entre carreras diez y once, en el año de 1872, el cual sustituyó los antiguos caños de superficie. En el año de 1923 se había construido alcantarillado en 66 cuadras.

La ciudad de Bogotá, en el año 1881, tenía 84.723 habitantes, y en 1905 contaba con cien mil habitantes, cuyo acrecentamiento se debía a la migración campesina hacia la ciudad, porque el número de nacimientos era inferior al de defunciones, fenómeno que fue disminuyendo paulatinamente hasta superar los nacimientos en la segunda década del siglo XX.

Las causas más frecuentes de mortalidad en las últimas décadas del siglo XIX fueron las epidemias de viruela, disentería, colerín, tifo, fiebre tifoidea y sarampión. También fueron causa de morbilidad y mortalidad al final del siglo, las enfermedades del sistema respiratorio, el cáncer y las enfermedades venéreas.

Las autoridades sanitarias de esta época pusieron en ejecución una serie importante de normas de higiene, supervisadas por inspectores, quienes practicaban visitas domiciliarias; además, se construyeron en la ciudad orinales públicos.

A principios del siglo XX el abastecimiento de agua era deficiente debido a la disminución de las fuentes de agua y a que los bogotanos habían adquirido la costumbre de bañarse en regadera y tina, con más frecuencia. En el año de 1910 la ciudad contaba con cuatro mil fuentes plumas de agua para el consumo.

En esta época, el Concejo de Bogotá se interesó por la compra del acueducto para el Municipio. En el año de 1921 se comenzó a aplicar cloro al agua del acueducto; algunos ciudadanos presentaron cierta oposición al principio, pero bien pronto se demostraron sus beneficios. Así se observó que en 1919 y 1920 hubo un promedio de 411 muertos por fiebre tifoidea, mientras que en 1921 y 1922 murieron 88 y 104 respectivamente, por esta enfermedad.

Debido a la escasez de agua, hacia 1924, surgió la venta de agua pura embotellada, a domicilio.

Hacia 1927 ya se habían construido los tanques de Vitelma y Egipto y una red de tubería de 90 kilómetros. Además, se habían instalado 73 hidrantes.

En la Sabana se presentó un intenso verano durante los años de 1927 y 1928, por lo que se determinó traer a la ciudad las aguas del Río Tunjuelito y construir el embalse del Neusa.

En el año de 1927 ya se había concluido la canalización del río San Francisco entre las carreras 2ª y 12ª; por esta época se creó la Junta de Pavimentación y Construcción del Alcantarillado de Bogotá.

En el año de 1930 se instalaron los primeros 600 contadores de agua en las casas, por lo cual se disminuyó el desperdicio del precioso líquido.

El Ministerio de Obras Públicas y el Municipio firmaron un contrato, mediante el cual se comprometían a aportar determinada suma de dinero para la construcción del acueducto de Bogotá, por medio del represamiento del Río Tunjuelo. La Compañía Sanders Eng. comenzó la construcción de la represa en abril de 1934. Por dificultades en el cumplimiento, el Ministerio tuvo que asumir directamente la dirección de la obra, hasta que la planta de Vitelma empezó a enviar diariamente a la ciudad 50.000 metros cúbicos de agua filtrada y purificada. Por esta fecha se contaba con 24.000 instalaciones y 8.500 contadores. Para abastecer de agua el norte de la ciudad se inició la conexión entre el tanque de Vitelma y el de San Diego, en 1938.

En mayo de 1942 la Empresa de Acueducto y el Instituto de Fomento Industrial conformaron la Compañía Nacional de Cloro, cuya planta se instaló al lado de Vitelma.

En el año de 1945 se iniciaron las gestiones para adquirir la hacienda El Hato y construir el embalse de Chisacá. (55) (123) (130) (149) (56)

## EPIDEMIAS

En 1849 se desató una epidemia de cólera entre los habitantes de la Costa Atlántica que causó más de 20.000 muertes, subió por el Magdalena y llegó a Bogotá con caracteres leves, pues afectó a 150 personas, pero ninguno fue fatal. Las autoridades de Bogotá emprendieron algunas medidas de aseo que fueron pasajeras.

Los bogotanos sufrieron una mortífera epidemia de viruela en 1864 y otra entre los años de 1881 y 1882.

Al final del siglo XIX se presentaron algunas epidemias de disentería, colerín, tifo, fiebre tifoidea y sarampión, que causaron alta mortalidad infantil.

