



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia

Marlín Téllez Pedroza

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá D.C., Colombia
2011

Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia

Marlín Téllez Pedroza

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Salud Pública

Director:
Doctor Emilio Quevedo Vélez

Línea de Investigación:
Estudios sociales de las profesiones y la educación profesional
Grupo de Investigación:
Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá D.C., Colombia
2011

Agradecimientos

Al Creador, porque experimenté su acción a través de varias “coincidencias perfectas” que me condujeron hacia este desarrollo.

A la Universidad Nacional de Colombia, por acogerme como estudiante mediante una Beca de estudios de posgrado que me fue otorgada por el Consejo de Sede de la Universidad.

A los funcionarios del Archivo Central y de la Biblioteca “Jorge Bejarano” del Ministerio de la Protección Social, especialmente a Jair Bernal Bernal, técnico administrativo del archivo; a Jorge Rojas, auxiliar administrativo; a Jorge León Martínez, profesional especializado de la Biblioteca y a Carlos Ricardo Alvarado, auxiliar administrativo; por su atención cordial y por facilitarme el acceso a las fuentes documentales.

A mi director de tesis, el Doctor Emilio Quevedo Vélez, por su tutoría y a todos aquellos quienes hicieron aportes intelectuales a mi trabajo de investigación.

A mis padres, Nelson H. Téllez y Marlene Pedroza y a mi hijo, Andrés F. Malagón, por su paciencia y apoyo incondicional.

Resumen

Esta investigación reconstruye históricamente el proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia en 1953, a partir de un análisis institucional. Para ello, se aplica el modelo de estudio de los Ministerios en Colombia, propuesto por el grupo de investigación "Organizaciones y Gerencia Pública" de la Escuela Superior de Administración Pública y se elabora un relato en el que, de manera diacrónica, se describe la trayectoria del Ministerio de Higiene, creado en 1946, hasta su transformación y cambio institucional acontecido en 1953. Finalmente, se concluye que el surgimiento del Ministerio de Salud Pública responde al proceso de institucionalización de la salud pública en Colombia y que en su origen, a pesar de la confluencia de múltiples factores promotores del cambio, el diseño deliberado fue un factor determinante.

Palabras clave: Historia, análisis institucional, ministerio, salud pública, Colombia.

Abstract

This research reconstructs historically the process of creating Ministry of Public Health in Colombia in 1953, from an institutional analysis. In order to do that, we apply the study model "Ministries in Colombia", proposed by the research group "Organizations and Public Management" at the School of Public Administration and we develop a treatise where, in a diachronic way, is described the path of the Ministry of Health, created in 1946, until its transformation and institutional change, occurred in 1953. Finally, we conclude that the rise of Ministry of Public Health is related to the process of institutionalization of public health in Colombia, and in its origin, despite the confluence of many factors promoting change, its deliberate design was a key factor.

Keywords: History, institutional analysis, ministry, public health, Colombia.

Contenido

Resumen	IV
Lista de figuras.....	VII
Lista de tablas.....	VIII
Introducción	1
1. Objetivos.....	6
1.1 General.....	6
1.2 Específicos	6
2. Justificación.....	7
3. Marco Teórico Metodológico	12
3.1 Fundamentos para el análisis institucional.....	13
3.1.1 Bases conceptuales del análisis organizacional.....	16
3.1.2 Bases conceptuales del análisis institucional.....	17
3.2 El modelo para el análisis de los ministerios.....	18
3.2.1 El nivel organizacional	19
3.2.2 El nivel de campo organizacional.....	19
3.2.3 El nivel institucional	19
3.2.4 Las variables	22
3.3 Diseño operacional.....	23
4. Capítulo I: El tránsito de la higiene a la salud pública en Colombia.....	26
4.1 Hacia un Ministerio de Higiene.....	26
4.2 La llegada de la higiene a Colombia.....	34
4.3 La bacteriologización de la higiene.....	36
4.4 De la higiene bacteriologizada a la medicina tropical.....	37
4.5 La salud pública norteamericana.....	37
4.6 Llega la salud pública a Colombia	40
5. Capítulo II: La confluencia de dos instituciones	45
5.1 El panorama nacional en 1946	45
5.2 La idea de un nuevo Ministerio.....	50

5.3	El diseño de un Ministerio de Salud Pública	59
5.4	La implementación del plan.....	72
5.5	La trayectoria institucional (1946-1953).....	72
5.5.1	El Ministerio en 1947: Del liberalismo oficial al populismo de Gaitán	76
5.5.2	El Ministro Bejarano de vuelta en la dirección.....	88
5.5.3	La organización de la salubridad nacional	94
5.5.4	La dirección de Alonso Carvajal en el Ministerio.....	107
5.5.5	La dirección de Alejandro Jiménez Arango en el Ministerio	116
6.	Capítulo III: El cambio institucional	122
6.1	Se perfila un nuevo Ministerio.....	122
6.2	Un Ministerio de Salud Pública en Colombia.....	127
6.3	¿En qué cambió el Ministerio?	131
6.3.1	Estructura organizacional.....	131
6.3.2	Recurso Humano.....	137
6.3.3	Apropiación y uso de recursos financieros.....	141
7.	Conclusiones.....	146
	Anexo A: Perfil funcional del Ministerio de Higiene.....	150
	Anexo B: Decretos que modifican la estructura organizacional del Ministerio de Higiene (1947-1953)	155
	Anexo C: Comisiones encargadas a funcionarios del Ministerio en el año 1953	158
	Anexo D: Perfil funcional del Ministerio de Higiene en el periodo 1947-1953.....	160
	Anexo E: Esquema de actividades	166
	Anexo F: Cambios en la estructura de los recursos humanos	168
	Anexo G: Decretos presidenciales sobre personal expedidos entre 1947 y 1953.....	180
	Bibliografía	182

Lista de figuras

Figura 3-1: Modelo analítico: Proceso de institucionalización – construcción de identidad	20
Figura 5-1: Organigrama del Ministerio de Higiene en 1947.....	49
Figura 5-2: Organización del Ministerio propuesta por la Misión Currie	58
Figura 5-3: Organigrama del departamento de salubridad	109
Figura 6-1: Organigrama del Ministerio de Salud Pública en 1953	130
Figura 6-2: Organismos de la salubridad nacional	139
Figura 6-3: Recursos del presupuesto nacional destinados al Ministerio de Higiene 1947-1953	142
Figura 6-4: Recursos del presupuesto nacional destinados al Ministerio 1947-1953.....	142
Figura 6-5: Porcentaje de incremento anual en el presupuesto del Ministerio.....	143
Figura 6-6: Comparación del porcentaje de incremento anual en el presupuesto del Ministerio y el presupuesto nacional	143

Lista de tablas

Tabla 4-1: Desarrollo del Ministerio de Higiene a través de la legislación colombiana 1886-1946	26
Tabla 5-1: Labores realizadas por el SCISP en el periodo de Julio 1 de 1951 a Junio 30 de 1952	66
Tabla 5-2: Apropiaciones del Ministerio para la vigencia 1949	89
Tabla 5-3: Personal activo en salud pública según profesión.....	100
Tabla 6-1: Cambios en la estructura de recursos humanos en el Ministerio	138
Tabla 6-2: Organismos sanitarios del Ministerio de Higiene al finalizar el año 1952	140
Tabla 6-3: Asignación presupuestal para el Ministerio dentro del presupuesto nacional	141
Tabla 6-4: Asignación presupuestal en el Ministerio de Salud Pública para el año 1954.....	144
Tabla 6-5: Asignación presupuestal en el Ministerio de Higiene para el año 1953.....	145

Introducción

Esta investigación se desarrolló como un subproyecto dentro del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, bajo la dirección del profesor Emilio Quevedo Vélez y desde su surgimiento fue enriquecida por las discusiones del Grupo de Historia de la Medicina y la Salud, inscrito al Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano, de la Universidad Nacional de Colombia.

La investigación adelantada anteriormente en este Centro de Historia por el profesor Quevedo, con respecto a la institucionalización de la salud pública en Colombia, le había permitido identificar un vacío en el conocimiento acerca de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1953, por la escasez de estudios específicos sobre ese tema. Posteriormente, durante las discusiones de trabajo en el grupo de investigación, se concibió la idea de explorar la trayectoria institucional¹ del Ministerio de Higiene, creado en 1946, hasta el cambio institucional² acontecido en 1953 y de profundizar la variable contextual en este periodo, por su incidencia en los cambios de orientación del quehacer de los ministerios. Este interés, más tarde se concretó como una investigación encaminada a reconstruir históricamente el proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia.

Siendo el Ministerio una institución³ de la rama ejecutiva del poder público, se inició la búsqueda de un método de investigación ecléctico para el estudio de este tipo de instituciones⁴. En este proceso de búsqueda se encontró el modelo propuesto por el grupo de investigación “Organizaciones y Gerencia Pública” de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), el cual fue seleccionado dado que en un principio sus interpretaciones se consideraron las más útiles a nuestro objeto de estudio⁵. Sin embargo, al aplicarlo se identificó que el

¹ La trayectoria histórica de una institución permite explicar cómo se pasa de un estado a otro de la institución y como esta misma depende de los estados anteriores, lo cual implica un análisis histórico para determinar qué ha variado y qué ha permanecido invariante (Barrera, et al., 2007: 34).

² Lourau (1975) aborda el cambio como proceso en el que identifica tres momentos: lo instituido, lo instituyente y la institucionalización. En particular, son las fuerzas instituyentes, las que al negar lo instituido construyen una nueva forma de institucionalidad, para la cual la institucionalización aparece, como el momento de superación de la contradicción, es decir, de reconstrucción institucional.

³ En general se puede decir que las instituciones son el conjunto de valores, normas, reglas, rutinas y procesos que se desarrollan en un determinado entorno organizativo y que inciden directamente en la actuación desarrollada por los distintos actores implicados, dirigiendo y limitando su comportamiento (Salvador, 2001; citado por Barrera, et al., 2008: 27).

⁴ Las instituciones políticas, administrativas y sociales no son más que una variedad de instituciones, las cuales están ligadas en mutua determinación e influencia, pues hacen parte de un sistema estratificado y coherente, un orden a cuya reproducción contribuyen (Barrera, et al., 2007: 47).

⁵ El modelo se seleccionó porque comprende el cambio institucional como un proceso complejo y dinámico, en el cual la institución vive una permanente lucha entre las fuerzas de lo instituido, que tratan de mantener el orden establecido y las fuerzas de lo instituyente, que como antagónicas, se oponen a las reglas instituidas e implican su negación. La permanente contradicción es lo que mantiene a la institución en un “equilibrio inestable” y la dominación de unas fuerzas sobre otras es lo que determina el cambio. Esta postura supera la abstracción y la reducción propias del enfoque tradicional, pues cada proceso de cambio sería único, de modo que ya no sería cierto que conociendo una institución se conocen todas, ni que ésta debe separarse en sus partes, para conocer el todo. Adicionalmente, este

modelo, como simplificación de la realidad, poseía sus propias limitaciones⁶. Por tanto, el análisis institucional⁷ aportado por este modelo fue enriquecido con el análisis historiográfico, con el propósito de elaborar un relato que integrara de forma más creativa los contextos específicos, en los que se enmarcó el surgimiento de la nueva institución.

El problema de investigación

La primera mitad del siglo XX en Colombia estuvo caracterizada por el frecuente cambio de las instituciones estatales encargadas del manejo de la salud. Desde la Junta Central de Higiene, creada en 1886, como dependencia del Ministerio de Fomento, hasta la Dirección Nacional de Salubridad, creada en 1945, como dependencia del Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social, la higiene y la asistencia pública fueron reubicadas en diferentes instituciones⁸ del Estado alrededor de 15 veces. En esta agitada dinámica institucional, cada uno de los cambios era entendido por sus promotores como el mejor desarrollo posible hasta ese momento⁹, ya que los individuos procuran el restablecimiento de relaciones armónicas entre las representaciones de su mundo interno y su percepción del mundo externo (Schvarstein, 1998: 67). Pero en conjunto, esta rotación sin precedentes, evidenciaba una estructura sanitaria en construcción en donde la afiliación de la higiene a diferentes ministerios

modelo aporta un enfoque interpretativo que se caracteriza por su eclecticismo consecuente y también porque propone una metodología novedosa para la realización del análisis institucional de los ministerios en Colombia.

⁶ Las limitaciones encontradas comprenden: la realización de síntesis analíticas que estrechan la aprehensión del devenir histórico, es decir que la realidad desborda la capacidad explicativa del modelo y en consecuencia esta tiende a ajustarse de manera forzada al mismo; uso de palabras técnicas y conceptos que son explicados insuficientemente y que dificultan la comprensión al lector no especializado (p.ej., agente, entidad, arreglo institucional, entre otros); esquematización de las variables del modelo sin ninguna jerarquización que lo vuelven “aséptico”. Ante la dificultad de encontrar otro modelo y aún más, de idear uno nuevo que superara estas limitaciones, se optó por no presentarlo de manera estricta en el documento, pero sí incorporar algunas de las bases conceptuales que se tomaron de este y los resultados obtenidos con su aplicación.

⁷ El enfoque del modelo busca unir el análisis organizacional, particularmente el proveniente del paradigma de la complejidad expuesto por Etkin y Schvarstein, con el análisis neoinstitucional proveniente del análisis sociológico, económico y administrativo. Se centra en la concepción de que no puede desvincularse el análisis de una organización de la estructura institucional de la que hace parte y ayuda a modelar (Barrera, et al., 2007: 59). Se remite al lector al marco teórico metodológico del modelo seleccionado que aparece posteriormente en este documento.

⁸ Algunos autores utilizan la expresión “aparato administrativo estatal”, pero según Roth (2002) esta expresión surge de una lectura del Estado que se apoya sobre una administración concebida mecánicamente, como un *instrumento* o un *aparato* (Roth, 2002: 212).

⁹ Tal es el caso del Doctor Nicolás Osorio, que según Pablo García Medina, fue quien propuso la creación de la Junta Central de Higiene y además fue uno de sus miembros. García Medina, consideraba que “para la Junta, los trabajos trascendentales que tenía preparados representaban una labor de la mayor importancia, que redundará en el beneficio de todos los habitantes de la República” (Quevedo, et al, 2004: 66).

respondía a las relaciones que mantenía el Estado con el “campo de la salud”¹⁰ y al cambio en la noción de higiene y su vinculación con el mundo del trabajo (Eslava, 2002: 52)¹¹.

Finalmente, la higiene alcanzó una relativa estabilidad institucional en 1946 cuando fue creado el Ministerio de Higiene como un ente¹² independiente. Dicho Ministerio había surgido a partir de una serie de decisiones públicas que crearon las instituciones básicas del sistema de salud de Colombia a mediados de la década de los 40 del siglo XX, entre las que se encuentran la Caja Nacional de Previsión en 1945, entidad que se encargaría de la seguridad social de los trabajadores del Estado del orden nacional; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene, en 1946, el primero destinado a la seguridad social de los trabajadores del sector privado, y el segundo, a la atención de los pobres mediante la asistencia pública y la beneficencia privada y a la aplicación de las medidas de higiene pública y privada (Hernández, 2000: 7). Pero este Ministerio, que ha atraído la mirada de la mayor parte de los investigadores de la historia social de la salud en Colombia, por haber surgido en una coyuntura institucional de gran intensidad¹³ y por ser el primero en imprimir autonomía institucional a la higiene en Colombia, dejó de existir algunos años después, cuando se creó el Ministerio de Salud Pública en 1953. El nacimiento de esta nueva institución es un suceso histórico poco explorado, debido en parte a que se ha visto opacado por su antecesor, por las razones ya mencionadas, a pesar de haber tenido éxito en desempeñarse efectivamente como institución, pues participó en el mejoramiento de los indicadores de salud y permaneció por más tiempo como cabeza del sector que el Ministerio de Higiene.

Determinar la génesis del Ministerio de Salud Pública puede parecer algo sencillo si se recurre al enfoque tradicional amparado bajo el paradigma de la simplicidad, con el que se estudiaría a la organización en sí misma, como separada del resto del mundo y en la cual el proceso de creación del Ministerio aparecería como un acontecimiento lógico dentro de una cronología lineal y progresiva. En consecuencia, bastaría acudir al institucionalismo normativo y decir que el Ministerio de Salud Pública fue creado por el Decreto 948 de abril 16 de 1953 y que fue, bajo el supuesto de la existencia de una causalidad lineal, la expresión de la voluntad del legislador. Pero cuando se rompe esta tradición científica, y desde el neoinstitucionalismo, surgido en la década del 80 del siglo XX, se opta por una aproximación metodológica diferente, comienza a utilizarse una nueva estrategia de investigación del surgimiento de las instituciones administrativas estatales en la cual la complejidad es el referente teórico que obliga a concentrarse en las dinámicas de cambio y transformación institucional. A partir de

¹⁰ Tradicionalmente se ha usado la noción de campo como sinónimo de “territorio” o “ámbito”, con lo cual se establece un sentido de precisión topográfica. Pero más allá de este sentido inicial Pierre Bourdieu ha acuñado el término “campo” con un sentido más complejo como “espacios estructurados de posiciones”. Según Bourdieu: “un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios” por lo tanto, “la estructura del campo es un estado de la relación de fuerza entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha, o si ustedes prefieren, de la distribución del capital específico que ha sido acumulado durante luchas anteriores y que orientan las estrategias ulteriores” (Bourdieu, 1990, citado por Eslava, 2004: 19).

¹¹ Este tema se desarrolla en el Capítulo I. Para mayor profundidad se remite al lector a dicha sección pues por ahora solo interesa dar énfasis a la agitada dinámica institucional en salud en la primera mitad del siglo XX en Colombia.

¹² Según el Diccionario de la Lengua Española (2005), “ente” se define como “lo que es, existe o puede existir” (concepto filosófico), pero también se define como asociación u organismo, particularmente cuando se quiere recalcar su vínculo al Estado: ente público.

¹³ Mario Hernández ha denominado esta coyuntura institucional como la “fractura originaria de la organización de los servicios de salud”, en la cual la multiplicidad de formas de prestación de los servicios de salud que se venían desarrollando desde comienzos del siglo XX en Colombia, nunca se logró llevar hacia la integración por vía del Estado Nacional y que se acentuó como característica del sistema de salud colombiano, a mediados de los años cuarenta, cuando fueron creadas las instituciones básicas del sistema (Hernández, 2000: 7).

dicho modelo de análisis, que se detalla posteriormente, el presente texto pretende ir más allá de la génesis de la institución, para dedicarse a analizar los hechos históricos del proceso por el que ocurre la confluencia entre la nueva y la vieja institución o entre las tendencias divergentes en torno de ellas; respondiendo a las siguientes preguntas: ¿por qué el Estado colombiano decidió transformar el Ministerio de Higiene, creado en 1946, por un Ministerio de Salud Pública, sólo siete años después?, ¿cuáles fueron los factores promotores del cambio institucional?, ¿qué actores sociopolíticos¹⁴ estuvieron involucrados en el mismo? y ¿qué cambió específicamente en la institución, en cuanto a la estructura, los procesos, los resultados, las relaciones, etc.?