Las condiciones de higiene y salud pública de Bogotá eran pésimas. En octubre de 1918 la afectó una terrible epidemia de gripa que llegó a infectar a 40.000 personas en la ciudad y causó la muerte de centenares de enfermos, hasta el punto que, en algunos barrios, sucumbió el 90% de la población. Fue tan alta la mortalidad que se llenó la capacidad del anfiteatro y se agotaron los esfuerzos de los sepultureros. La morbilidad paralizó la ciudad, porque la mayoría de los habitantes estaban enfermos.

Antes de 1921, año en que se inició la purificación del agua del acueducto con cloro, se presentaban, con cierta frecuencia, epidemias de fiebre tifoidea. (39) (50) (129)

### **FUNCIONAMIENTO DE LA SECRETARÍA DE HIGIENE DE BOGOTÁ D.E., EN EL AÑO 1958**

La Secretaria de Higiene de Bogotá estaba dirigida por un Secretario y un Subsecretario con las siguientes secciones administrativas: Odontólogo Jefe, Enfermera Jefe, Asistente Social Jefe, Órganos de los Sentidos Jefe, Kárdex y Correspondencia, Sección Legal, Administración, Caja, Oficina de Dibujo, Almacén, Investigación Endocrinológica e Higiene Industrial.

Comprendía los siguientes Departamentos: Materno-Infantil, Epidemiología y Bioestadística, Nutrición, Ingeniería y Salud Pública, Educación Sanitaria, Jurídico, Hatos y Alimentos, Aseo, Protección Social, Laboratorio de Salud Pública, Laboratorio Bromatológico, Desinfecciones y Desinsectizaciones.

Disponía de 26 Centros de Higiene distribuidos en la Ciudad y poblaciones vecinas.

Contaba con las siguientes Instituciones de Asistencia Social: Siervas de Cristo Sacerdote, Camitas Blancas, Dormitorios de Niños Desamparados, Gota de Leche Andrés Bermúdez, Asilo de San Antonio, Amparo de Niños, Patronato de Presas, Casa de San Vicente, Bethania, Jardín Infantil Obrero, Casa de la Madre y el Niño, Hermanas de la Sabiduría, Leche para Niños Hijos de Tuberculosos, Instituto Roosevelt, Colegios de las Hijas de María de la Enseñanza. Además, contaba con la cooperación de los Hospitales de La Misericordia, Infantil y San Juan de Dios, para la atención de los enfermos graves o que necesitaran procedimientos quirúrgicos o de definición de diagnóstico.

Los servicios de protección materno-infantil realizaban consultas prenatales, control de la embarazada, consultas posnatales y enseñanzas prácticas en el Club de Madres. También hacían consultas de puericultura y de pediatría para los niños, desde el recién nacido hasta la edad de 7 años.



El Departamento de Epidemiología y Bioestadística era dirigido por un Médico Jefe, con su secretaria, y disponía de los Servicios de Laboratorio, Salud Pública, Oficina de Registro Civil, oficiales y auxiliares de estadística, estadígrafo, dibujante, campaña antirrábica, Hospital de los Alisos y Recolector. Además, contaba con la coordinación epidemiológica de los respectivos Centros de Higiene.

El Departamento de Ingeniería de Salud Pública era dirigido por el Ingeniero Jefe del Departamento, quien disponía de la colaboración de los Inspectores de Escuelas, de B.C.H., de Agencias, con Oficina de Radicación, Fumigaciones, Mecanotaquígrafa, Oficial de Patentes, Auxiliar de Saneamiento con sus respectivos revisores e inspectores, en cada Centro de Higiene.

El Departamento de Educación Sanitaria, estaba dirigido por un Jefe del Departamento con su Asesor Técnico y de Coordinación, Planeación y Adiestramiento de Personal, bajo la cooperación de los servicios de foto-cinematografía, biblioteca, archivo sanitario y publicaciones, Multilith e impresos, dibujo y gráficos, epidemiología, nutrición, materno-infantil, saneamiento, medicina escolar y odontología, enfermería sanitaria y asistencia social.

Los Centros de Higiene eran comandados por un Director, con su secretaria, con la colaboración de médicos puericultores, pediatras y obstetras, un odontólogo jefe y otro auxiliar, revisor e inspector de sanidad, enfermera jefe, enfermeras auxiliares, asistente social y sirvientas.