En el intento por dar respuesta a estas preguntas, en este documento se relatan los antecedentes institucionales del Ministerio de Salud Pública, remontándose a 1920, por ser el año en el que llegó la salud pública norteamericana a Colombia, aunque ésta investigación se circunscribe al periodo 1946 - 1953. El punto de partida fue escogido por ser el año en el cual tuvo lugar la institucionalización¹⁵ de la salud pública en Colombia en cabeza de un Ministerio, con la creación del Ministerio de Higiene y el punto de corte se tomó por ser el momento en que se produjo el cambio institucional, con la creación del Ministerio de Salud Pública.

El relato del proceso histórico acontecido en el transcurso de más de seis años se efectuará en tres capítulos que ofrecen un análisis diacrónico del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública. En el Capítulo I se estudiará el proceso previo a la institucionalización de la salud pública¹⁶ en Colombia, en cabeza de un ministerio, ofreciendo los antecedentes en el periodo 1920 - 1945. En el Capítulo II, se caracterizará el contexto social, político y económico de Colombia en el año 1946. Así quedará planteado el panorama nacional que será el punto de partida para abordar la coyuntura de creación del Ministerio de Higiene, antecesor inmediato del Ministerio de Salud pública. Luego, se presentará el diseño institucional del Ministerio de Salud Pública y la trayectoria institucional entre 1946 y 1953. En el Capítulo III, se analizará el perfilamiento del Ministerio de Salud Pública y la decisión final de su creación, teniendo como marco el contexto histórico colombiano en 1953. Finalmente, se presentará de manera detallada, la organización institucional del nuevo Ministerio de Salud Pública, para dedicarse

¹⁴ Se utiliza la noción de actores sociopolíticos elaborada por Mario Hernández (2000), según el cual, en el sentido Bourdiano “los actores sociopolíticos del campo de la salud son todos aquellos que compiten por este capital simbólico y material al que denominan salud, y que están dotados de intereses y capacidades específicas que les permite defender modelos de organización sectorial que supone una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en él” (Hernández, 2000: 11).

¹⁵ La institucionalización es el momento de incorporación de lo instituyente sobre lo instituido. Constituye un fenómeno general de todos los sistemas sociales extensivos y permanentes, de manera que no es un fenómeno aislado o particular. La institucionalización es un proceso a través del cual las conductas, las reglas y los procedimientos adquieren valor y estabilidad, son predecibles, se dan por sentadas y adquieren el carácter de normas en el pensamiento y la acción social. La creación de un Ministerio se puede entender como institucionalización en la medida en que hay un reconocimiento y aceptación (legitimidad) de lo que se está institucionalizando y se hace menos vulnerable a la intervención (Barrera, et al., 2008: 41- 43).

¹⁶ En el proceso de institucionalización una organización se hace estable y adquiere una vida autónoma, lo cual implica un proceso de afirmación de la identidad en el sentido de que esta aparezca como separada de sus creadores y funcionarios, con voluntad autónoma. En este sentido, el proceso de desinstitucionalización ocurre cuando la estabilidad y vida autónoma, que se consiguen en unos momentos históricos se pierde en otros posteriores o porque los procesos de afirmación de identidad institucional son tan complejos como los de las personas que integran esas instituciones y pueden sufrir crisis recurrentes o pérdidas de identidad. De igual manera, el proceso de institucionalización que se da a través de la definición y asunción de roles, funciones y posiciones dentro del arreglo institucional puede verse afectado por cambios dentro de la propia institucionalidad, de manera que se abandonen roles o funciones y por tanto se abandonen posiciones antes asumidas o se intente asumir otras nuevas (Barrera, et al., 2008: 43).

al análisis del cambio institucional delimitando los factores de tipo endógeno y exógeno que lo promovieron.

1. Objetivos

1.1 General

Reconstruir históricamente el proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia desde una perspectiva institucional.

1.2 Específicos

- Efectuar un análisis institucional del Ministerio de Salud Pública y su antecesor el Ministerio de Higiene.
- Identificar los momentos clave del acontecer histórico en el proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia, definiendo los actores, los intereses y las dinámicas dentro de dicho proceso.
- Describir el proceso de cambio institucional que se dio con la creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia en 1953.

2. Justificación

A pesar de que la historia institucional¹⁷ entró en un largo periodo en desuso por la adhesión a enfoques conductistas y de elección racional¹⁸, a partir de la década de 1980 un movimiento denominado “nuevo institucionalismo”¹⁹ atrajo la atención de los académicos hacia el rol que desempeñan las instituciones, al considerarlas un elemento central de la vida política. En consecuencia, la historia tradicional que consistía en narraciones acerca de instituciones políticas que eran personificadas por el Estado, los reyes y las guerras, o sus equivalentes contemporáneos, como los presidentes y gabinetes, conocido como “institucionalismo clásico”, vino a ser desplazado por una historia social en la que los relatos se alejan de la exaltación del coraje o de las preferencias individuales de ciertos personajes, para dirigirse al estudio del funcionamiento de las estructuras sociales y dentro de estas, a instituciones más generales como la Iglesia, la familia, el mercado laboral y los organismos del Estado (Goodin, 2003: 15).

En el desarrollo de la historia como disciplina, bajo el supuesto de que el pasado moldea el presente y el futuro, se imprimió cierto énfasis a las distintas formas de institucionalismo en las que se intenta develar la conexión que hay con las estructuras organizativas que existen en la actualidad. Así, por ejemplo, el “institucionalismo histórico” se basa en la idea de que las decisiones políticas que se tomen al formar una institución o al iniciar la actividad tendrán una influencia prolongada y definida sobre la política dominante (Skocpol, 1992: 35).

Más recientemente, bajo la conciencia de la conveniencia de hacer una historia integradora, la inclusión de las instituciones para la comprensión de los fenómenos sociopolíticos se ha tornado indispensable, toda vez que la mayoría de las acciones políticas de cierta importancia acontecen en instituciones (Peters, 2003:220).

En Colombia la historia institucional ha dedicado buena parte de su atención a las organizaciones básicas del sistema de salud, como el Ministerio de Higiene, el Instituto de Seguros Sociales o el Instituto Nacional de Salud; pero en particular, no se ha realizado en el

¹⁷ Cada una de las diversas disciplinas que conforman colectivamente las ciencias sociales han contenido una tradición institucionalista. En este sentido, la historia como disciplina ha sido altamente institucional en su orientación fundamental. La historia institucional tradicionalmente ha dado un énfasis en diversas instituciones, en esencia únicamente en las políticas, constituyendo lo que se conoce como el institucionalismo clásico en la historia (Goodin, 2003: 15-17).

¹⁸ La teoría de la elección racional plantea que la conducta de los individuos puede explicarse como determinada o restringida racionalmente por ciertas preocupaciones dictadas por el interés egoísta, en particular la preocupación por el beneficio económico y la aceptación social (Goodin, 2003: 88).

¹⁹ Enfoque surgido en la década del 80 del siglo XX, en torno a los temas institucionales, cuyo desarrollo proviene de diversas disciplinas, (economía, sociología, administración, ciencia política, historia). El enfoque neoinstitucional, propuesto inicialmente por March y Olsen (1984; 1989) se centra en el estudio del papel de las instituciones. Las considera como factor esencial para la definición del marco en el cual se desarrollan los comportamientos individuales, la acción colectiva o las políticas públicas. La interrogación central del enfoque en sus distintas vertientes principales – histórica, elección racional, económica o sociológica – se sitúa en el análisis de las condiciones de producción y evolución de estas instituciones y cómo estas, a su vez, influyen en las dinámicas sociales y permiten así pensar el Estado en interacción (Roth, 2002: 37).

país ningún estudio centrado específicamente en el Ministerio de Salud Pública, el cual fue creado durante la segunda mitad del siglo XX, momento en que se asistió a una serie de reformas políticas y administrativas que han sido denominadas como reformas del Estado. Algunas de ellas apuntaron a realizar cambios constitucionales, mientras que otras intentaron cambiar la estructura y funcionamiento de las instituciones existentes (Barrera, et al., 2007:12).

Entre las obras que abordan el tema tangencialmente se encuentran la “Historia Social de las Instituciones de Salud en Colombia”, autoría de Patricia De Aguilar y Jairo Silva; “Desarrollo de la Salud Pública Colombiana”, de Guillermo Restrepo y Agustín Villa; “La Población y el Desarrollo Económico de Colombia de 1950 a 1980”, de Yolanda Chávez Otero; “Ciencias Médicas, Estado y Salud en Colombia: 1886-1957” en el Tomo VIII de la colección de libros titulada “La Historia Social de la Ciencia en Colombia”, de Emilio Quevedo (ed.), Mario Hernández y Néstor Miranda; “Buscando el Reconocimiento Profesional, la Salud Pública en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX”, de Juan Carlos Eslava; “Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo” de Emilio Quevedo et al.; y el artículo titulado “Proceso de Institucionalización de la Higiene: Estado, Salubridad e Higienismo en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX”, de María Teresa Gutiérrez.

En el libro “Historia Social de las Instituciones de Salud en Colombia”, de Patricia De Aguilar y Jairo Silva, publicado por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud en 1979, se incluyen los antecedentes institucionales, el presupuesto y la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública y se atribuye el cambio institucional, a factores endógenos como la falta de presupuesto, la inadecuada capacitación de los funcionarios, la deficiencia estructural y la normatividad excesiva, que condujeron al desajuste interno.

Por su parte, en 1980, Guillermo Restrepo y Agustín Villa en el libro titulado “Desarrollo de la Salud Pública Colombiana” hacen una historia general y descriptiva que explica el proceso de organización sanitaria del país desde la perspectiva de la teoría de los sistemas, en la que contemplan la creación del Ministerio de Salud Pública con un énfasis en la organización de sus dependencias y lo caracterizan como una institución que permitió al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), montar en él una estructura vertical, dirigida y administrada con técnicos norteamericanos que se constituyó al final en un Ministerio rico y ágil, dentro de otro pobre, con lo que estos autores reflejan un mayor análisis de los factores exógenos de cambio como la influencia norteamericana sobre la configuración de la estructura sanitaria nacional.

Luego, la tesis titulada “La Población y el Desarrollo Económico de Colombia de 1950 a 1980”, elaborada por Yolanda Chávez Otero y publicada en 1981, se limitó a mencionar la creación del Ministerio de Salud Pública como un cambio de nombre que planteó la necesidad de conjugar, en la infraestructura que tenía dispersa el país, los aspectos preventivos y curativos, atribuyendo el cambio a la evolución de la institución, por el crecimiento de la infraestructura y por la adopción de nuevos ámbitos de intervención.

En 1993, fue publicada una colección de libros titulada “La Historia Social de la Ciencia en Colombia”, en cuyo octavo tomo Emilio Quevedo (ed.), Mario Hernández y Néstor Miranda, hacen una de las mejores aproximaciones al problema, pues en la segunda parte de este libro titulada “Ciencias Médicas, Estado y Salud en Colombia: 1886-1957”, entre las páginas 165 a 275, realizan el análisis de las relaciones entre la organización y la estructuración del Estado colombiano, con los desarrollos científicos y médicos que se llevaron a cabo en Europa y los Estados Unidos durante el periodo 1886 a 1957 y con las decisiones políticas en el campo de la salud, abordando la creación del Ministerio de Salud Pública como expresión de la consolidación del modelo norteamericano y argumentando que el cambio no es solamente de nombre, sino que pretende, con cambios administrativos y de organización dar respuesta los problemas que venían aquejando al Ministerio en su funcionamiento. El documento es mucho

más rico en la integración de los factores contextuales (sociales, políticos, económicos, científicos) y en la comprensión del desarrollo la estructura sanitaria en Colombia, pese a que se le otorga mayor interés al Ministerio de Higiene, profundizando de esta forma, más en los antecedentes institucionales del Ministerio de Salud Pública que en el surgimiento de esta nueva institución.

Debe mencionarse también el trabajo de Juan Carlos Eslava, titulado “Buscando el Reconocimiento Profesional, la Salud Pública en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX”, publicado en 2004, el cual desde una perspectiva sociológica estudia el proceso de profesionalización de la salud pública en Colombia. En dicho trabajo se concluye que un proceso general que tiene relación directa con la conformación de la salud pública como campo profesional está referido a la manera como se construye la estructura sanitaria nacional, proceso en el que intervienen connotados médicos, políticos, técnicos, asesores foráneos y toda una pléyade de salubristas formados en escuelas extranjeras y en el cual se va forjando, por un lado, un interés creciente por los asuntos de la salud colectiva y, por otro lado, la necesidad de formar a personas calificadas para asumir las tareas que el ejercicio sanitario requiere. Por tanto, según este autor, la creación del Ministerio de Salud Pública, respondió a la reclamación de un espacio social específico al interior de una estructura sanitaria emergente.

Además, es importante mencionar el trabajo de Emilio Quevedo, et al., quienes elaboraron una investigación del proceso de transito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953, cuyos resultados se presentan en el libro titulado “Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo” que fue publicado en el año 2004. En este documento, se toma el año de 1953, como fecha de cierre, por ser el año en el cual el Ministerio de Higiene se transformó definitivamente en Ministerio de Salud Pública, lo que atribuyen a la influencia directa del SCISP y al abandono del modelo higienista por la aceptación de los planteamientos de la salud pública norteamericana.

En esta misma corriente, pero de manera más reciente, María Teresa Gutiérrez, realizó un artículo titulado “Proceso de Institucionalización de la Higiene: Estado, Salubridad e Higienismo en Colombia en la Primera Mitad del Siglo XX”, el cual publicó en la Revista de Estudios Socio jurídicos de enero- junio de 2010 y en el cual, toca el tema de la creación del Ministerio de Salud Pública de manera tangencial debido a que nuevamente este suceso histórico es tomado como el momento de cierre de la investigación, pues según esta autora, el periodo higienista comienza desde 1886 con la creación de la Junta Central de Higiene y finaliza en 1953, cuando la ideología higienista se transformó hacia una ideología salubrista.

A partir de esta revisión del estado del arte de la investigación sobre el problema se puede concluir que existe un vacío en el conocimiento sobre el proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia pues, aunque los autores antes mencionados abordan el tema, los amplios periodos estudiados reducen la posibilidad de tratarlo a profundidad. En otros casos se hace un paso muy rápido por este suceso histórico, limitándose a mencionar la normatividad relacionada con la organización de las instituciones gubernamentales a cargo de la salud en Colombia, y en otras oportunidades, simplemente se enuncia el hecho histórico básico, como una fecha de cierre en el periodo investigado; todo lo anterior aunado a que cada uno de los autores expone distintos argumentos respecto a lo que promovió el cambio de Ministerio. Esta situación evidencia la necesidad de investigar y generar resultados en el tema a través de un estudio que profundice en el fenómeno de institucionalización de la salud pública norteamericana en Colombia e intente mejorar su comprensión.

Simultáneamente, la investigación del surgimiento del Ministerio de Salud Pública permite una aproximación al Estado²⁰, no desde la perspectiva de que separando el Estado en partes, se

²⁰ Se debe señalar que en esta investigación se opta por una postura teórica relacionada con el Estado de tipo “mixta o intermedia” según la clasificación propuesta por Roth (2002). Según este autor las teorías

puede conocer el todo, sino desde una perspectiva más compleja, en la que se concibe al Estado como un sistema institucional²¹, es decir, como una institución compleja resultado de la unión articulada de instituciones (Prats, 1998: pg.: 2,5).

Igualmente, esta investigación puede efectuar una contribución a la teoría institucional al indagar las formas en que las instituciones modelan la vida social (Goodin; 2003: 14), al mejorar la comprensión del fenómeno de creación, diseño y comportamiento institucional, al aportar evidencia sobre las formas de direccionamiento de una institución de la administración pública en el ámbito local y especialmente al concentrarse en la formación y transformación de las estructuras, lo cual es justamente uno de los requisitos para el futuro desarrollo de las teorías institucionales (Peters, 2003: 219).

También realizará aportes en el campo metodológico porque si bien, se utiliza un modelo preexistente para el análisis de los ministerios en Colombia²², la investigación no se limita su aplicación, sino que se intenta correr la barrera metodológica al emplear el análisis historiográfico en la reconstrucción de la creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia. Sin duda, los resultados obtenidos de la aplicación del modelo influyen en la interpretación de la historia al permitir entender de una manera diferente las dinámicas de cambio y transformación institucional, pero la reflexión socio-histórica la enriquece evitando que el modelo sea tomado como una estructura rígida en la cual las simplificaciones de la realidad terminen por estrechar el análisis. En síntesis, esta propuesta pone a prueba un modelo analítico de origen relativamente reciente²³ e intenta superar algunas de sus limitaciones.

Finalmente, la presente investigación aportará a los profesionales de la salud pública en Colombia un mayor conocimiento de la historia de la salud pública, pese al deficiente interés y atención que le han brindado sus actuales profesionales tal como lo resalta Scally & Womack (Scally & Womack, 2004: 251) y a que estos profesionales consideran que la investigación de la historia de la salud pública es poco útil, a-política y no transformadora de todos los problemas de salud que acosan a las poblaciones, como lo evidencia Ana María Medina (Medina, 2008:15).

Sin embargo, una investigación realizada en el año 2004, en el Reino Unido, que exploró el papel de la historia de la salud pública y su importancia en la práctica actual y en el desarrollo

mixtas pertenecen a un “tercer grupo” de desarrollo más reciente, en el cual se ubican las posturas neoinstitucionalistas, el análisis de redes y la teoría de la acción social, entre otras, las cuales, considera que permiten desarrollar investigaciones más abiertas y por lo tanto más susceptibles de realizar aportes novedosos. Este tercer grupo de teorías “rechaza de un lado el racionalismo economicista o social que predomina en las teorías centradas en la sociedad y, por el otro lado, se niega también a ver a la sociedad como sometida a un Estado, que se encuentra, además, cautivo de una minoría (teorías centradas en el Estado)” (Roth, 2002: 31).

²¹ Prats (1998) hace una distinción entre el Estado como sistema institucional y el Estado como sistema organizacional. El primero corresponde a una institución compleja resultado de una unión articulada de instituciones. En esta perspectiva el Estado es un concepto abstracto y heterogéneo, en el sentido de que no es una realidad palpable, concreta sino más bien un conjunto de reglas y normas que estructuran la acción social, articulan la interacción de diversos actores sociales, expresan las relaciones de poder y determinan quienes hacen parte, o no del juego social y qué papel van a cumplir dentro de él. En el segundo, el Estado puede verse como un conjunto o red de organizaciones que son la expresión real y concreta de esas reglas de juego, manifestadas en conjuntos de recursos direccionados al logro de objetivos específicos (Prats, 1998: 5-6).

²² El modelo analítico: Proceso de institucionalización – construcción de identidad fue diseñado por el grupo de investigación “Organizaciones y Gerencia Pública” de la Escuela Superior de Administración Pública.

²³ El Modelo fue diseñado en el año 2004 y desde la prueba piloto realizada en el Ministerio de Educación, ha sido aplicado en tres oportunidades más, investigando las reformas y los procesos de institucionalización del Ministerio de Interior, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud durante la trayectoria comprendida entre 1991 y 2003.

profesional, arrojó evidencia de que el abandono actual de la historia de la salud pública va en detrimento de la práctica de salud pública y que existe un fuerte argumento para dirigir una mayor atención a la historia de la salud pública en la formación, desarrollo y en la comunicación de los profesionales, pues su conocimiento puede mejorar nuestro dominio sobre el presente (Sally & Womack, 2004:751-755).