La Sección de Odontología Sanitaria estaba dirigida por un Odontólogo Jefe, quien contaba con un sector administrativo y otro técnico o científico y la colaboración laboral de Odontólogos en cada centro de Higiene. (166)

### **SISTEMA DE SALUD DE BOGOTÁ D.E., EN 1973**

El Presidente de la República autorizó al Alcalde Mayor de Bogotá, elevar a la categoría de Secretaría de Salud del Distrito, a la Dirección Municipal de Higiene, la cual era una dependencia de la Administración Distrital.

Sus principales objetivos eran:

- Propender por la salud de la comunidad a través de una vigilancia y control sistemático, de lo que pueda incidir en su alteración o menoscabo.
- Elaborar planes y programas para promoción, protección y recuperación de la salud, en función del hombre y de su medio ambiente.
- Prevenir las enfermedades y adelantar campañas de salud.

La Secretaría contaba, para las campañas de asistencia social, con el Ministerio de Salud Pública, bajo la coordinación del PINA, el INPES y el Ministerio.

## REGIONALIZACIÓN E INTEGRACIÓN

En 1971 la ciudad se dividió en cuatro áreas y en 1973 se evaluaron y se pusieron en vigencia los siguientes aspectos fundamentales:

Cada área contaba con un Hospital Universitario.

La población que necesitaba la atención institucional era proporcionalmente igual.

El número de Centros era igual, en lo posible, para cada área.

Existía facilidad de transporte dentro de las diferentes áreas para su correcto funcionamiento.

La parte geográfica correspondiente a cada Centro de Salud se denominaba Zona de Salud y el conjunto de las Zonas de Salud se denominaba Área.

Cada Área contaba con un Centro de Salud Sede, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Que tuviera facilidades locativas para la instalación del equipo de supervisión.
- Que quedara equidistante de sus Zonas de Salud.
- Que tuviera facilidad de transporte.

En esta época los Hospitales Universitarios no contaban, cada uno, con los cuatro servicios básicos para la hospitalización; así, el Hospital San Juan de Dios sólo atendía pediatría hasta el primer año de edad; el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos no contaba con servicios de medicina interna, ni cirugía general para adultos; el Servicio de Maternidad del Hospital San Ignacio era insuficiente para la atención de la población del Área asignada. El único hospital que disponía de la mayoría de los servicios para la atención de la salud de la población era el San Juan de Dios.

Se consideró indispensable la regionalización, de acuerdo con la existencia de los servicios hospitalarios.

La Secretaría de Salud de Bogotá organizó, para cada Área, un equipo de supervisión que estaba integrado por los siguientes funcionarios: un médico, un odontólogo, un ingeniero, un veterinario, un químico farmacéutico, una enfermera, un educador sanitario, un supervisor de estadística y un visitador de saneamiento.

Para poner en práctica la regionalización se imponía establecer contratos con los respectivos Hospitales y determinar una tarifa única para la atención de los enfermos; además, disponer de un presupuesto adecuado para el funcionamiento de los Centros de

Salud y la adquisición de los equipos y elementos indispensables para la atención de urgencias.

La distribución geográfica de los Hospitales en la ciudad no era la adecuada y sólo contaba con un Hospital general, el San Juan de Dios, donde se atendía todas las urgencias de Bogotá y poblaciones vecinas.

Se hizo indispensable poner en práctica la regionalización en la ciudad, para establecer acuerdos con los Hospitales y centros de urgencias existentes en las diferentes zonas de salud y practicar la ilustración de las gentes por medio de campañas de publicidad sobre la posibilidad de atención en los diferentes sitios, según las necesidades de salud de la población. También era importante la divulgación de los programas de salud y emergencias, para el público en general, por medio de los diferentes medios de comunicación.

Por medio del Acuerdo No. 14 de 1971, se organizó el Servicio Seccional de Salud de Bogotá, entidad administrativa con carácter de fondo financiero y de establecimiento público distrital, dirigido por una Junta Directiva, integrada así:

- Alcalde Mayor de Bogotá, quien la presidía
- Un representante del Ministerio de Salud Pública
- El Director del ICSS o su delegado
- Cuatro representantes del Concejo del Distrito Especial y sus Suplentes
- Un representante de la Asociación Colombiana de Hospitales
- El Personero del Distrito Especial de Bogotá
- El Secretario de Salud Pública del Distrito Especial de Bogotá

Su principal objetivo era lograr la coordinación e integración de las acciones de salud, procurando racionalizar la distribución y utilización de los recursos.