3. Marco Teórico Metodológico

La investigación del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia, se sustenta en los fundamentos teórico-conceptuales aportados por el análisis institucional propuesto por el grupo de investigación “Organizaciones y Gerencia Pública” de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) y sigue la metodología de investigación del surgimiento de las instituciones administrativas estatales diseñada por este grupo en el año 2004.

Para la elaboración del proyecto de investigación se aplicó el modelo analítico: “Proceso de institucionalización – construcción de identidad” , diseñado por el grupo de investigación mencionado, esta selección se hizo considerando que, aunque ninguna de las versiones del institucionalismo puede proveer una explicación completa del comportamiento institucional (Peters, 2003: 220), dicho modelo trabaja con un enfoque que adopta un punto de vista ecléctico consecuente²⁴ que resulta más conveniente para la comprensión de los fenómenos institucionales que la adhesión estricta a una sola perspectiva. Además, el enfoque utilizado ofrece beneficios al intentar superar las fallas identificadas en el viejo institucionalismo, entre ellas, el contextualismo, que se expresa en la subordinación de los fenómenos políticos a los fenómenos contextuales, tales como el crecimiento económico, la estructura de clase y los clivajes socioeconómicos; el reduccionismo, enfoque conductista que tiende a reducir el comportamiento colectivo al comportamiento individual; el utilitarismo o la tendencia a valorar las decisiones por lo que ellas producen para el individuo, en vez de considerar que representan cierto valor intrínseco y propio; y el instrumentalismo, o sea el dominio de los resultados sobre el proceso, la identidad y otros importantes valores sociopolíticos (Peters, 2003: 47- 49).

En todo caso, en la perspectiva institucional se reconocen ciertas limitaciones en el estudio de la creación de un Ministerio, en torno a la indagación de cuestiones clave como la determinación de en qué medida las instituciones emergen accidentalmente o evolucionan automáticamente, y al grado en el que están sujetas al diseño y rediseño deliberados (Goodin, 2003:14). Con respecto a ello, el modelo de análisis no escapa a dicha limitante y en la determinación de la causalidad de cambio institucional, persiste la dificultad en el esclarecimiento del papel que juegan las preferencias individuales en su interacción con las instituciones. Se reconoce pues, que es indudable que los individuos reciben influencias institucionales, por lo que se corre el riesgo de recibir críticas surgidas de otros enfoques, entre ellos los conductistas y partidarios del análisis de la elección racional, quienes consideran que los individuos son actores totalmente autónomos que se encuentran a salvo de las restricciones de las instituciones.

Desde el punto de vista de las herramientas conceptuales, el modelo adoptado fue pertinente para la construcción del marco investigativo. Sin embargo, el modelo resultó más problemático en su “operacionalización” para la reconstrucción histórica del proceso de institucionalización

²⁴ Se entiende en este trabajo eclecticismo consecuente como una actitud abierta a los planteamientos de diversas escuelas y grupos, pero crítica, que toma de cada uno de ellos lo que considera realmente significativo para apuntalar un modelo propio releyendo desde perspectivas nuevas esos aportes.

de la Salud Pública en Colombia. En particular la integración en el relato del análisis sincrónico y el análisis diacrónico fue difícil. Además, la no clarificación de la metodología para integrar la concomitancia de los factores de orden contextual con el análisis organizacional frenó los alcances del modelo y se debió recurrir al análisis historiográfico.

El análisis histórico se constituyó así en un elemento fundamental, no solo por la relevancia que le otorga el modelo de análisis seleccionado, al observar el cambio institucional en su dinámica histórica, sino también, por los aportes del enfoque histórico a la articulación de las diferentes explicaciones obtenidas desde una perspectiva multitemporal y contextual.

3.1 Fundamentos para el análisis institucional

De acuerdo con la noción de Estado de Prats (1998)²⁵, este puede ser entendido como una institución o como una organización. El primer caso corresponde a una institución compleja, resultado de una unión articulada de instituciones. En esta perspectiva, el Estado es un concepto, abstracto y heterogéneo, en el sentido de que no es una realidad palpable, concreta, sino más bien un conjunto de reglas y normas que estructuran la acción social, articulan la interacción entre diversos actores sociales, expresan relaciones de poder y determinan quienes hacen parte, o no del juego social y qué papel van a cumplir dentro de él. El segundo caso, se refiere a que el Estado puede verse como una red o conjunto de organizaciones que son la expresión real y concreta de esas reglas de juego, manifestadas en conjuntos de recursos direccionados al logro de objetivos específicos.

A pesar de esta distinción, no es posible entender el papel y funcionamiento del Estado organización sin comprender la especificidad del Estado institución. Para ilustrar este punto con un ejemplo, se toma la institución legislativa del Estado, que estaría representada en las leyes, en tanto que la organización legislativa, estaría representada por la forma como se organiza el congreso.

A partir de ello, se analizan las instituciones administrativas, denominadas regularmente como la administración pública, que hace parte del arreglo institucional que constituye el Estado, y en esa óptica es una institución articulada con otras. Dada la cohesión que existe entre estas, las instituciones administrativas están ligadas a instituciones políticas, económicas y sociales e incluidas en una sociedad caracterizada por un principio de agenciamiento específico, razón por la cual no es posible aislarlas, cuando se intenta estudiar su dinámica. En este caso, las instituciones administrativas no están separadas de la configuración y desenvolvimiento histórico que pueda tener el propio Estado.

Como organizaciones que hacen parte del arreglo social existente, las ramas del poder público buscan institucionalizarse legitimando su acción socialmente, pero como instituciones que hacen parte del establecimiento vigente, generan instituciones que moldean y orientan el comportamiento de los agentes sociales.

Es decir, que para su estudio, el Ministerio de Salud Pública debe ser visto en doble perspectiva. De una parte, el Ministerio como institución está compuesto por el sistema normativo (lo formal) y de prácticas (lo informal) que fijan las reglas de juego en un campo específico de la acción social y, por tanto, estructuran las actividades y las relaciones entre los actores que hacen parte de él. De otra parte, el Ministerio como organización (el agente) es un conjunto de recursos (humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y físicos) puestos a

²⁵ Para analizar las organizaciones e instituciones estatales, se requiere hacer una aproximación teórica al concepto de Estado. El enfoque neoinstitucional seleccionado opta por la propuesta de Joan Prats i Catalá (Director del Instituto Internacional de Gobernabilidad, Director de los Estudios de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Abierta de Cataluña).

disposición de un gobierno (el principal) para alcanzar los objetivos que él se propone. Lo anterior sin olvidar que hace parte de una institucionalidad existente que le marca, igualmente, límites y posibilidades, y un modelo de organización global al cual responde y ayuda a consolidar.

Pero, comprender esta noción del Estado depende hasta cierto punto de la distinción que se haga entre los términos institución y organización. Los debates teóricos en torno a esta temática reflejan la existencia de interpretaciones muy variadas sobre estos dos conceptos. Respecto a la institución, puede ser entendida desde formas sociales de carácter universal como la familia, la escuela, la iglesia, hasta formas sociales dotadas de una organización jurídica y material, pasando por el acto de crear una empresa o negocio. Respecto a la organización, puede ser vista en la economía desde tres versiones: la organización como uno de los factores de producción, la de organización industrial señalando una forma de sistema social y la de organización como negocio o sea como unidad elemental de decisión, la firma. También, desde los enfoques administrativos, la organización es caracterizada como un conjunto de participantes, un convenio sobre ciertos objetivos y una coordinación formal que define una estructura moldeada por su grado de complejidad, las reglas y procedimientos y su grado de centralización.

Pero haciéndose muy extenso entrar a detallar las diferentes concepciones, baste explicar el concepto de institución que se considera relevante en el desarrollo de esta investigación y su relación con el concepto de organización, propuesto por Jaques Chevallier en 1996.

Según este autor, las instituciones se explican en tres planos distintos pero interdependientes. Un primer nivel corresponde al de las significaciones sociales; puesto que vivimos en un mundo de signos de diverso orden, estos tienen significaciones, las que unidas se convierten en estables y durables, es decir, se institucionalizan.

Un orden de significados es entonces, indispensable a la sociedad para que subsista como entidad colectiva permitiendo la comunicación y la acción social. En este nivel se ubicarían las tradiciones, las prácticas y los valores así como el lenguaje. La institucionalización, en este caso se da a partir del momento en el que un repertorio de símbolos y significados disponen de una relativa estabilidad, siendo reconocidos y utilizados por los miembros, reduciendo así la incertidumbre y asegurando un mínimo de regularidad a las relaciones sociales.

Un segundo nivel corresponde al de las instituciones como relaciones sociales en sociedades históricamente consideradas, las cuales tienen la particularidad de ser constructoras y reconstructoras de las mismas relaciones sociales. En este nivel, toda la organización social supone la presencia de tres fenómenos simultáneos: la construcción de una tipología de roles, una jerarquía de posiciones y una definición de funciones.

La construcción de la tipología de roles es uno de los medios privilegiados de la institucionalización de las conductas, las cuales se formalizan por un conjunto de normas, estandarizándolas pero no de forma total. La determinación de posiciones significa la existencia de esferas y campos de acción diferenciados donde se desarrolla la vida, donde cada campo genera sus propias normas, conductas y principios de regulación. Por último, la definición de funciones se traduce en una definición de campos de competencia o acción que a su vez ayudan a definir las posiciones y los roles. El proceso de institucionalización, en este caso, se traduce en la definición y organización de estos tres elementos, que tienen mutua causalidad o interdependencia.

El tercer nivel es el de las instituciones como formas de acción colectiva, para las cuales, según Chevallier, la institucionalización pasa por momentos sucesivos. En un primer momento se está bajo la forma de empresa, donde se ponen en funcionamiento mecanismos de coordinación de las acciones individuales y de cooperación que producen unas uniones, que aunque endebles le

permiten actuar. Un segundo momento corresponde a la forma organización que aparece cuando los mecanismos de coordinación y cooperación son reforzados, constituyendo así entidades colectivas deliberadamente construidas que buscan ciertos fines con un nivel más elevado de complejidad dada la multiplicidad de sus componentes, la riqueza de sus articulaciones y por el rigor de sus principios de gestión. El tercer momento es en el que estas organizaciones se transforman en instituciones a partir del momento en que se presentan como estructuras estables y dotadas de una vida autónoma, lo cual no significa que pierdan sus rasgos organizacionales.

El proceso de institucionalización a este nivel está caracterizado por una transformación de la naturaleza de su identidad a través de un doble fenómeno de reafirmación y de profundización de su identidad organizacional; supone que la organización aparece como una entidad impersonal y objetiva con voluntad autónoma y que esta identidad sea interiorizada por los miembros a su patrimonio (identidad personal). La institucionalización así entendida, confiere a la organización una dimensión nueva, la dota de una personalidad propia que la distingue de otras organizaciones y la hace penetrar en la subjetividad de sus miembros componentes, generando una cultura organizacional apropiada para ellos mismos.

Según Chevallier, estos tres niveles de análisis no son interdependientes. Las instituciones forman un sistema estratificado y coherente, un orden al cual contribuyen las instituciones a su reproducción. Las instituciones políticas y administrativas son parte de ese orden, produciendo un orden parcial, el de su campo específico, encuadrado en el orden social del que hace parte y en el que es elemento constitutivo.

Al aproximarse a comprender las relaciones entre los conceptos de institución y organización este autor señala que si bien los análisis institucional y organizacional se han presentado como excluyentes e independientes, no puede olvidarse que se trata de dos aspectos de la misma realidad, que se disocian únicamente por necesidades de análisis. Es decir, dentro de la gran variedad de hechos sociales, las formas de acción colectiva que asumen las características de realidades objetivas pueden convertirse en organizaciones, instituciones o las dos simultáneamente, con lo cual se puede interpretar que el aspecto organizacional apunta a su configuración y dinámica interna mientras que el aspecto institucional señala su papel como parte de un sistema social mayor del que proceden sus características esenciales pero que ella misma contribuye a producir.

En esta dirección así como no se puede entender la consecución de objetivos de las organizaciones por fuera de las condiciones que le marcan las sobredeterminaciones sociales (instituciones), tampoco se puede entender el cambio de esas restricciones o condiciones generales sin atender a la acción e influencia de las organizaciones (agentes del cambio).

Una manera de entender la relación entre ambos tipos de análisis, puede ser al observar el problema de los objetivos organizacionales o del poder. La teoría convencional organizacional parte de indicar que las organizaciones se orientan hacia un fin único, lo cual no es muy cierto como se desprende del hecho de que muchas organizaciones además del fin oficial, terminan persiguiendo objetivos no declarados, los cuales se crean en la relación con otras organizaciones y por el conjunto del sistema social, es decir por el marco institucional donde se desenvuelven.

En el caso del poder, al interior de las organizaciones, estos fenómenos no se pueden considerar como si los actores fueran socialmente autónomos y sólo debieran su poder a las posiciones que ocupan específicamente en la organización, sin analizar el problema desde una perspectiva del poder en la sociedad.

Lo anterior quiere decir que estos análisis son complementarios pero no intercambiables. El funcionamiento organizacional representa un nivel de análisis necesario pero insuficiente a la

hora de explicar una forma social si tan sólo se analizaran las organizaciones existentes. A su vez, el análisis institucional aunque permite entender las restricciones en las que se mueven las organizaciones y sus actores, se muestra también insuficiente si se trata de explicar la totalidad de eventos y decisiones de las unidades individuales, pues ellas tienen una dinámica interna propia y una relativa autonomía.

En consecuencia, el enfoque seleccionado se centra en la concepción de que no puede desvincularse el análisis de una organización del arreglo ni de la estructura institucionales de los que hace parte y ayuda a modelar, lo cual no significa que exista un “determinismo institucional” , dado que una organización como cualquier otra tiene un relativo marco de autonomía y de acción, en el cual son determinantes sus componentes y dinámica organizacionales. En este sentido no se observa en los términos de institución y organización dos conceptos contrapuestos sino más bien dos extremos de un continuo entre los cuales se mueven los entes públicos o privados,

A continuación se presentan las bases conceptuales de la doble perspectiva en que pueden ser estudiados los ministerios.

3.1.1 Bases conceptuales del análisis organizacional

El análisis organizacional se trabaja desde la perspectiva del paradigma de la complejidad en la versión de Etkin y Shevarstein (1992). Según esta versión, la realidad organizacional presenta procesos no ordenables o programables desde el exterior, lo que significa que ella existe en un medio interno de relativo desorden. Las características relacionadas con este hecho son:

- La policausalidad: por la cual se parte de reconocer que la organización funciona en varias dimensiones que no son reducibles y se condicionan mutuamente.
- El equilibrio dinámico: una organización se muestra como el producto de sucesivos desequilibrios localizados y transitorios que proviene de fluctuaciones externas y perturbaciones del propio sistema.
- La recursividad: por la cual la organización construye sus propias reglas y restricciones que hace que ellas no se desarrollen como copia del medio externo.
- El orden en el desorden: el orden no está asociado a los planes y programas de la organización. Existe la posibilidad de perturbaciones aleatorias que alejan a la organización de su estado preexistente y que solo parcialmente pueden regularse.
- El tiempo como irreversible: pues no es posible devolver el pasado a la luz del presente lo que hace que los procesos no puedan reproducirse en idénticas condiciones en diferentes tiempos.
- La ilusión de los objetivos: por la cual no son los objetivos los que definen de manera externa la forma u orientación de las acciones de una organización, son más bien el resultado.

Además, para realizar el análisis organizacional estos autores establecen unos metaconceptos de tipo descriptivo y unos dominios de carácter operativo:

Los metaconceptos

- La identidad: es todo aquello que permite distinguir a la organización como singular y diferente de las demás, y por ello está relacionada con los conceptos de estructura y cultura organizacional. Si se cambia la identidad, cambia la organización.
- La estructura: es un modo de relación espacio-temporal, en un momento dado, entre las partes, las funciones y las actividades en las organizaciones complejas, que materializa la identidad organizacional y permite dar cuenta de la organización en un momento determinado.
- La autonomía: es una característica y no una propiedad a alcanzar. Se identifica por el hecho de que la organización es capaz de sobrevivir en condiciones distintas a las que le dieron origen.

Los dominios

- Relaciones: se refiere a las que se establecen entre las personas que componen una organización donde asumen roles y domina una “cultura” específica. Ante la presencia de conflictos, estos son resueltos a través de relaciones de poder y por su parte, la asunción y adjudicación de roles se dan por una serie de mecanismos como la pertenencia, la pertinencia, la cooperación y el aprendizaje.
- Propósitos: se relaciona con las intenciones de los actores y se caracteriza por su complejidad e interrelación.
- Capacidades: hace referencia a las diversas clases de recursos que se emplean en diversas funciones dentro de la organización.

3.1.2 Bases conceptuales del análisis institucional

El análisis institucional refiere los siguientes conceptos:

- Institucionalidad y estructura institucional: Dentro del concepto de institucionalidad vale diferenciar entre un arreglo institucional como un conjunto de reglas y de relaciones que gobiernan el comportamiento en un dominio específico, un campo, y la estructura institucional como la totalidad de arreglos institucionales en una sociedad (Bejarano, 1995). La institucionalidad hace referencia a la acción social en su dinamismo, en su historia; a la racionalidad establecida y los sucesos, movimientos y fuerzas sociales que apoyan esa racionalidad establecida o que la cuestionan.
- Isomorfismo institucional: Un aspecto central de las instituciones es lograr legitimidad de los comportamientos que proponen y sostienen, de manera que los individuos y las organizaciones se acogen a ellas con el fin de obtener también aceptación y reconocimiento social. La adopción de prácticas y comportamientos institucionalizados es, en consecuencia, un imperativo que su vez genera ventajas a las organizaciones. Estas con frecuencia emplean mecanismos, procedimientos y prácticas “socialmente aceptadas” que tienden a homogeneizarlas. A este proceso de homogenización se le denomina isomorfismo. Hay tres mecanismos centrales por los cuales se produce el isomorfismo: el coercitivo, debido fundamentalmente a presiones políticas; el mimético, que resulta de dar respuestas estándares a problemas recurrentes, y el normativo, asociado a la profesionalización de actividades (DiMaggio y Powell, 1999).

- **Desajuste institucional:** Las organizaciones se adaptan al contexto pero también desempeñan un papel activo en su conformación. Las diversas lógicas y discursos que se mueven detrás de las instituciones hacen que las organizaciones las acojan o utilicen según las circunstancias e intereses temporales. El desajuste señala las decisiones que tomará la organización ante estas distintas lógicas en el marco institucional predominante.
- **Instituciones y actores sociales:** Los actores y sus intereses son solo una de las categorías de posible explicación del cambio social (Jepperson, 1999), pues en realidad su manera de actuar y sus intereses están altamente institucionalizados en el sentido de que, si la sociedad construye a las instituciones, al mismo tiempo construye a los actores. Siguiendo el trabajo de Dryzek (2003), los discursos de una sociedad se encuentran entrelazados con sus instituciones. Ninguna institución puede funcionar sin un discurso que la sostenga, aunque normalmente estos discursos se dan por sentado hasta que un analista los revele. En consecuencia, la reforma institucional consiste en gran medida en la reforma de la constelación de discursos presentes en la sociedad, los cuales son sostenidos y/o propuestos por actores con intereses específicos. Finalmente, como forma de recalcar la construcción social de los actores, Salvador (2001) señala que su comportamiento tiene cuatro tipos de condicionantes: a) normativos: la combinación del conjunto de valores, reglas, rutinas y procesos que se cristaliza en la lógica de lo apropiado; b) regulativos: las instituciones condicionan el comportamiento definiendo cuáles conductas son requeridas, prohibidas o permitidas; c) históricos: destacan el peso de las decisiones clave tomadas en el pasado sobre las decisiones presentes y la evolución de la institución y d) cognitivos: los valores y las reglas establecen una limitación sobre el tipo de cuestiones por tratar y cómo son entendidas por los agentes.

3.2 El modelo para el análisis de los ministerios

El estudio de las organizaciones administrativas estatales, se centra en el proceso de institucionalización. A través de dicho proceso, las conductas, las reglas y los procedimientos adquieren valor y estabilidad, son predecibles, se dan por sentadas y adquieren el carácter de normas en el pensamiento y la acción social.

La institucionalización se convierte en un proceso mediante el cual las instituciones se transforman en pautas organizativas de la actividad humana y sistemas simbólicos que se plasman a escala formal e informal, adquieren racionalidad a través de los procesos de interacción entre los distintos agentes hasta que alcanzan un nivel de consolidación que las convierte en parte objetiva e incuestionada de la realidad.

La institucionalización es una propiedad relativa, que puede presentarse en grados, en el sentido de que hay realidades o formas más institucionalizadas que otras. La legitimidad es una de las consecuencias de la institucionalización, pero esto no quiere decir que todo lo institucionalizado es legítimo; es decir, pueden existir elementos ilegítimos que se institucionalizan (Jepperson; 1999).

En el modelo, se asume la institucionalización como el resultado de las fuerzas endógenas, entendidas como las resultantes de la propia dinámica interna de la institución, así como de las fuerzas exógenas, o resultantes de la dinámica de interrelación con otras instituciones o del arreglo institucional del que hace parte, puesto que él también puede verse afectado por otras fuerzas. Significa esto que el cambio institucional está afectado por las acciones e intereses de los actores, grupos de interés o agentes internos y externos que tienen relación con la institución que se está analizando y que se reflejan en los procesos de construcción, autodestrucción y reconstrucción institucional.

Consecuentes con esto, el cambio institucional, en la presente investigación se entenderá como el conjunto de movimientos, ajustes, cambios de enfoque, tareas, actividades y o acomodamientos o adaptaciones, que se intentan realizar en la entidad de manera intencional por parte de un actor individual o grupo de interés, o que ocurren de manera espontánea, con el fin de responder a la dinámica, mucho más fuerte y compleja, del medio ambiente, del arreglo institucional o de la estructura institucional del cual hace parte y el cual a su vez ayuda a modelar, así como de las fuerzas y movimientos entre los actores y grupos de interés externos e internos que ejercen influencia sobre ella.

En general la institucionalización de organizaciones se puede analizar como un fenómeno en tres niveles distintos:

3.2.1 El nivel organizacional

Una organización de por sí no es una institución al mismo tiempo, y en este sentido no se pueden aceptar como sinónimas estas dos expresiones. Para que sea así, se requiere “institucionalizarse” en el medio en el que se opera, es decir, con respecto al campo y aún de la estructura institucional.

Varias prácticas y rutinas de la organización están en proceso de institucionalización, desinstitucionalización y reinstitucionalización permanente, en el sentido en que se intenta, y no siempre se logra, que hagan parte de la cultura de la organización.

De otra parte, muchas de las actividades o procedimientos que se ejecutan en las organizaciones tiene el carácter de institucionalizadas, aunque en muchos casos estos riñen con criterios de eficiencia y operatividad funcional en el logro de objetivos y metas concretas.

3.2.2 El nivel de campo organizacional

Toda organización hace parte de un campo organizacional y dentro de este a un sector social, los cuales le marcan pautas de comportamiento. Las organizaciones del campo adquieren ciertas características estructurales no por decisión de diseño racional sino porque dan por hecho “la forma en que se hacen las cosas”, considerando estos patrones como más modernos, racionales o apropiados (Scott, 1999).

En los campos organizacionales intervienen no solo las organizaciones que producen el mismo bien o servicio, sino las conexas en términos de provisión de materiales, insumos e información. El campo, no tiene límites geográficos sino funcionales y por eso el espacio de relaciones puede abarcar organizaciones muy diversas. Los cambios en los campos organizacionales deben, de alguna forma verse reflejados en el direccionamiento de las entidades, pues la autonomía no es una categoría absoluta de dominio exclusivo de la propia organización sino mediada por su interrelación con otras unidades dentro del espacio de acción.

3.2.3 El nivel institucional

El interés central del proceso de institucionalización, se ubica a este nivel, pues permite conocer hasta qué punto las organizaciones se institucionalizan en la sociedad, cómo lo logran, cómo pierden esta característica temporal o definitivamente y cómo la reconstruyen.

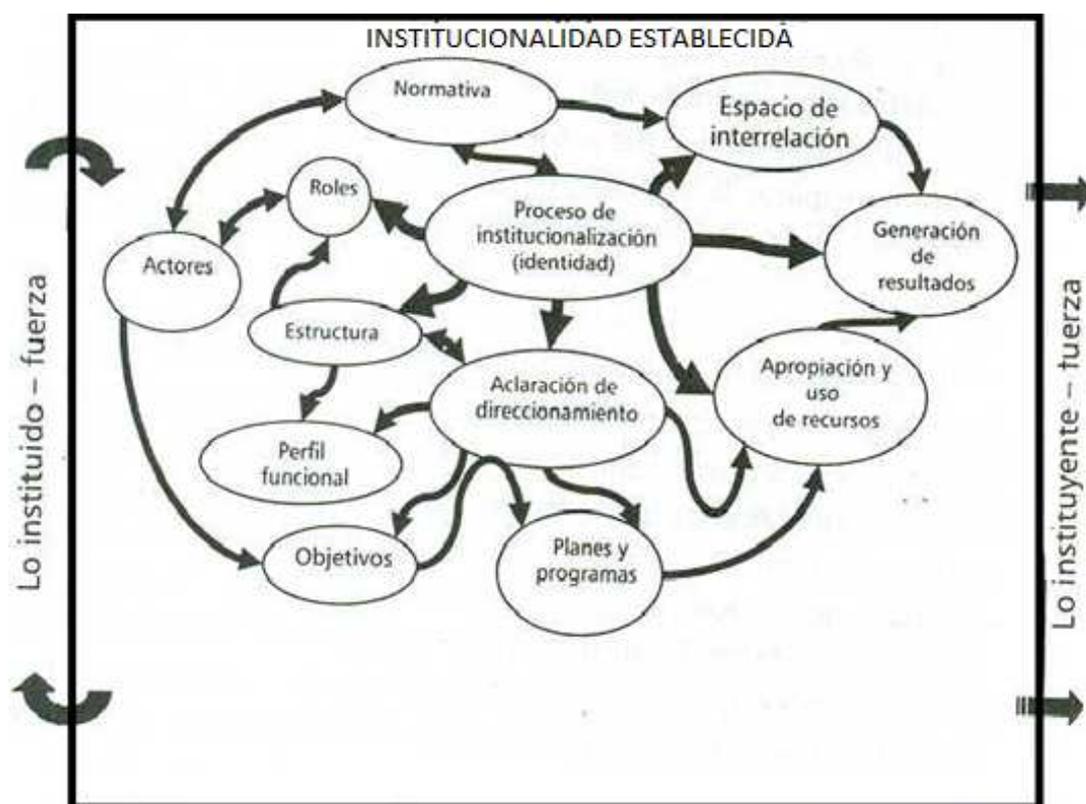
Podría decirse que esta forma de institucionalización tendría como requisito los dos niveles anteriores; es decir, que una organización no adquiere el estatus de institución hasta que logra institucionalizar ciertas conductas o actividades en su interior y que también lo consigue en el nivel del campo organizacional en el que se ubica. Esto tal vez sea válido en lo conceptual,

pero no necesario en la práctica. Lo que se quiere decir es que no existe un prerequisite o condición real en la sociedad para que este fenómeno se presente.

Desde el modelo, siguiendo a Chevallier, se considera que el proceso de institucionalización tiene que ver con la definición y asunción de roles, funciones y posiciones dentro del arreglo institucional establecido y por ello se convierte en una de las características centrales del modelo. Pero esto opera no solo a nivel “macro” o del conjunto de instituciones, o de la institucionalidad, como se le ha llamado, sino que también esta operación se da al interior de cada una de las organizaciones. Internamente cada organización vive procesos de institucionalización de su orden reinante.

Hechas estas anotaciones, se presenta a continuación el esquema del modelo, en el que se indican de manera gráfica las variables centrales y posteriormente se explica con más detalle (Figura 3-1).

Figura 3-1: Modelo analítico: Proceso de institucionalización – construcción de identidad



Fuente: Barrera, Elsy L.; Rodríguez Hernández, Jairo & Bedoya Lima, Jenny (2008) *Las Reformas administrativas de los Ministerios del Interior, Educación y Salud 1991-1998. Un análisis institucional*. Bogotá, Escuela Superior de Administración Pública: 52

Tal como se observa, el proceso de institucionalización se da en el marco de una institucionalidad establecida en la que entran en juego lo instituido y lo instituyente como fuerzas contrapuestas y en permanente presencia²⁶. El corazón del modelo es el proceso de

²⁶ En la presente investigación se optó por reducir el énfasis sobre la confrontación entre lo instituido y lo instituyente, aspecto teórico que fundamenta el modelo, para otorgarle mayor relevancia al proceso acumulado de transformación institucional. Aunque inicialmente se aplicó el modelo de forma estricta,

institucionalización, en una doble perspectiva: la de la institucionalidad reinante como agregado social (la sociedad en su conjunto) y de la institucionalización de cada una de las organizaciones presentes en los diversos campos de esa sociedad.

Ahora bien, el proceso de institucionalización tiene que ver con una teleología y es la de garantizar la continuidad de lo existente, por eso lo que importa de este proceso, finalmente, es su generación de resultados, tal como aparece en el esquema. En la perspectiva puramente organizacional este proceso de institucionalización es a su vez un proceso de construcción de su propia identidad y todo cambio en la organización tiene repercusiones en su identidad, y los cambios en la identidad pueden significar grandes transformaciones en la organización, lo cual se trasluce en la estructura.

Teniendo esto en mente, el proceso como tal tiene que ver con la asignación de roles, funciones y posiciones, pero también con la generación de un espacio de interrelaciones, la apropiación social de recursos y la aclaración de su direccionamiento.

En cuanto a la generación de resultados, se puede ver como el fruto natural de la existencia de las instituciones, pues al fin y al cabo, las instituciones son creaciones humanas y lo son en tanto cumplen un papel para la sociedad que las crea. En este sentido, las instituciones generan resultados que las legitiman o deslegitiman y la falta de cumplimiento de las funciones para las cuales fueron creadas puede llevar a su colapso.

En cuanto a los roles (la posición), toda institución entra a desempeñar un rol específico en la sociedad en la que se crea o en la que se mantiene, lo cual se manifiesta en la posición que asume en el marco o estructura institucional y en las funciones que le son coherentes con esa posición. Las funciones representan de manera concreta lo que la institución cumple en términos del contexto en que se halla. Este esquema conceptual debe aplicarse también al aspecto organizacional, pues dentro de los campos organizacionales las organizaciones asumen unos roles: se crean para producir algo material o inmaterial; asumen unas posiciones dentro del campo y desarrollan unas funciones coherentes con lo anterior.

En cuanto al espacio de interrelaciones, se entiende que este se genera en dimensiones propias en las que se configura la institución, es decir, una organización económica que se cree, por ejemplo, genera un espacio entre las propias y existentes instituciones económicas, lo que a su vez determina el espacio de relaciones con instituciones de otros dominios como el social o el cultural, por poner un ejemplo. Esto no es sino otra forma de resaltar la importancia de los campos organizacionales.

Respecto a la apropiación social de recursos, es dado que para algunas organizaciones su permanencia y supervivencia se liga a la apropiación de recursos sociales, en un sentido amplio, pues no se trata exclusivamente de recursos económicos o monetarios si se quiere, se puede referir a recursos intangibles pero importantes como información, tiempo o espacio. Cuando los recursos son limitados y están a disposición de una autoridad el acceso a ellos es determinante de la continuidad temporal o del posible impacto de las acciones que debe realizar la organización, de manera que conocer los mecanismos y el monto de los recursos de que dispone es un buen indicador de su papel en el marco institucional.

este aspecto teórico debió ser “suavizado” en el relato final, para evitar el “constreñimiento histórico por lo teórico”, toda vez que el análisis de las fuentes disponibles arrojó evidencia que señala que, el cambio institucional no respondió únicamente a la confrontación de fuerzas instituidas e instituyentes en el periodo 1946-1953, sino más bien, a un proceso de consolidación de la salud pública, que venía de varias décadas atrás.

Finalmente en lo que al direccionamiento se refiere, se reconoce que el proceso de institucionalización implica para muchas instituciones sociales el aclarar ese aspecto pues significa que no solo se hacen ejercicios como los de su planeación sino que se hacen con el real sentido de saber hacia dónde se dirigen. El direccionamiento es una de las características de la autonomía, pues muestra el grado de congruencia de la organización con el medio en el cual se mueve.

3.2.4 Las variables

El modelo trabaja con siete variables que permiten desentrañar los procesos de institucionalización vividos en los ministerios objeto de estudio:

- **Variable institucionalidad:** hace referencia a la indagación y conocimiento del entorno social, económico, político, cultural, entre otros, que muestra la realidad vivida en el momento de arranque y periodo final del estudio (lo sincrónico) pero indicando los procesos que se vivían en esas dimensiones de la realidad (lo diacrónico). Incluye una revisión de los estudios de entidades nacionales y de organismos internacionales o multilaterales que de una u otra forma señalaban temas coyunturales o estructurales relacionados con el sector.
- **Variable rol (posición):** Se operacionaliza por medio de la composición del sector, para indicar su posición en el todo social o del sector; la conformación del cuerpo directivo existente pues permite identificar a los actores participantes y a partir de ello indagar sobre la razón de su presencia y los intereses que representan o defienden en dichas instancias a la hora de la definición de políticas de la entidad, y el marco normativo general, que permite distinguir el “estatus” de la entidad por su naturaleza jurídica en el contexto general de la organización del Estado.
- **Variable estructura:** se operacionaliza mediante el estudio de la organización y perfil funcional de las unidades con un doble cometido: identificar la estructura del sector y la administrativa de la entidad, así como su evolución a lo largo del tiempo, de manera que permita identificar los principales cambios en las unidades y dependencias estructurantes de la entidad, así como las razones de esos ajustes. Un aspecto para revisar es el perfil funcional de esas dependencias o unidades, puesto que en ocasiones los cambios no son tanto de la estructura global sino de las funciones asignadas a las mismas.
- **Variable resultados institucionales:** busca obtener información acerca de los resultados que genera la entidad en los campos que le son propios. Tiene como elementos para estudiar los resultados normativos, referida a leyes que modifiquen el funcionamiento y estructuración del sector y la actividad; los resultados esperados, es decir, los relacionados con su naturaleza y funciones asignadas y los resultados “no deseados” con la cual se recopila información sobre casos de corrupción o investigaciones en los entes de control relacionados con el quehacer de la entidad.
- **Variable direccionamiento:** se operacionaliza a través del estudio de la planeación institucional y se orienta al conocimiento de las directrices de direccionamiento de la entidad. En primer lugar, del dirigente público encargado de direccionar las actividades de la entidad, determinando para cada uno de ellos el periodo durante el cual ejerce el cargo, su afiliación política, las relaciones con grupos de interés organizados y/o desempeño de cargos en el sector público y su formación profesional. En segundo lugar están los planes de desarrollo nacional y documentos de política pública que se convierten en orientadores del quehacer institucional. En tercer lugar están los planes sectoriales o estudios de entidades multilaterales o trabajos de consultoría contratados con el fin de analizar las orientaciones centrales de reforma. Especial énfasis se hace en las normas (leyes,

decretos) relacionados con los cambios de objetivos y funciones de las entidades en estudio pues a partir de él se identifican los giros o puntos de quiebre en las orientaciones “misionales” de la entidad.

- **Variable apropiación de recursos:** se operacionaliza por medio del tema presupuestal y de planta de personal. En la parte presupuestal se orienta al conocimiento de las fuentes principales de recursos que maneja la entidad y sus variaciones a lo largo del tiempo, incluyendo la financiación propiamente dicha y la distribución presupuestal desagregada en gastos de funcionamiento e inversión. Se analiza igualmente la composición de las inversiones para establecer objetivos, planes y programas que se privilegian y su relación con objetivos y acuerdos institucionales. En la parte de recursos humanos apunta al conocimiento de la composición tanto en tamaño total, como el perfil educativo, tipos de vinculación, niveles ocupacionales y distribución por dependencias a lo largo del tiempo del personal vinculado.
- **Variable espacio de interrelaciones:** se operacionaliza por medio del estudio de la composición sectorial o conjunto de organizaciones adscritas o vinculadas al ente de estudio y que conforman el sector, en su componente público. Otro aspecto es el ámbito de intervención, el cual puede entenderse como ámbito geográfico, funcional o de competencias, el cual puede ser leído desde la normatividad expedida.

En el caso de las organizaciones públicas, una “subvariable” que aparece detrás de las siete mencionadas es el marco normativo, pues sea en las funciones, los objetivos, los ámbitos de intervención o la composición de su estructura o su planta de personal, siempre está presente alguna norma que respalda lo institucionalizado y formaliza los cambios que se hagan en cualquiera de esas instancias.

También, debe hacerse mención de la dimensión tiempo, pues ya que el análisis planteado pretende desentrañar los procesos de institucionalización, es necesario el análisis diacrónico. Este se orienta a la trayectoria y no al estado, a la situación; en este sentido permite rescatar los fenómenos y procesos subyacentes que posiblemente emergen con el tiempo pero que no es posible captarlos con el análisis sincrónico. En este sentido, si lo sincrónico muestra la estructura, lo diacrónico muestra lo estructurante (o desestructurante).

3.3 Diseño operacional

En cuanto a su diseño operacional, el proyecto fue desarrollado en cinco etapas:

- **Búsqueda y recolección de fuentes:** Al iniciar el trabajo de investigación, entre los meses de febrero a Mayo de 2008, se realizó una primera aproximación al problema de investigación a través de fuentes secundarias, dentro de las cuales se incluyó, los textos que tratan sobre el Ministerio de Higiene y el de Salud Pública, con el fin de determinar el estado del arte del conocimiento con respecto al proceso de creación del Ministerio de Salud. Identificado el vacío en el conocimiento en torno al problema, se comenzó el trabajo de profundización, tanto sobre el tema de la higiene en Colombia y su tránsito hacia la salud pública norteamericana, como sobre la historia de Colombia en el periodo de estudio. Este trabajo se llevó a cabo también a partir de fuentes secundarias, e incluyó los libros que sirvieron para analizar las relaciones entre el proceso histórico, el campo, los contextos socio-económico, político, cultural, etc., y especialmente las investigaciones sobre la institucionalización de la higiene en Colombia, que se emplearon en el desarrollo del capítulo uno de este documento como punto de partida de la investigación. Esto, especialmente hasta septiembre de 2008, pero continuando posteriormente, en una simultaneidad teórica y metodológica hasta el fin de la presente investigación.