## **SERVICIOS DE SALUD EN BOGOTÁ, EN 1976**

La Secretaria de Salud de Bogotá dependía directamente de la Alcaldía Mayor y estaba fusionada con el órgano administrativo del Ministerio de Salud, denominado Servicio de Salud de Bogotá.

### **ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD**

El Sistema de Salud de Bogotá funcionaba con tres subsistemas: Asistencia Pública (Sistema Nacional de Salud), Seguridad Social y Privado.

La Asistencia Pública atendía las dos terceras partes de la población y los otros dos aproximadamente un 17 % cada uno.

Entre las principales funciones que desempeñaba el Servicio de Salud de Bogotá se desatacaban: la prestación de atención médica primaria en los Centros de Salud y algunos Hospitales locales; la colaboración financiera a los Hospitales regionales y universitarios adscritos y vinculados al Sistema Nacional de Salud; la evaluación y el control de los servicios propios y de otros subsistemas de salud.

El Sistema Nacional de Salud en Bogotá estaba compuesto por varias Instituciones Públicas y Privadas, inscritas y vinculadas al Servicio de Salud de Bogotá; Hospitales Universitarios, regionales, locales o comunitarios; Centros y Puestos de Salud, los cuales representaban aproximadamente la mitad de las camas hospitalarias y cerca del 60 % de la consulta ambulatoria que se efectuaba en la ciudad.

Para coordinar esta atención médica, el Servicio de Salud de Bogotá dividió la ciudad en cuatro regionales, cada una de las cuales tenía como base un Hospital Universitario y contaba con los Hospitales incluidos en su Zona, lo mismo que los Centros y Puestos de Salud.

La estructura del Servicio de Salud de Bogotá estaba integrado por cuatro secciones principales:

- a) Dirección financiera, encargada de los aspectos económicos
- b) Dirección de Sanidad Ambiental, dedicada al control del medio ambiente, de alimentos, zoonosis y del funcionamiento de establecimientos públicos
- c) Dirección administrativa cuya función estaba relacionada con el manejo de personal.
- d) Dirección de atención médica, que era la coordinadora de las actividades de los Centros de Salud y de los Hospitales de la Ciudad.

## RECURSOS DE SALUD

En el año de 1976 existían en Bogotá 67 entidades hospitalarias distribuidas así:

- 4 Hospitales Universitarios
- 27 Hospitales especializados
- 31 Hospitales generales no universitarios
- 5 Instituciones de atención mental y geriátrica

Estas Instituciones disponían de 8.556 camas en total, de las cuales 3.861 eran de asistencia pública, 2.177 del Seguro Social y 2.518 de carácter privado; más de la mitad de estas camas estaban destinadas a enfermos adultos, 929 a niños, 551 al servicio de gineco-obstetricia, 957 a enfermos mentales y 1.184 a otras especialidades.

A la ciudad de Bogotá le correspondían 2.5 camas por cada mil habitantes.

Bogotá contaba, para la atención primaria o de consulta externa, con 64 Centros de Salud, 10 Puestos de Salud, 530 consultorios privados registrados y los consultorios

hospitalarios que atendían la mayoría de las urgencias, en una proporción del 32 % aproximadamente.

Por esa época existían en Bogotá 4.720 médicos inscritos, de los cuales la tercera parte eran cirujanos, 17.6 % ginecoobstetras, 16.6 % médicos generales, 15 % médicos internistas, 14 % pediatras y 4.3 % estaban dedicados a la Salud pública. También se contaba con 1.119 odontólogos, 416 farmacéuticos, 669 enfermeras graduadas y 7.690 auxiliares de enfermería.

En 1976 en Bogotá, estudiaban ciencias de la salud 8.538 personas, repartidas así:

Medicina:	3.547 estudiantes, con 213 graduados anuales
Odontología:	13.334 estudiantes, con 109 egresados anuales
Enfermería:	669 estudiantes, con 71 egresados anuales
Auxiliares de enfermería:	670 estudiantes, con la totalidad de egresos
Nutrición:	374 estudiantes, con 38 egresados anuales
Bacteriología:	1.914 estudiantes, con 210 egresados anuales

(50) (102) (123) (166)