Una vez seleccionado el modelo analítico: Proceso de institucionalización – construcción de identidad, se inició en octubre de 2008 y hasta enero de 2009, la revisión de los antecedentes relativos a dicho modelo y la búsqueda y recolección de fuentes secundarias sobre las que dicho modelo se sustenta teóricamente.

Las fuentes secundarias fueron consultadas en las siguientes bibliotecas:

- Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia
- Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Colombia
- Biblioteca del Centro de Historia de la Medicina “Andrés Soriano Lleras” de la Universidad Nacional de Colombia
- Biblioteca Satélite de Economía de la Universidad de los Andes
- Biblioteca Luis Ángel Arango
- Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango
- Biblioteca Nacional
- Biblioteca personal del Doctor Emilio Quevedo Vélez

Adicionalmente, en el primer semestre de 2009, se realizó la búsqueda de fuentes primarias, lo cual requirió de un trabajo de campo para la recolección de información, en la que se empleó como instrumento metodológico la “Guía del Trabajo de Campo” diseñada por el profesor Alejandro Lozano y complementada por el grupo de investigación “Organizaciones y Gerencia Pública” de la Escuela Superior de Administración Pública. Dicha guía contiene información de fuentes primarias referida a:

- Información Jurídica: leyes, decretos, exposiciones de motivos, resoluciones, acuerdos, etc.
- Planes de gobierno, programas nacionales y regionales, programas y proyectos organizacionales.
- Informes a entidades internacionales, informes a ministerios, Presidencia de la República, Congreso de la República, comisiones especiales, etc.
- Documentos evaluativos, diagnósticos o prospectivos, sobre la entidad o sobre su ámbito de intervención por diversos actores involucrados en su accionar
- Información orientada a la divulgación de las actividades de la entidad, información aparecida en periódicos, revistas especializadas, etc.
- Información presupuestal y financiera, de la entidad y del sector.
- Información organizacional (organigrama y de planta de personal)

Esta información fue recolectada en varios archivos y bibliotecas, dentro de los cuales están los siguientes:

- Biblioteca “Jorge Bejarano” y Archivo Central del Ministerio de la Protección Social
- Biblioteca “Luis Ángel Arango”
- Biblioteca “Luis Carlos Galán Sarmiento” del Congreso de la República de Colombia
- Gaceta del Congreso de la República de Colombia
- Biblioteca Fundación “Gilberto Alzate Avendaño”
- Archivo General de la Nación

Por último, es preciso mencionar que en el proceso de recolección de las fuentes primarias, se experimentaron ciertas dificultades:

- Ausencia de documentos, por pérdida (aparentemente en su tránsito por los archivos de diferentes ministerios a los que se iba adscribiendo la higiene en Colombia).
- Inexistencia en el Archivo del Congreso de documentos relativos a los debates políticos y tomas de decisiones estatales por el cierre del Congreso en 1949.
- **Lectura, selección y sistematización de textos y creación de un archivo documental, físico y magnético:** La selección de fuentes secundarias se hizo sobre la base de la bibliografía recomendada por el Director de tesis, Dr. Emilio Quevedo Vélez y a partir de esta, otros textos, a los que remitió su estudio. En cuanto a las fuentes primarias, dada su relativa escasez, no se aplicó criterio de exclusión, siendo incluidos todos los documentos obtenidos. La lectura de textos y su sistematización se fue dando de forma simultánea al proceso de recolección de fuentes. El tratamiento de los textos y la selección de la información a sistematizar se realizó sobre la base del instrumento metodológico “Guía del Trabajo de Campo”, mencionado anteriormente, el cual incorpora, ordena y operacionaliza, la información relativa a las variables del Modelo analítico seleccionado. Para la creación, organización y sistematización del archivo documental se empleó el programa EndNote X.
- **Análisis e interpretación de la información y discusión de resultados:** El análisis e interpretación de la información tuvo lugar en el segundo semestre de 2009. Este análisis fue conducido por las categorías que aporta el modelo “Proceso de institucionalización – construcción de identidad”, intentando no darle prelación a ninguna categoría sobre la otras. Se debe destacar que se procuró manejar los sesgos de información y de análisis mediante un tratamiento riguroso de la información, efectuando la comparación entre las diversas fuentes obtenidas, pero reconociendo, en un acto profundo de reflexión, que esta es solo una mirada entre las múltiples posibles en torno al problema.

La discusión de resultados se llevó a cabo en febrero de 2010, a partir de un informe preliminar. En esta discusión, llevada a cabo a través de reuniones entre la autora y el director de la tesis, se analizaron los resultados obtenidos a la luz de los objetivos trazados, identificando que si bien, el modelo de análisis permitía un análisis institucional a profundidad, no permitía la reconstrucción histórica del proceso, por lo cual se evidenció la necesidad de emplear el análisis historiográfico en la construcción del relato, con el propósito de intentar superar las deficiencias identificadas.

- **Elaboración del informe:** Se realizó entre los meses de marzo y noviembre de 2010, requiriéndose una segunda discusión de resultados en enero de 2011.
- **Redacción del documento final:** Tuvo lugar entre los meses de enero y marzo de 2011 e incorporó los ajustes realizados con base en la segunda discusión de resultados.

4. Capítulo I: El tránsito de la higiene a la salud pública en Colombia

4.1 Hacia un Ministerio de Higiene

En el siglo XIX, en Colombia por razones políticas se inició el proceso de consolidación del aparato administrativo estatal, y mediante la Constitución de 1821 se crearon las Secretarías de Hacienda, de Marina, de Guerra, del Interior y de Relaciones Exteriores. Estas dos últimas se fusionaron entre 1882 y 1886 recibiendo el nombre de Secretaría de Gobierno, a la cual se le adscribió además la Secretaría de Guerra.

Con la promulgación de la Constitución de 1886, estas Secretarías empezaron a denominarse Ministerios. A partir de entonces, la higiene y salubridad fueron puestas a cargo del Ministerio de Fomento, sin que aún existiera una organización encargada de las acciones particulares en esta materia. Luego hubo un cambio frecuente de las instancias a cargo de la higiene, siendo adscrita a diferentes Ministerios, entre ellos el de Gobierno, el de Instrucción Pública, el de Agricultura y Comercio y el de Trabajo, Higiene y Previsión Social, hasta que finalmente la institucionalización de la higiene tuvo lugar con la creación del Ministerio de Higiene en 1946 como ente autónomo (Tabla 4-1).

Tabla 4-1: Desarrollo del Ministerio de Higiene a través de la legislación colombiana 1886-1946

Normatividad	Periodos	Instancia	Ministerio a cargo
-Ley 30 de 1886, se crea una Junta Central de Higiene	1886-1899	Junta Central de Higiene	Ministerio de Fomento – Ministerio de Gobierno
-Decreto Legislativo 428 de septiembre 23 de 1899, queda adscrita al Ministerio de Instrucción Pública	1899-1913	Junta Central de Higiene	Ministerio de Instrucción Pública
-Ley 33 de octubre de 1913, se crea el Consejo Superior de Sanidad.	1913-1914	Consejo Superior de Sanidad	Ministerio de Gobierno
-Ley 84 de noviembre de 1914, se adscribe al Ministerio de Gobierno con el nombre de Junta Central de Higiene	1914-1918	Junta Central de Higiene	Ministerio de Gobierno
-Ley 32 de octubre 29 de 1918, se crea la Dirección Nacional de Higiene.	1918-1920	Dirección Nacional de	Ministerio de Instrucción Pública

		Higiene	
-Decreto 266 de 1920, se adscribe la Dirección Nacional de Higiene al Ministerio de Agricultura	1920-1923	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Agricultura y comercio
-Ley 31 de 1923, fija la nomenclatura y prelación de los Ministerios. Establece el Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas. -Decreto 1704 de 1923, se adscribe la Dirección Nacional de Higiene al despacho del Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas.	1923-1925	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas
-Ley 15 de enero 31 de 1925, se crea la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública	1925-1931	Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas
-Ley 1 de 1931, se establece como servicio administrativo el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. -Ley 98 de 1931, se reorganiza la DNHAP	1931-1931	Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Independiente
-Decreto 1828 de 1931, el DNHAP comenzó a depender de la Presidencia de la República y se cambia el nombre por Departamento Nacional de Higiene.	1931-1934	Departamento Nacional de Higiene	Presidencia
-Decreto 189 de 1934, el DNH se incluyó como uno de los Departamentos administrativos del Ministerio de Gobierno	1934-1935	Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Gobierno
-Decreto 110 de enero 23 de 1935, el DNH quedó adscrito al Ministerio de Agricultura y Comercio	1935-1936	Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Agricultura y comercio
-Decreto 829 de abril 17 de 1936, el DNH quedó adscrito al Ministerio de Educación Nacional	1936-1938	Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Educación Nacional
-Ley 96 de agosto 6 de 1938, se crea el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social. -Decreto 2392 de diciembre 30 de 1938, se organiza el ramo de la higiene dentro del MTHPS.	1938-1945	Departamento de Servicios Coordinados de Higiene	Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social
Decreto 1375 de junio 7 de 1945, hace transformaciones al ramo de la higiene y organiza la Dirección Nal. de Salubridad.	1945-1946	Dirección Nacional de Salubridad	Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social
-Ley 27 de 1946, se crea el Ministerio de Higiene	1946	Ministerio de Higiene	Independiente

Fuente: Eslava, 2004: 34. Adaptación M. Téllez

Estas múltiples transformaciones son la expresión de una estructura sanitaria nacional que estaba en proceso de construcción. La inestabilidad de la higiene a nivel institucional es el reflejo del aun reciente desarrollo del movimiento higienista en Colombia y de la incipiente participación política del cuerpo médico en la organización sanitaria estatal.

Además, estas transformaciones institucionales respondían a un proceso de formulación de políticas de organización de los servicios de salud, el cual es abordado por Hernández (2002). Este autor, para efectos de análisis, estudia este proceso en tres grandes momentos: El primero corresponde a los años 1910-1929, en el cual se dio el cambio “de la buena voluntad a la acción del Estado para la entrada al capitalismo”, el segundo momento, abarca los años 1930-1938, que estuvo caracterizado por las “muchas lógicas de la política de salud en el proceso de incorporación” y, el tercer momento, tuvo lugar entre los años 1939 y 1946, en los cuales ocurrió “la legalización de la fractura originaria de la organización de los servicios de salud”²⁷(Hernández, 2002: VII).

Al respecto, es importante mencionar que este autor señala, cómo en el primer momento, la atención a los problemas de salud no es uniforme en Colombia, pues estaba dada por la beneficencia pública dirigida a los pobres, cuyas fuentes financieras eran básicamente, la caridad cristiana y los auxilios del Estado, la atención individual por medio del ejercicio privado de la profesión médica, y la higiene, en sus dos modalidades: pública y privada.

En este esquema, apoyado en las haciendas y en el proyecto liberal republicano, la iglesia jugaba un papel preponderante, ocupándose de los pobres, en tanto que el Estado se centraba en promover el desarrollo económico, correspondiendo a la élite política bipartidista, el sostenimiento de una política social ligada a la caridad (Hernández, 2000: 13-115).

Por su parte, la higiene vivió un gran desarrollo derivado del proyecto modernizador liderado por la élite médica formada en Europa y Norteamérica, que consolidó su propio nicho institucional, e inscribió la higiene en la agenda pública, pues de esta, dependía la inserción del país a la economía mundial y el progreso del pueblo colombiano.

Por su parte, la higiene fue extendiendo su radio de acción hacia la campaña sanitaria, pero continuó favoreciendo una visión del pueblo como sujeto pasivo que recibía educación sanitaria (Hernández, 2002: 39)

En la década del veinte, la llegada de los obreros, no significó mayores cambios en la práctica higiénica, ni aún en el desarrollo de políticas de protección laboral, cuya legislación fue escasa y de poco efecto.

En el segundo momento, la coyuntura crucial de 1930 a 1938, se inicia con la fuerte depresión económica del 29, que influencia la llegada del liberalismo al poder en Colombia, en los 30. En este momento surge una fuerte preocupación de la élite bipartidista por imprimirle al Estado un rol más destacado, pese a lo cual, en el campo de la salud, su papel fue secundario al limitarse a la delegación y apoyo a ciertos programas sociales que incluían servicios de salud que habían surgido como alternativa a las demandas campesinas, vinculadas al sector cafetero.

En medio de una progresiva separación entre los obreros y los empleados, tuvo lugar la reforma constitucional del 36 que enunció el concepto de “asistencia pública”, ampliando la obligación del Estado frente a los indigentes, pero inscrita en el ámbito de la caridad. Simultáneamente, a raíz de las demandas obreras, Colombia fue orientando su elección hacia el seguro, en el modelo de ahorro individual, ampliamente defendido por los empleados del Estado.

²⁷ Para una lectura detallada, ver el libro de Mario Hernández Álvarez, titulado “*La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*”. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002.

Por su parte, la beneficencia y la higiene seguían juntas, teniendo esta última un desarrollo, con la creación de Centros Mixtos de Salud, nueva modalidad implantada por organismos internacionales, para prestar servicios preventivos. Adicionalmente, aumentó su capacidad de acción, con la incipiente oferta de servicios de atención médica a cargo del Estado, empezando a desplazar en ciertos espacios a la práctica médica privada y a la beneficencia (Hernández, 2002: 85)

Finalmente, en este periodo se intentó alcanzar una incorporación de la política laboral con la de salud, al interior del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, creado en 1938, sin tener éxito, porque persistió la separación de “diferentes lógicas” para la prestación de los servicios de salud (Hernández, 2002: 86).

En el tercer momento de estudio, comprendido entre 1939 y 1946, persiste la división entre empleados públicos, empleados del sector privado, y obreros.

La beneficencia continúa afianzando su poder, en tanto que los higienistas se concentran en el desarrollo institucional, alejándose de cierta forma, del conflicto político en torno a los debates sobre seguridad social, de esos años, siendo su mayor realización la creación del Ministerio de Higiene en 1946.

Por su parte, el sector de los trabajadores del Estado, también obtuvo la institucionalización de sus demandas con la creación de la Caja Nacional de Previsión (Hernández, 2000: 22).

A pesar de la oposición de los médicos en su lucha por obtener las mejores condiciones para el ejercicio de su profesión, en 1946, se crea también el Seguro Social en Colombia, quedando por fuera el sector cafetero, y algunos grupos de comerciantes, industriales y banqueros.

A partir de lo anterior, según Hernández: “se legalizó una fractura originaria en los servicios de salud en Colombia, para crear instituciones que se encargarían de la atención de los pobres, de los trabajadores por sectores de presión y de los ricos” (Hernández, 2002: 23).

Yendo más allá de la presentación de la propuesta de Mario Hernández, interesa evidenciar que estos cambios ocurridos en la primera mitad del siglo XX, se relacionaron con transformaciones en la estructura sanitaria y con la expansión del campo de la higiene, temas que serán profundizados a continuación.

Para ello, en principio se debe señalar, que la afiliación de la higiene a diferentes ministerios en cada momento, tiene una importante significación respecto a las relaciones que mantiene el Estado con el campo de la salud.

En particular, la promulgación de la Constitución Política de 1886 durante el dominio conservador, hizo que el Estado se tornara interventor en el campo de la salud al imprimirle el deber de procurar en forma de caridad pública, atención en salud a quienes no tuvieran los recursos necesarios. Este cambio provenía del interés conservador de configurar un Estado fuerte en el marco de la alianza con la Iglesia Católica. A raíz de la inclusión de la higiene en uno de los artículos de dicha constitución el Estado “empezó a tomar bajo su responsabilidad aquellos problemas catalogados como higiene pública²⁸ y algunos de la higiene privada²⁹, lo

²⁸ La higiene pública incluía acciones relacionadas con la salubridad de los puertos, el manejo de aguas servidas, el manejo de algunos alimentos, el control de establecimientos públicos y el seguimiento de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas enfermedades epidémicas.

²⁹ La higiene privada incluía acciones en el campo de la instrucción pública, con el fin de inculcar en el pueblo los preceptos de la urbanidad.

cual permitió iniciar los primeros intentos de organización sanitaria nacional” (Quevedo, et al., 1993: 176-178).

Así pues, se inició en 1886 el proceso de institucionalización de la higiene en Colombia³⁰ con la creación de la Junta Central de Higiene (JCH), que significó un importante logro en la conformación de una mínima estructura sanitaria centralizada (Quevedo, et al., 2004: 50). La JCH sería la asesora del Estado en asuntos de higiene pública, función que hasta ahora venía cumpliendo la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, y sería a su vez la primera en implementar una medicina urbana³¹ para la ciudad de Bogotá (Quevedo, et al., 2010: 210).

La creación de esta Junta también estuvo ligada a la acción de los médicos locales de mentalidad anatomoclínica³² que a raíz de su formación en higiene pública francesa³³ fueron los protagonistas en la creación de una estructura sanitaria que diera respuesta a los nuevos retos del Estado, aunque en este proceso coincidieran otros factores como el proyecto centralizador del Presidente Rafael Núñez y las presiones internacionales para garantizar la adopción de medidas sanitarias en los países del Continente Americano³⁴ (Quevedo, et al., 2010: 212; Gutiérrez; 2010: 74).

Una de las primeras actividades encomendadas a la Junta fue la de hacer cumplir y aplicar los tratados internacionales para la cuarentena y evitar así el aislamiento del país en relación con el comercio internacional. Pese a este deseo, en un comienzo, las disposiciones sobre higiene tuvieron un escaso impacto, ya que carecían de la fuerza normativa que obligara a su cumplimiento.

Llegado el siglo XX se dieron varios avances en este sentido. Por ejemplo, en 1908 ya se había establecido un servicio de Policía sanitaria, marítima y terrestre, se habían creado las Juntas Departamentales de Higiene, así como los cargos de inspectores de sanidad, médicos de sanidad y directores de estaciones sanitarias. Pero aún se carecía de una ley que reglamentara la higiene pública en el país. Con este propósito la Junta fue transformada en Consejo Superior de Sanidad mediante la Ley 33 de 1913. Este cambio fue importante por cuanto le había otorgado “una función legisladora y controladora de la higiene pública y privada y no solamente la de obtener los datos científicos necesarios para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública, como se imponía a la junta anterior” (Quevedo, et al., 1993: 185).

Pero la transformación no fue duradera y mediante la Ley 84 de 1914 el Consejo volvió a denominarse Junta Central de Higiene, cambio que le otorgó mayor autoridad a las disposiciones que esta emanaba al declarar obligatorio su acatamiento por parte de las autoridades municipales y departamentales.

³⁰ Ver (Quevedo et al. 2004: 60-71) para un estudio detallado del proceso de institucionalización de la Higiene en Colombia.

³¹ Modelo francés del desarrollo de la medicina ligado al proceso de urbanización. Comprende métodos de vigilancia, de hospitalización y de control de la vida en la ciudad, (Quevedo, et al., 2010: 207)

³² “Anatomoclínico sintetiza los elementos que definen una manera fundamental de concebir la enfermedad y practicar la medicina: de un lado, la patología de base anatómica (alteración de la forma y la estructura de partes del cuerpo, órganos, tejidos, etc.), y del otro, el trabajo a la cabecera del paciente con el recurso de la semiología y más globalmente, la clínica moderna” (Quevedo, et al., 2008: 253). Ver el ítem 4.2 de este capítulo.

³³ La higiene pública francesa surgida en el marco de la industrialización como instrumento de la medicina urbana comprendía el control de la movilidad, la división en barrios a cargo de una autoridad, los inspectores de salud, la vigilancia y el registro centralizado, la desinfección de las casas y de los lugares públicos (Quevedo, et al., 2010: 296).

³⁴ Especialmente, a partir del acuerdo emanado de la V Conferencia Sanitaria Internacional en 1881.

Posteriormente por la Ley 32 de 1918 la Junta Central de Higiene se convirtió en Dirección Nacional de Higiene, pero ahora dejaba de depender del Ministerio de Gobierno y pertenecía al Ministerio de Instrucción Pública y luego, mediante el Decreto 266 de 1920 fue adscrita al Ministerio de Agricultura y Comercio.

Esta situación ha sido abordada por Eslava (2004), quien expone que para cada ministerio las competencias varían de acuerdo con el cambio en la noción de higiene y su posición dentro de la estructura estatal así como por su articulación con el mundo del trabajo (Eslava, 2004:46). En este caso puntual, la adscripción inicial de la higiene al Ministerio de Gobierno correspondía a la necesidad de organizar un régimen centralista, donde la percepción principal de los gobernantes era la de mantener un Estado fuerte. El dominio conservador de la política colombiana, despertó el interés de que la sociedad tuviera instituciones fuertes tales como la familia, la Iglesia y el Estado, y la higiene se relacionó de manera estrecha con cada una de ellas. La élite conservadora había encontrado en el catolicismo a un perfecto aliado, pues a través del papel educativo que la Iglesia asumió, se logró infundir conformidad política al pueblo y fue a través de esta ideología que se le imprimió a la higiene un carácter moral.

Por su parte, el cambio a un Ministerio de Instrucción pública respondió al desarrollo de la higiene privada, pues el Estado estaba adoptando las ideas de progreso promovidas por Estados Unidos donde la educación jugaba un papel civilizador y de la mano de la instrucción pública, la higiene podía civilizar al pueblo, a través de campañas antialcohólicas y antivenéreas, que junto con la tuberculosis se constituían en los principales males que desde la herencia ancestral degeneraban la raza y minaban su progreso. En el intento de dar respuesta a estas problemáticas el Estado delegó a pedagogos católicos, la organización de las campañas en los establecimientos educativos, la expedición de cartillas sobre las temáticas de interés y simultáneamente expidió leyes que reglamentaban esos asuntos.

Pero llegada la década del veinte, la adscripción de la higiene al Ministerio de Agricultura y Comercio no ocurrió en vano, pues fue la respuesta a los cambios en el contexto político y económico del momento, donde se produjo una estrecha vinculación entre la higiene y los sistemas de producción agrícola y el comercio. Según Quevedo, et al., (1993) “la higiene favorece la ampliación de la frontera agrícola, estimula la inmigración extranjera europea que se está dando por esta época hacia otros países latinoamericanos y mejora la competencia del país en el comercio internacional” (Quevedo, et al., 1993: 190).

Adicionalmente, los higienistas colombianos han puesto sus ojos en una enfermedad que está afectando a la población recolectora de café, llamada uncinariasis o anemia tropical. Dicha enfermedad recibe la mayor atención del Gobierno, puesto que se requiere que la población económicamente activa cuente con buena salud para mejorar la producción nacional de café. En consecuencia, bajo la ayuda extranjera se inician campañas para combatir la uncinariasis y la vinculación de la higiene al Ministerio de Agricultura y Comercio garantiza un mejor control de estas acciones. Según Eslava (2002) con este cambio se le otorgó un realce a la higiene pública pues la preocupación giraba ahora en torno a elementos como la sanidad de los puertos, el control del agua y alimentos y el saneamiento en general, por la relación que estos aspectos guardaban con el anhelo de crecimiento económico y la necesidad de dar cumplimiento a ciertas reglamentaciones internacionales de intercambio comercial (Eslava, 2002: 39).

Frente a los requerimientos en materia de salud que iban en incremento a partir de la nueva situación productiva y de urbanización, los médicos locales ejercieron un papel destacado al promover la idea de reestructurar la higiene pública en el país (Quevedo, et al., 1993: 184). El doctor Pablo García Medina³⁵, fue uno de los protagonistas del proceso de organización

³⁵ El doctor Pablo García Medina fue secretario de la Junta Central de Higiene desde 1894 y jefe de la Higiene Nacional hasta 1932. Fue profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales a finales del siglo XIX. Ejerció la cátedra de Higiene con un enfoque claramente

sanitaria nacional en el desarrollo de su proyecto de estructurar una instancia a cargo de la higiene autónoma y con capacidad administrativa, para abordar los principales problemas sanitarios del país (Quevedo, et al., 2004: 246- 247).

Un gran logro en este sentido había sido la creación de la Dirección Nacional de Higiene, que dependía entonces del Ministerio de Agricultura y Comercio, pero a partir del 1° enero de 1924 esta instancia fue puesta en funcionamiento en el Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas (Corpas, 1924: 71), el cual había sido recientemente establecido por la Ley 31 de 1923.

El doctor Juan N. Corpas, primer Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas (1924)³⁶, dio la siguiente razón por la cual se efectuó el cambio de Ministerio:

Si la instrucción nacional debe ser una de las preocupaciones mayores de los poderes públicos, y en sus distintas ramas, la que se refiere preferentemente a las clases populares, la sanidad de los asociados corre parejas con aquel deber elemental del Estado (Corpas, 1924: 85).

Merece llamarse la atención un momento sobre este Ministerio porque no solo evidenció que el vaivén de la higiene a nivel institucional entre la agricultura y la educación continuaba vigente, sino especialmente porque introdujo por primera vez el término salubridad³⁷ en la denominación de un Ministerio en Colombia.

Al parecer el doctor Pablo García Medina estuvo detrás esta novedad, como lo estuvo durante casi veinte años que permaneció al frente de la organización sanitaria nacional (Quevedo, et al., 1993: 191), junto con otros connotados médicos colombianos como el doctor Jorge Bejarano³⁸ y el doctor Juan N. Corpas³⁹, quienes estaban de vuelta en el país después de haber adelantado estudios de higiene en Francia (Cáceres, 1996: 134).

Es justamente la hegemonía en Colombia de la tradicional escuela francesa lo que permite distinguir que el uso del término “salubridad pública” en el nombre Ministerio no se refería a la nueva noción de salud pública norteamericana recién llegada al país⁴⁰. Por el contrario, el concepto que ya había sufrido sus propias adaptaciones al contexto local, se usaba para abarcar la realidad que incluía tanto al estado de salud de las gentes como las condiciones medioambientales que lo afectan, siguiendo la propuesta de los higienistas franceses del siglo XIX (Quevedo, et al., 2004: 22).

bacteriológico. Llegó a ser Vicepresidente de la IV Conferencia Sanitaria Internacional de Montevideo y Director de la oficina Sanitaria Panamericana de Washington” (Hernández, 2002: 47).

³⁶ En 1925, lo sucedió en el cargo el doctor José Ignacio Vernaza, hasta la finalización del Gobierno del General Pedro Nel Ospina Vásquez en el año de 1926 (Vernaza, 1925: LXXXII).

³⁷ Según Quevedo, et al. (2004) “los términos salubridad (*salubrité*) e insalubridad (*insalubrité*) surgieron en la Francia del siglo XVIII y se usaban para hablar de las cosas y del medio ambiente y su acción positiva o negativa sobre la salud del público (Foucault, 1977a). Estos términos se diferenciaban de salud pública (*santé publicqué*) como el estado mismo de salud del público (La Berge, 1984). Sin embargo con el paso del tiempo, en nuestro país la palabra “salubridad” empezó a abarcar ambas cosas” (Quevedo, et al., 2004: 22).

³⁸ Según Cáceres (1996) el doctor Jorge Bejarano logró con la cooperación de otros profesionales que en 1923 el Ministerio de Instrucción Pública se transformara en Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas (Cáceres, 1996: 136).

³⁹ El doctor Juan N. Corpas sería el primer Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas en Colombia (Corpas, 1924: 1).

⁴⁰ Se aborda la llegada de la salud pública norteamericana en el Capítulo II.

El siguiente apartado tomado del informe sobre las actividades desarrolladas por el Ministerio de Instrucción y Salubridad públicas en 1924 revela que la nueva institución está reflejando los aspectos conceptuales de la herencia anterior cuando considera importante que:

(...) los gobiernos departamentales y municipales se empeñen en dotar a las poblaciones de acueductos bien construidos que suministren agua para el consumo de los habitantes [porque] esta medida trascendental salvará muchas vidas y ahorrará pérdidas considerables en la riqueza pública (Corpas, 1924: 73).

Sin embargo, con la creación del Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas no se logró otorgarle independencia a la higiene. De hecho, los funcionarios de la institución en los informes de este periodo manifestaron constantemente su mayor preocupación frente al ramo de la Instrucción Pública, dejando siempre en segundo lugar lo concerniente a la salubridad, e incluso se percibieron inconformidades con el manejo presupuestal de esta instancia. Así lo manifestó el doctor Manuel Restrepo Briceño, funcionario de la sección 3° al referirse al presupuesto de sanidad:

Por lo que puede verse por el Presupuesto vigente y por los créditos adicionales y extraordinarios abiertos por el Poder Ejecutivo, las dos terceras partes de este presupuesto se gastan en Lazaretos, Higiene y Salubridad y Beneficencia, no quedando para lo que se llama instrucción pública sino una suma insignificante para las necesidades de este ramo del servicio público (Huertas, 1927: 21).

De otra parte, en este Ministerio se introdujo un nuevo cambio con la Ley 15 del 31 de enero de 1925, la cual estipuló que la Dirección Nacional de Higiene se denominaría en adelante Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Este cambio fue de importancia pues se comenzó a separar la beneficencia de la asistencia pública que era un asunto administrativo que competía al Estado.

Al respecto debe resaltarse, que desde 1920 el doctor Pablo García Medina había sugerido que se estableciera la asistencia pública dentro del ramo de la higiene y más tarde, en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Lima en 1927, se iniciaron discusiones internacionales que reiteraron tal recomendación. Es más, en las conclusiones de dicha Conferencia se recomendaba a todos los países del continente la creación de Ministerios de Higiene y Asistencia Pública (Hernández; et al., 2002:71).

Aquello no ocurrió de inmediato en el país, aunque se dio un paso importante al concebir por primera vez, al Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública (DNHAP) como un servicio administrativo independiente por Ley 1° del 5 de enero de 1931. Esto como respuesta a un proceso en que con la subida al poder de los liberales a partir de los años 30, se abrió paso al desarrollo institucional del país y se comenzó a entender los asuntos de la salud pública como un claro problema de Estado, lo que conllevó a replantear la organización estatal de la higiene (Eslava, 2002: 41).

Más tarde, el Decreto 1828 de 1931, adscribió al Departamento Nacional de Higiene a la Presidencia de la República. Este sería el primer intento de ubicar a la higiene como un ente autónomo de la administración pública nacional, pero según informó el doctor Patiño Camargo en 1934, esta organización fue recusada por fallas en la constitucionalidad (Patiño Camargo, 1934. Citado por Quevedo, et al., 1993: 193). El intento reflejó además, un interés de centralización y la concepción de la higiene nacional como un servicio público de carácter administrativo, el cual debía estar sometido al poder Ejecutivo (Eslava, 2002: 45).

En 1934 se volvió a producir la recomendación de crear un Ministerio de Higiene, cuando la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno liberal de Alfonso López Pumarejo, constituyó 11 comisiones para estudiar la organización de la Higiene y de la Asistencia Pública. Como resultado de sus estudios, la Academia planteó entre otras sugerencias, que se creara un nuevo Ministerio que se encargaría de los aspectos sanitarios (Academia Nacional de Medicina, 1934; citado por Quevedo, et al., 1993: 229). De nuevo, la sugerencia fue omitida y continuaron ocurriendo cambios sucesivos, pues, a pesar del intento por independizar la Higiene de otros Ministerios, en 1934 el Departamento Nacional de Higiene, volvió a quedar dependiente del Ministerio de Gobierno, en 1935 del Ministerio de Agricultura y Comercio y al año siguiente del Ministerio de Educación Nacional.

Nuevamente, el vaivén en la ubicación de la higiene simbolizaba la contradicción existente en cuanto a la posibilidad de vincular las acciones sanitarias a la educación, entendiéndolas como un asunto del individuo y de su comportamiento o de otra parte, relacionarlas con el comercio entendiéndolas como un asunto social o económico nacional (Quevedo, et al., 1993: 191).

En 1938, fue el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social la instancia encargada de la Higiene en el país, debido a las nuevas relaciones que existían entre sanidad y economía, higiene y trabajo, que habían surgido en el marco de la industrialización y la urbanización. Este cambio respondió también a las nuevas relaciones del Estado con la salud, plasmadas en el acto legislativo reformativo de la Constitución Nacional de 1936, según el cual el Estado Colombiano se enunciaba por primera vez con deberes sociales que implicaban que el asunto de la salud de la población dejaba de ser meramente caridad cristiana y en la nueva perspectiva liberal pasaba a ser un deber constitutivo (Quevedo, et al., 1933: 225).

Sin embargo, en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social persistió la dificultad de que la higiene se redujera a una espesa legislación que a nivel operativo se diluía en la autonomía departamental y municipal. Según el Ministro del ramo en 1938, el doctor Alberto Jaramillo Sánchez, “la unión en un solo ministerio de estas cuestiones era solo un paso para lograr la tecnificación de la administración de los asuntos sociales y se esperaba la creación del Ministerio de Higiene en un mediano plazo” (Jaramillo Sánchez, citado por Gutiérrez, 2010: 94).

Esta sugerencia no pudo ser seguida de manera inmediata pues se debió esperar hasta la década del cuarenta, cuando se ahondó en la idea de separar los asuntos de la higiene de otros como los laborales, separando al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión social. Allí nació el Ministerio de Higiene, en 1946, el cual sería sucedido por el Ministerio de Salud Pública seis años después; aspecto que se estudiará en el capítulo II. Por ahora baste decir que después de esta agitada dinámica institucional, la higiene se ubicó en el aparato administrativo estatal como ente independiente, nicho en el cual, como se verá más adelante, se dieron los primeros pasos para la institucionalización del la Salud Pública en Colombia en un ministerio.

Pero, la llegada de la salud pública a Colombia se había producido desde las primeras décadas del siglo XX, por lo cual, a continuación se presenta un breve resumen del proceso de transito de la higiene a la salud pública en Colombia, entre 1920 y 1945.

4.2 La llegada de la higiene a Colombia

La higiene había nacido en Europa unida a la visión hipocrática de la medicina. En su primer desarrollo era entendida como “un comportamiento adecuado que impidiera que se produjera el predominio anómalo de un humor sobre los otros” (Quevedo, et al., 2004: 35).

Así, el equilibrio de los humores que componían el cuerpo (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) mantendrían la salud. Pero la insuficiencia de estas medidas para resolver las enfermedades epidémicas, llevó a la necesidad de tomar nuevas acciones que escapaban del ámbito individual y se dirigían al público, las cuales tuvieron como sustento a la teoría miasmática que planteaba que la corrupción del aire con partículas pútridas que surgían de la tierra en descomposición (miasmas) producían las enfermedades purulentas y contagiosas, que podrían evitarse mediante la limpieza de las ciudades, la sepultura de los cadáveres, la desecación de pantanos, entre otras (Quevedo, et al., 2004: 36). Estas dos modalidades de la higiene, la privada y la pública, llegaron al Nuevo Reino de Granada durante el periodo colonial.

Los primeros rastros de una higiene pública miasmática en Colombia se hacen evidentes a comienzos del siglo XIX, concretamente en la práctica de la medicina ilustrada traída al Nuevo Reino de Granada por José Celestino Mutis. Este médico y cirujano dejó evidencia de ello en una serie de trabajos sobre medicina general, fisiología, terapéutica, botánica médica, química y por supuesto sobre higiene, recopilados por Guillermo Hernández de Alba a los cuales Emilio Quevedo ha llamado el “corpus mutisiano” (Quevedo, et al., 2008: 32-33). Aunque los temas tratados en los documentos son muy diversos, en ellos está presente la teoría miasmática que sustenta tanto la explicación etiológica de las enfermedades agudas como las medidas higiénicas que se proponen para prevenirlas y tratarlas (Quevedo, 1994: 91-112).

En 1782 luego de que fallaron las medidas de carácter religioso, el Virrey Antonio Caballero y Góngora recurrió a la higiene pública ilustrada, incluyendo la práctica de la inoculación, siguiendo las recomendaciones de Mutis, para evitar los contagios de viruela ante los anuncios de nueva epidemia procedente de Cartagena y Santa Marta. Nuevamente, en la epidemia de 1801 proveniente de Popayán, el virrey Pedro Mendinueta centró su atención en la prevención, para lo cual autorizó al cabildo para sesionar y tratar lo relativo a la amenazante peste. Las medidas adoptadas incluyeron la creación de cordones sanitarios, la atención a los contagiados, la divulgación de medidas preventivas y la creación de una junta de sanidad (Quevedo, et al., 2008: 61-69). No obstante, el Virrey se opuso a la utilización de la inoculación por considerarla peligrosa. Ante el avance de la epidemia, el mandatario decidió retirarse a una hacienda cercana a Santa Fé para evitar el contagio. Esta situación, fue aprovechada por Mutis para obtener la autorización del oidor Juan Hernández de Alba, encargado del manejo de la ciudad y de la epidemia, para implantar la práctica de la inoculación, logrando erradicar la epidemia (Silva, 1992: 90-95).

Esta higiene pública ilustrada traída por Mutis se volvió hegemónica hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando comenzó a llegar al país la nueva mentalidad médica francesa llamada anatomoclínica y que se comenzó a institucionalizar a raíz del cierre en 1865 de la antigua Facultad de Medicina del Colegio del Rosario y la apertura en Bogotá de la Escuela de Medicina de carácter privado, de orientación francamente anatomoclínica. Este proceso fue liderado por Antonio Vargas Reyes, médico colombiano recién llegado de Francia en donde se había impregnado de las nuevas ideas.

En 1868 este proceso de institucionalización se consolidó definitivamente con la creación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, en la cual participaron además de Vargas Reyes, otros profesores más, formados en Francia. Ellos trajeron a Colombia las ideas de la higiene pública y la medicina urbana de orientación francesa (Quevedo, et al., 2010: 202).

Este proceso de institucionalización se complementó con la creación en 1873 de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y su medio difusor: la *Revista Médica*. Sus fundadores fueron los doctores M. Plata Azuero, Nicolás Osorio, Liborio Zerda, Abraham Aparicio, Leoncio Barreto y Evaristo García. El objetivo de esta sociedad era el de convertirse en “el punto de

apoyo para el desarrollo de una tendencia incipiente hacia la higiene pública, que pretendió desarrollar la disciplina e intentó crear mecanismos estatales de control de la salubridad, dentro de los marcos de referencia de la higiene pública francesa” (Quevedo, et al., 2010: 105).

Con este apoyo proveniente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, los médicos colombianos vieron en el movimiento de la higiene pública francés el modelo sobre el cual actuar para la conformación de una estructura sanitaria a finales del siglo XIX y comienzos del XX (Quevedo, et al., 2004: 40).

Pero, con el cambio de siglo y la llegada al país de la nueva teoría microbiana desarrollada recientemente en Europa, el movimiento higienista colombiano sufrió un proceso de bacteriologización. Este proceso fue de importancia porque marcó el comienzo del proceso de tránsito desde la higiene pública hacia la medicina tropical y la salud pública. A continuación se describe brevemente este proceso⁴¹.

4.3 La bacteriologización de la higiene

Durante la segunda mitad del siglo XIX, los descubrimientos de Pasteur y Koch habían conducido a un cambio en la medicina, la cual comenzó a apoyarse en la microbiología. La noción de enfermedad vigente hasta ese momento cambió y comenzó a ser entendida ahora como el resultado de la penetración de agentes externos en el organismo (Quevedo, et al., 1993: 167). Las investigaciones de Louis Pasteur resultaron en aplicaciones para la higiene en la búsqueda de formas de aumentar las defensas de los organismos mediante vacunas y como consecuencia de ello, sobrevino la bacteriologización de la higiene europea.

Entre tanto, la introducción de la bacteriología a los Estados Unidos en 1880, tuvo implicaciones prácticas gracias al desarrollo de laboratorios bacteriológicos que llegaron a existir prontamente en todas las grandes ciudades de Estados Unidos (Quevedo, et al., 2004: 84). Los trabajos de estos laboratorios, especialmente el de Nueva York se centraron en enfermedades como la difteria, la neumonía, la fiebre tifoidea, la fiebre escarlatina, entre otras y los conocimientos obtenidos fueron aprovechados por los oficiales sanitarios en la implementación de programas y campañas. De esta forma, el modelo higienista norteamericano se orientó hacia los avances de la bacteriología y el nacimiento de la epidemiología, situación que favoreció un escenario para el futuro tránsito de la higiene pública hacia la medicina tropical y la salud pública a comienzos del siglo XX (Quevedo, et al., 2004: 45).

Por su parte, Colombia importaría las ideas del nuevo paradigma bacteriológico, de forma que a comienzos del siglo XX la mentalidad anatomoclínica comenzó a ser reemplazada por la etiopatológica. Pero el desarrollo de esta mentalidad significó importantes cambios en la higiene nacional. En un principio los médicos mezclaron las arraigadas ideas hipocráticas de la enfermedad con las novedosas nociones derivadas de la teoría microbiana, que aunque no supusieron una ruptura epistemológica, sí implicaron la bacteriologización de la higiene (Quevedo, et al., 2004: 93).

En 1897 el reconocido doctor Pablo García Medina, impulsor de la higiene nacional, vinculaba claramente a la higiene y a la bacteriología al asociar las malas condiciones higiénicas con la pérdida de la inmunidad natural de los individuos y la posibilidad de transmitir un germen más virulento que el que recibieron. Con esto, se habían introducido los elementos conceptuales de

⁴¹ Para una mayor profundidad se remite al lector al libro de Quevedo, et al., (2004) titulado “Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo: El Tránsito desde la Higiene hacia la Medicina Tropical y la Salud Pública en Colombia 1873-1953”. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia - Instituto de Salud Pública - Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras.

la teoría microbiana y posteriormente se iniciaría el desarrollo de la tecnología de laboratorio para su enseñanza.

Fue así que la bacteriología comenzó a crear su nicho institucional en la estructura sanitaria colombiana, especialmente con la creación del Parque de vacunación en la Junta Central de Higiene, luego fueron creados otros laboratorios de carácter privado como el Laboratorio privado de Federico Lleras en 1906, el Laboratorio Municipal de Bogotá en 1910 y el Laboratorio Bacteriológico de Medellín en 1913 (Quevedo, et al., 2004: 104).

4.4 De la higiene bacteriologizada a la medicina tropical

El surgimiento de un nuevo movimiento científico británico trajo consigo cambios en la práctica de la higiene bacteriologizada en Colombia. Fue la medicina tropical, que nació de la preocupación por los efectos del clima tropical en la salud de las tropas británicas que caían víctimas de las enfermedades infecciosas mientras expandían el Imperio. Centrada en los desarrollos de la parasitología esta medicina propuso una nueva forma de enfrentar a las enfermedades tropicales.

Su fundador fue Patrick Manson (1844-1922) quien promovió la creación de una especialización para la enseñanza de la medicina tropical en Londres, con un énfasis en el laboratorio y el estudio clínico. Éste importante personaje ideó la “teoría del vector”, que sería retomada por Ronald Ross (1857-1932) un cirujano y salubrista del Servicio médico de la India, que promoverá el desarrollo de la “campana sanitaria” en la lucha contra la malaria en la India.

A partir de la conjunción de estas novedosas ideas surgirá el modelo de la salud pública en Estados Unidos, pues los norteamericanos le imprimieron su sello a los desarrollos de la medicina tropical que había hasta el momento cuando aplicaron estrategias militares a la erradicación de la fiebre amarilla en Cuba, República Dominicana, Haití y posteriormente Panamá, lugares donde tenían claros intereses políticos y económicos.

La estrategia se basaba en la idea de que los servicios de salud pública, que “combatían” las enfermedades tropicales, actuaban como un ejército en guerra y que el principal enemigo era el mosquito transmisor de la enfermedad que debía ser eliminado mediante campañas erradicatorias. Esta perspectiva garantizaba simultáneamente el dominio norteamericano en América Latina, la prevención de la importación de enfermedades a través del intercambio comercial con los países de la región y la disminución de la mortalidad de los trabajadores norteamericanos que vivían en esas tierras insalubres.

Así fue que la medicina tropical llegó a Colombia, vinculada a la construcción del Canal de Panamá que estaba en jurisdicción de los Estados Unidos, por lo cual este Gobierno debió tomar el control de la sanidad y velar por la salud de los ciudadanos norteamericanos que laboraban allí. Con esta experiencia quedó abierta la puerta de entrada de la salud pública norteamericana no solo a Colombia sino a América Latina.

4.5 La salud pública norteamericana

El movimiento higienista norteamericano había estado marcado por la preocupación del Gobierno de que su territorio ingresaran infecciones provenientes de los países vecinos, como cólera y fiebre amarilla, por lo cual desarrolló acciones preventivas como la imposición de cuarentenas a los buques y puertos de embarque, que estuvieron en un principio a cargo de la

sanidad militar;⁴² y la realización de Conferencias Sanitarias Internacionales para llegar a acuerdos técnicos con otros países que favorecieran sus intereses en cuanto a los problemas sanitarios (Quevedo, et al., 2004: 43-45).

Estas conferencias no fueron una invención de los norteamericanos, pues en Europa se habían realizado cuatro de ellas, sin embargo, será la quinta Conferencia Sanitaria Internacional, realizada en Washington en el año de 1881, la que llevará a este país a tomar la determinación de iniciar contactos con los países de América Latina en la búsqueda de su objetivo⁴³. Con tal propósito, en la reunión se sugirió la idea de crear una Oficina Sanitaria Internacional (después OPS) la cual desempeñaría un rol destacado en el intento de implantar un sistema de cuarentenas uniforme que facilitara el comercio con América Latina.

La intervención norteamericana se continuó dando a comienzos del siglo XX. En diciembre de 1902 se convocó en Washington a la Primera Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas, en la cual se programaría la realización periódica de estas reuniones cada cuatro años y que más tarde recibirían el nombre de Conferencias Sanitarias Panamericanas (Quevedo, et al., 2004: 136).

Pero habría de surgir otra estrategia norteamericana para intervenir en el proceso de estructuración de la organización sanitaria nacional en casi todos los países de América Latina. Esta fue la realización de campañas sanitarias a través de fundaciones filantrópicas, especialmente, la Fundación Rockefeller.

Dicha institución había sido ideada por el magnate del petróleo, John D. Rockefeller como una forma de aplicar la filantropía privada, obtener beneficios económicos a través de la entrega de donativos en sustitución del pago de impuestos al Estado y de invertir en el campo de la salud en los enclaves extranjeros donde tenía negocios beneficiando de esta forma a los trabajadores norteamericanos que laboraban en esas tierras.

La Fundación Rockefeller, fue creada en 1910 pero inició sus actividades tres años después, cuando el Congreso norteamericano le dio la autorización para funcionar. Los lineamientos políticos para esa institución fueron diseñados por Frederick T. Gates, sacerdote bautista y mano derecha de John D. Rockefeller, quien consideraba que la filantropía debería ser el arte de detectar a los países “atrasados” para ayudarlos a recobrar la salud y, así, restablecer el orden social (Quevedo, et al., 2010: 390). Gates que había sido contratado desde 1892 por Rockefeller y bajo la idea de iniciar una filantropía al por mayor, lo indujo a crear el Instituto Rockefeller para la investigación médica. Este Instituto inició labores en 1901 y su presidente fue William Welch, de la Universidad Johns Hopkins. En 1902 fue nombrado Simon Flexner, de la Universidad de Pennsylvania, como su director. Este se encargaría de seleccionar a los científicos que harían parte del Instituto. En 1903, Rockefeller decidió extender la acción educativa hacia los pobres del sur de los Estados Unidos, para lo cual creó la Comisión General de Educación, cuyo objetivo estuvo centrado en la formación técnica agrícola. Esta Comisión junto con el Instituto Rockefeller se destacaron por su participación en la reforma de la educación médica norteamericana de corte flexneriano (Quevedo, et al., 2004: 176-177).

⁴² Para ello fue creado en 1902 el “Servicio de Salud Pública y Hospital de Marina” el cual se mantuvo hasta 1912 cuando cambio su nombre por el de “Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos”. Además de este servicio fueron creadas otras entidades gubernamentales como el “Departamento Médico del Ejército” y la “Oficina de Medicina y Cirugía de la Armada” que influyeron en las medidas sanitarias de América Latina (Quevedo, et al., 2004: 45).

⁴³ Colombia asistió a dicha conferencia, bajo la representación del doctor Pio Rengifo quien firmó el acuerdo internacional adoptado en la reunión. Desde entonces la participación del Estado Colombiano en materia sanitaria se modificaría sustancialmente por los compromisos adquiridos.

Adicionalmente, la Comisión General de Educación tuvo un papel importante en la creación de la Comisión Sanitaria Rockefeller, cuando uno de sus funcionarios llamado Wallace Butrick, tuvo contacto con Charles Wardell Stiles, profesor de la Escuela de Medicina de la Fuerzas Armadas de los Estados Unidos quien investigaba a una enfermedad llamada uncinariasis y se convenció de que dicha enfermedad afectaba a los habitantes del Sur, donde la Comisión adelantaba sus trabajos.

Al informarle a Rockefeller esta situación, y después de que este solicitara la opinión de varios médicos, decidió seleccionar a esta enfermedad para iniciar una campaña erradicatoria. Los buenos resultados arrojados por dicha experiencia, en la que con pocos recursos y sobre la base de medidas higiénicas simples, se logró alcanzar efectos económicos y sanitarios importantes, motivaron a Rockefeller a crear en 1909 la Comisión Sanitaria Rockefeller, que sería “la incursión definitiva de la filantropía rockefelleriana en la salubridad pública para los Estados Unidos” (Quevedo, et al., 2004: 178).

Pero Gates aspiraba a la creación de una institución que tuviese mayor impacto por lo cual en 1910 tuvo la idea de orientar la filantropía hacia la campaña internacional, proyectando la creación de la FR.

El hijo del gran magnate, John D. Rockefeller Jr. asumió la cabeza de la Fundación que se trazó como primer objetivo la erradicación de las enfermedades tropicales. Su acción fue llevada a todos los continentes en forma de campaña contra la uncinariasis⁴⁴, creando para ello la Comisión Internacional de Salud (International Health Commission) en 1913, que dos años más tarde se transformaría en la Junta Internacional de Salud (International Health Board) (Quevedo, et al., 2004: 181).

En esencia la campaña erradicatoria se apoyaba en los desarrollos de la bacteriología y de la parasitología, intentando actuar sobre los agentes causales de las enfermedades y a su vez demostrando que la higiene era efectiva al actuar sobre los factores que favorecían la aparición de las enfermedades a un costo relativamente bajo.

Ante los logros obtenidos con estas campañas, John D. Rockefeller comenzó a interesarse en el desarrollo de la salud pública como una nueva disciplina médica, razón por la cual impulsó el proceso de su institucionalización (Quevedo, et al., 2004: 194). El primer paso que dio en este sentido fue la decisión de apoyar la creación de una Escuela de salud pública en la Universidad de Johns Hopkins a partir de la necesidad de contar con un nuevo tipo de profesional que estuviera capacitado para el desarrollo de los programas de la FR⁴⁵. Este era, un individuo capaz de integrar la administración de servicios de salud y la campaña de erradicación.

Pero el desarrollo de la Escuela Hopkins no solo fue crucial para el proceso de la profesionalización de la salud pública en los Estados Unidos, sino que se convirtió en un centro para el entrenamiento internacional de oficiales de salud pública, influyendo en el desarrollo de las actividades propias de esta disciplina alrededor del mundo (Fee, 1987:1). Según Fee (1987), esta fue “la primera de una larga serie de escuelas de salud pública, nacionales e internacionales fundadas por la Fundación Rockefeller, donde la Escuela Hopkins sería el modelo a seguir” (Fee, 1987:1)

Así pues, la FR ejerció un liderazgo en la organización de los programas de salud pública y en la educación profesional en salud pública (Fee, 1987: 4), ayudando a desplazar el antiguo

⁴⁴ La uncinariasis fue adoptada como la enfermedad a combatir por tener una alta incidencia, requerir de medidas higiénicas simples para su erradicación y generar a la vez un significativo impacto económico. Adicionalmente, fue escogida porque ya se conocía de algunas experiencias gubernamentales exitosas en su tratamiento.

⁴⁵ Véase el libro de Elizabeth Fee (1987) para conocer a fondo la creación de esta escuela.

modelo higienista predominante en América Latina, por el modelo de la salud pública norteamericana.

La introducción a América Latina de esta nueva corriente comenzó con la campaña contra la uncinariasis, que fue puesta en marcha en América Latina a partir de 1914. Fue iniciada en Costa Rica por la FR y continuada en Guatemala, Nicaragua, Panamá, El Salvador, llegando a Colombia en 1920.

Desde 1909 el doctor Roberto Franco, pionero de la medicina tropical en nuestro medio había reconocido la alta incidencia de esta enfermedad en Colombia, la cual debilitaba las fuerzas laborales del campesinado y había difundido la iniciativa de iniciar una campaña nacional para su erradicación (Quevedo, et al., 2004: 153). Pero hubo que esperar a que los intereses de la élite cafetera nacional de la segunda década del siglo XX coincidieran con la idea promovida por los Estados Unidos de que la higiene era sinónimo de prosperidad, para que se diera el primer paso para garantizar la salud de los trabajadores vinculados con este sector, por medio de una campaña contra la uncinariasis en cabeza de la Rockefeller.

4.6 Llega la salud pública a Colombia

El primer contacto colombiano con la FR se dio en 1916 cuando la comisión de fiebre amarilla de dicha institución incluyó a Colombia en su estudio de la presencia de esta enfermedad en América Latina. La Comisión vino al País para corroborar si los brotes que habían sido denunciados por Roberto Franco y otros médicos locales, sí correspondían a brotes de fiebre amarilla. Al cabo de los estudios, la comisión conceptuó que no se trataba de dicha enfermedad (Quevedo, et al., 2007: 37-38). El segundo contacto con la Fundación se dio en 1918 cuando el Gobierno colombiano solicitó a la Junta Internacional de la FR la cooperación para establecer la campaña contra la uncinariasis, a lo cual esta accedió pero exigiendo que se contara con:

- La organización de una Comisión sanitaria del suelo, que vigilara la construcción de excusados sanitarios antes de emprender las medidas curativas.
- La organización de un Departamento de Uncinariasis (del que formara parte la comisión sanitaria del suelo), en el que el representante de la Junta desempeñara las funciones de director durante todo el periodo de cooperación.
- La exención de derechos de aduana; transporte de todo aquello que fuera a emplearse en la campaña; transporte de todos los empleados, con excepción del director, cuando estuvieran en desempeño de sus funciones oficiales; franquicia postal y telegráfica para los asuntos oficiales e impresión de todo lo necesario.
- Una oficina central en Bogotá y oficina en los Distritos donde se establecieran trabajos. (FR, 1937:15-16; citado por Quevedo, et al, 1993: 217).

Adicionalmente la FR sugirió la financiación de becas para médicos en salud pública en los Estados Unidos y por medio del convenio suscrito exigió la vinculación de los estudiantes en algún cargo público al término de su formación.

En cumplimiento de este convenio, el Gobierno colombiano expidió el Decreto número 261 de 1920, por el cual se creó el Departamento de Uncinariasis, el cual representó el primer paso en la institucionalización de la salud pública en Colombia. Posteriormente, el trabajo de la FR se extendió a la investigación y control de otras enfermedades, como la fiebre amarilla y la

malaria⁴⁶. Sin embargo, la influencia de la FR no se limitó a promover cambios institucionales a nivel central, sino que su acción se extendió a los niveles descentralizados. Así lo manifestaba en 1934 el doctor Arturo Robledo entonces Director del Departamento Nacional de Higiene:

Consideramos con los representantes de la Fundación Rockefeller, que debe desarrollarse un sistema integrado de atención de la salud con carácter preventivo-asistencial, encargado de vacunaciones, educación sanitaria y nutrición, fomento rural a la producción de alimentos, saneamiento del suelo y asistencia ambulatoria de enfermos, que sirva como atractivo para impulsar los aspectos preventivos de salud. Para esto vamos a montar unidades sanitarias en las ciudades, y en los pueblos y campos, comisiones rurales (Arturo Robledo, citado por Campo, 1982: 143).

Esta propuesta correspondía a un nuevo modelo de trabajo administrativo conocido como “Bottom-up” es decir, que se desarrolla de abajo hacia arriba. Esta concepción trata de partir de los comportamientos concretos en el nivel donde existe el problema, construyendo reglas, procedimientos y estructuras organizativas por medio de un proceso ascendente (Roth, 2002: 109-110).

Al respecto, merece citarse el establecimiento de la Unidad Sanitaria de Pereira en 1934, como un ejemplo de la institucionalización de la salud pública desde la base de la organización sanitaria. Esta había surgido bajo el apoyo decidido del presidente Alfonso López Pumarejo, como la primera Unidad Sanitaria Experimental de la campaña bajo la cual el gobierno buscaba hacer un cambio administrativo fundamental en los sistemas de higiene. Su director fue el doctor Arturo Campo Posada⁴⁷ quien recibió asesoría en los primeros meses por parte del doctor Moreno Pérez, colombiano vinculado a la FR en América Latina, en lo relativo a montar las instalaciones, coordinar las ayudas económicas y la colaboración del gobierno municipal, investigar el parasitismo intestinal y el estado de desnutrición de la población, la falta de letrinas para la recolección de excretas en las zonas rurales, las dotaciones, los procedimientos de educación, etc. (Campo, 1982: 143-144).

Esta campaña fue extendida a nivel nacional, para lo cual, transcurridos dos años de establecida la unidad experimental en Pereira, el doctor Campo Posada fue nombrado como director nacional de Unidades Sanitarias y Comisiones Rurales, cargo desde el cual fundó 42 Unidades Sanitarias y más de cien comisiones rurales (Campo, 1982: 145-147). Según el propio doctor Campo, su trabajo se había visto facilitado ante el respaldo del presidente López quien había tomado a la educación y a la salud como los pilares de su gobierno, ante lo cual expresaba: “Por fortuna la insistencia del presidente López en salud y educación me abonaba el terreno para ablandar las resistencias de los políticos locales y se hicieron todos los contratos por acción tripartita: Nación, departamentos, municipios” (Campo, 1982: 147).

La aceptación de la cooperación técnica estatal en salud reflejaba una relación más amistosa del Gobierno colombiano con Estados Unidos, que había surgido con el cambio político resultado del advenimiento al poder del partido liberal a partir de los años treinta del siglo XX y que tuvo sus propios efectos en materia sanitaria. Según Ocampo (1982), “a partir de

⁴⁶ Para un análisis a profundidad sobre la campaña de fiebre amarilla ver: Saul Franco Agudelo (1990) *El paludismo en América Latina*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara, y su artículo: *The Rockefeller Foundations Antimalarial Program in Latin America: Donating or Dominating?* *International Journal of Health Services*. vol 13 (1) : 51-67.

⁴⁷ Médico nacido en Pereira en 1909, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, realizó estudios en Francia. Encargado durante varios periodos de la dirección general del Departamento Nacional de Higiene. Fue también Jefe del Departamento Médico de la Caja de Previsión Nacional y miembro del Consejo Directivo del ICSS. Profesor de cirugía durante 15 años en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional (Campo, 1982).

entonces y hasta 1940, la vida nacional estará marcada por el establecimiento de la dominación imperialista norteamericana, pedida y aceptada por la oligarquía liberal y conservadora” (Ocampo, 1982: 76).

La cooperación de los liberales con los Estados Unidos era en sí, una expresión de apoyo a las democracias mundiales, que estaban amenazadas por el fascismo (Williford, 2001: 105). En este sentido los liberales actuaron a favor de democracias como la de Franklin D. Roosevelt, cuya política del “Buen Vecino” le permitió al Gobierno norteamericano dar un viraje en su política exterior con respecto a América Latina, al interesarse por modificar su actitud intervencionista y plantear relaciones más amistosas con los países de la región.

Adicionalmente, el ambiente provocado por la Segunda Guerra Mundial, en el que Estados Unidos tenía la preocupación por mantener la seguridad hemisférica ante la amenaza de golpes militares bajo la influencia nazi, lo llevó a velar por sus relaciones con Colombia en donde Alemania ya ejercía presencia. Igualmente, en el ámbito comercial el gobierno norteamericano se interesó porque sus productos manufacturados tuvieran mercado en la región, en tanto que la producción agrícola y mineral de los países latinoamericanos le fueran enviados al Norte (Williford, 2001: 102).

En Colombia tenía especial interés en productos como el banano y el petróleo que estuvieron bajo el control de corporaciones norteamericanas⁴⁸ y por la producción de caucho, carbón y platino, por ser materias primas básicas para la industria bélica. En este contexto internacional, Colombia cooperó con el país del Norte pues los dirigentes liberales estaban velando por afianzar el proceso de industrialización colombiano sobre la capacidad ya instalada y el mercado con Estados Unidos debía mantenerse, al ser el más importante para el café colombiano.

En efecto cuando el liberal Alfonso López Pumarejo, asumió por segunda vez la presidencia en 1942, respaldó la llamada “buena vecindad” y fomentó la solidaridad continental específicamente en el campo sanitario. Esta solidaridad partía de un discurso según el cual proteger la salud y mejorar la salud pública “constituía un aporte esencial al mantenimiento de los pueblos de América para defenderse y resistir la agresión” (Quevedo, 2004: 294).

En concordancia con estos planteamientos el presidente López decidió apoyar las recomendaciones de la Tercera Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas reunida en Rio de Janeiro en enero de 1942, con el cual se estableció un programa cooperativo entre el Instituto de Asuntos Interamericanos⁴⁹ y las naciones americanas en los problemas relativos a la salud pública (Quevedo, et al., 1993: 234).

Lo anterior pone de manifiesto que el Gobierno de Colombia había asumido una nueva actitud al tomar en sus manos los asuntos de una salud pública permanente.

Si bien, hasta entonces la intervención norteamericana se había hecho evidente en la transición desde la higiene hacia la salud pública en Colombia a través de las formas de cooperación bilateral estatal, como los programas puestos en marcha por la FR, esta iría mucho más allá.

De hecho, desde comienzos de la década del treinta la FR fue dejando en manos de los Directores Departamentales de Higiene la supervisión de los trabajos iniciados por ella, hasta que en 1948 retiró definitivamente su cooperación técnica y monetaria en salud pública a Colombia, pues el sentido político de sus trabajos radicaba en brindar un apoyo inicial hasta

⁴⁸ Principalmente la United Fruit Company y la Tropical Oil Company.

⁴⁹ Entidad dependiente del Gobierno de Washington.

que el Gobierno estuviese en capacidad de asumir de manera autónoma la responsabilidad y el control del trabajo (Quevedo, et al, 2004: 210, 222, 274).

Esto no significó un abandono del Gobierno norteamericano a sus intereses de ejercer influencia en materia sanitaria en Colombia, sino por el contrario, la campaña de uncinariasis representó solo el punto de partida de una influencia sistemática norteamericana en salud pública en nuestro país. Dicha influencia ya se había introducido desde finales de la Segunda Guerra Mundial, esta vez amparada en una política de defensa del hemisferio.

Los antecedentes de este proceso se encuentra en una visita a Bogotá en septiembre de 1942 de Nelson Rockefeller, nieto del magnate John D. Rockefeller y entonces Coordinador de la Oficina de Relaciones Interamericanas, a raíz de la cual se suscribió un convenio entre los representantes de Colombia y de los Estados Unidos, para el mejoramiento de la salubridad y saneamiento a través de un programa cooperativo. Para su desarrollo el Gobierno norteamericano requirió la creación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), dependiente del Instituto de Asuntos Interamericanos de la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos y del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social de Colombia (Cruz, 1947a: 90).

Esta entidad fue creada por la Ley 36 de 1942, y ubicada como un servicio técnico especial del Ministerio por Decreto Ejecutivo N° 41 de enero de 1943. Dicho Servicio jugó un papel importante en la consolidación de la capacidad técnica en salud pública en el país y durante la década del cuarenta fue la instancia encargada de la definición de los lineamientos y las orientaciones en materia sanitaria.

El programa cooperativo consistía en proyectos individuales cuyo objetivo, planes de trabajo y cantidad de dinero a gastar, se relacionaban en un acuerdo de proyecto, el cual era firmado por el Ministro y el Director del Servicio (Roger; 1955:2).

La cláusula del Acuerdo Básico definió los siguientes objetivos con la creación del programa cooperativo en salud:

a) Promover y fortalecer la amistad y entendimiento entre los pueblos de la República de Colombia y los Estados Unidos de América, y fomentar su bienestar general; b) asistir en la actividades de Salud Pública y saneamiento en Colombia por medio de la acción cooperativa de las partes contratantes de este convenio y c) estimular y acrecentar entre los dos países el intercambio de conocimientos, pericias y sistemas técnicos en el campo de la salud pública y saneamiento (Roger, 1955: 1-2).

Con ello, puede decirse que la corriente de la Salud Pública tomo su propio curso en el país, bajo la asesoría de los norteamericanos. El historiador de la Medicina Emilio Quevedo sitúa el proceso de institucionalización definitiva de la salud pública norteamericana en Colombia entre 1933 y 1953, tiempo en el cual como se verá, el Ministerio de Higiene cambió en su estructura, sus procesos, sus resultados y sus relaciones internas y externas.

La llegada de la salud pública norteamericana determinó la necesidad de la integración de un nuevo cuerpo de conocimientos a los saberes ya establecidos. En dicho proceso “se van reemplazando a aquellos conocimientos que van quedando obsoletos, por los aportes de los nuevos descubrimientos” (Quevedo, et al., 2004: 93).

De modo que, en cierto momento existieron dos criterios conceptuales históricamente entrelazados, pues con la salud pública no tuvo lugar una ruptura epistemológica sino que los supuestos de la higiene bacteriologizada y la medicina tropical que habían llegado previamente al país, hicieron que en la mentalidad médica solo se produjera un desplazamiento conceptual.

Abordando la propuesta hecha por Fleck (1986) de que toda comunidad de científicos de un campo determinado posee unas presuposiciones acordes con un estilo sobre las que el colectivo construye su edificio teórico, (estilo de pensamiento)⁵⁰, se puede estudiar el hecho de que para los higienistas colombianos, el nuevo concepto de salud pública fue recibido y reinterpretado en un proceso de negociación (Quevedo, et al., 2004: 339), que dio como resultado un desplazamiento de los presupuestos establecidos. Se dio así un desarrollo incesante del estilo de pensamiento (Fleck, 1986: 25) y se dio paso a una nueva práctica científica (la especialidad en salud pública) aunque ésta arrastró algunas nociones de la antigua higiene.

Los médicos, en principio adheridos a las nociones de higiene europea, no aplicaron demasiada resistencia al nuevo modelo pues el desarrollo de la mentalidad etiopatológica distanció las propuestas de la higiene pública miasmática a las que se fueron integrando las nuevas propuestas de la bacteriología y la parasitología, bases sobre las cuales se construyó la nueva salud pública norteamericana, que encajaban en el “paradigma”⁵¹ salud-enfermedad, entonces vigente.

Sin embargo, el desarrollo en Colombia del modelo salubrista norteamericano no se daría de un momento para otro y al igual que todo proceso requirió de varios años en los que bajo influencia internacional, se arraigara una nueva forma de hacer y ejercer la salud pública que “adquirió un estilo nuevo acorde con las vicisitudes de una nación en construcción y un ámbito sanitario en obra negra” (Eslava, 2004: 26).

En este proceso, esa comunidad científica amparada bajo un nuevo saber, requirió en primer lugar del diseño de una institución educativa donde se formara el personal calificado para cumplir con las exigencias del quehacer salubrista. En segundo lugar, requirió de un nicho institucional en el cual recibir el reconocimiento social, por los resultados de su ejercicio profesional. El resultado de esta dinámica fue sin lugar a dudas la creación de un Ministerio de Salud Pública en 1953, proceso en el cual, según Quevedo (2004), se dio la separación definitiva de la higiene. Y en tercer lugar, el nuevo modelo implicó la modificación a la estructura sanitaria nacional que los higienistas colombianos habían desarrollado a lo largo de la primera mitad del siglo XX y que se había constituido en su campo de acción profesional.

⁵⁰ “Cada individuo posee una realidad propia, todo grupo social dispone también de una realidad social determinada y específica. Por tanto, el conocer en cuanto actividad social, está unido a los condicionantes sociales de los individuos que lo llevan a cabo. Cada [saber] forma, consecuentemente, su propio [estilo de pensamiento] con el que comprende los problemas y los orienta de acuerdo a sus objetivos” (Fleck, Ludwik, 1980 [1935]: 21).

⁵¹ Realizaciones que comparten dos características: 1.”su logro carecía suficientemente de precedentes como para haber podido atraer a un grupo duradero de partidarios, alejándolos de los aspectos de competencia de la actividad científica y 2. eran lo bastante incompletas para dejar muchos problemas para ser resueltos por el redelimitado grupo de científicos” (Kuhn; [1962] 2000: 33).

5. Capítulo II: La confluencia de dos instituciones

5.1 El panorama nacional en 1946

En el campo político, desde 1938 se había iniciado la restauración conservadora. Durante el segundo Gobierno de Alfonso López Pumarejo (1942-1945) el político conservador Laureano Gómez fue desarrollando una estrategia de oposición, pese a su amistad personal con el dirigente liberal (Arizmendi, 1983: 216).

Hay que recordar que Gómez había viajado a Europa, con su familia desde 1928 y por los años de 1930 a 1932 había servido como Ministro Plenipotenciario de Colombia en Berlín, hasta mayo de 1932, cuando fue elegido senador, por lo cual decidió regresar a Colombia (Williford, 2001: 55, 63).

A las pocas semanas de su regreso, Gómez asumió la dirección del Partido Conservador desde donde presenció la derrota electoral de Carlos Arango Vélez en la contienda presidencial de mayo de 1942, donde resultó electo Alfonso López Pumarejo. Desde la Jefatura de su Partido, Gómez se dedicó a atacar las reformas del gobierno de López, principalmente en educación, por considerarlas anticatólicas, y a procurar la unificación de los conservadores, empleando para ello la táctica de la antimasonería (Williford, 2001: 50, 73).

Finalmente, la difícil situación política y la consideración de López de que los roces entre partidos mejorarían con su salida del poder, lo llevaron a la renuncia en 1945. Alberto Lleras quedó como presidente interino (Abel, 1987: 140).

Los conservadores retomarían fuerzas y aunque Laureano Gómez no se postuló a sí mismo en las elecciones de 1946, montó una campaña con la que derrotó el partido liberal, representado en la contienda por Gabriel Turbay y Jorge Eliecer Gaitán. El Turbayismo representaba a las élites comerciales y al viejo liberalismo elitista que instauró la República Liberal, eran los representantes de la continuidad de las presidencias de Eduardo Santos y Enrique Olaya Herrera. Por su parte, el Gaitanismo instauró una corriente nueva dentro del liberalismo, apoyado por las masas populares.

En estas elecciones, Laureano Gómez ideó una estrategia para el regreso al poder de su partido, en la que la clave consistió en nombrar candidato a Mariano Ospina Pérez, ya que así mantendría la división liberal (Pardo, 2009: 15). En efecto, se produjo el triunfo de Ospina Pérez en medio de la violencia sectaria que acompañó las elecciones y que sería utilizada por los partidos políticos como una nueva estrategia de perpetuación en el poder dejando como saldo para ese año alrededor de 14.000 muertos (Pécaut, 2001: 587-589; Palacios & Safford, 2002: 587).

Durante su Gobierno de Unión Nacional, Ospina Pérez debió enfrentar tanto la oposición conservadora como liberal. La conservadora provino de dos fuentes: la primera, abanderada por Gilberto Alzate Avendaño y la segunda por Guillermo León Valencia y la oposición liberal, que tomó fuerza con el movimiento gaitanista. Adicionalmente, debió afrontar el malestar político que había sido agudizado con las presiones de los aspirantes a burócratas y por la mayoría liberal en el Congreso, que aumentó sus exigencias al Ejecutivo después del triunfo del gaitanismo en las elecciones legislativas del 16 de marzo de 1947. Estas presiones hicieron que el Gobierno de Ospina Pérez tuviera un carácter inestable.

Pero la inestabilidad política no afectó la estabilidad económica. Ospina Pérez que era un industrial, estaba interesado en fomentar la agricultura de exportación, para ello cuando se posesionó comenzó a canalizar más capital hacia a agricultura y adoptó una política de protección hacia esta. Adicionalmente, desde comienzos de su periodo de gobierno luchó por mantener el acelerado proceso de industrialización del país, pues en realidad estaba comprometido con el capitalismo y con el desarrollo económico, pero debió enfrentarse a un problema persistente: la inflación, que había llegado a 9.3% en 1946 (Guío, 1995: 80). Esta era el resultado de la falta de autonomía financiera del Estado y para reducirla, el presidente Ospina Pérez tuvo que recurrir a aumentar los impuestos de renta y a gravar los dividendos en cabeza de los accionistas y de las sociedades (doble tributación), pero posteriormente debió retractarse de tal intento debido a la inconformidad de ciertos grupos de comerciantes que se opusieron a esta medida⁵² (Henderson, 2006 [2001]: 485).

En general, Ospina Pérez adoptó una postura pro norteamericana que llevó a que Estados Unidos se posicionara como un aliado imprescindible por la necesidad de inversión extranjera y de crédito internacional que tenía el país, siendo el total de la deuda externa como porcentaje del PIB de 4.96 en el año de 1946 (Guío, 1995: anexo) Esta situación respondía a que Colombia había adoptado la estrategia de la "modernización", diseñada entre la primera y la segunda guerra mundial por los Estados Unidos como una estrategia global de expansión económica en América Latina y que le serviría para consolidar su posición económica en Colombia. Con ello "Estados Unidos trataba de substituir la invasión militar para preservar su influencia y lograr su hegemonía mediante una política basada en la estabilidad, la organización y la asesoría internacional" (Ocampo, 1982: 52-53).

Las tendencias ideológicas norteamericanas influyeron en la economía nacional, que había adoptado el modelo de industrialización por sustitución de importaciones. Este modelo había sido propuesto por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), instancia creada por la organización de las Naciones Unidas en 1948⁵³, para promover el desarrollo económico de la Región (Naciones Unidas, 2000: en línea). El modelo cepalino estaba "fundamentado en el proteccionismo, los subsidios a los precios y las exportaciones y el alto gasto público por parte del Estado, lo que permitió a la región gozar de un ciclo económico expansivo desde 1945" (ILSA, 2009: 102).

⁵² Especialmente la ANDI se opuso a esta medida al considerar que "el desarrollo colombiano se podía truncar si el Estado, además de adoptar medidas proteccionistas, no financiaba sus gastos con recursos de crédito interno y externo, en vez de aumentarle las cargas tributarias al sector empresarial (Guido, 1995: 80)

⁵³ En este año, Harry Truman, había ganado las elecciones presidenciales de los Estados Unidos. Previamente, había desempeñado el cargo de vicepresidente en la administración de Franklin Roosevelt, a quien sucedió en la primera Magistratura después de su muerte en 1945. Su presidencia estuvo acompañada de una filiación intelectual al "desarrollo", en la búsqueda de la reconstrucción del orden internacional tras la Segunda Guerra Mundial, fin que persiguió con la fundación de las Naciones Unidas, el Plan Marshall para reconstruir Europa y la Doctrina Truman, para contener el comunismo. Por su parte, la creación de la CEPAL, en su gobierno, era un medio para institucionalizar el pensamiento de desarrollo a través de la ayuda bilateral norteamericana (Prats, 2006: 297-305).

Colombia vivía un crecimiento económico sin precedentes gracias a las exportaciones de café que llegaron a ser, según los anuarios de comercio exterior, el 76.58% del total de las exportaciones nacionales en 1946, siendo exportados este mismo año un total de 5.66 millones de sacos de 60 kilos, por un valor de \$201.98 millones de pesos según informes de la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia (FEDECAFÉ)⁵⁴ (Guío, 1995: anexo).

Este sería el inicio de la “edad dorada” de expansión de la industria de sustitución de importaciones (Henderson, 2006 [2001]: 475), pues en Colombia aunque el proceso de industrialización ya se había iniciado desde 1930, continuó hasta tener en 1946 una considerable producción de bienes intermedios y de capital.

De otra parte, en el campo social, aunque los desarrollos de la agricultura colombiana y el empleo industrial tuvieron efectos sobre la demografía desde la década del treinta, lo cierto es que la Colombia de la posguerra se caracterizó por un crecimiento espectacular, basado en el considerable aumento de la natalidad y en el incremento constate de la expectativa de vida, la cual iba en consonancia con la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil (Henderson, 2006 [2001]: 476).

Fernando Guillén Martínez dedica una particular atención a los cambios demográficos vinculados al crecimiento industrial, entendiendo a este último como el “motor original” del éxodo campesino hacia las urbes. Es decir, que dicho autor no atribuye la migración campesina hacia las ciudades únicamente a la violencia política exacerbada a partir de 1946, pues considera que esta es “una consecuencia y no una causa de las presiones políticas que se ejercieron precisamente para impedir la participación de las masas urbanas que amenazaban desbordar la estructura hacendaria-industrial”⁵⁵ (Guillén Martínez, 1996 [1979]: 507).

Este autor plantea que la aparición del sindicato laboral, como un nuevo modelo de estructura asociativa, hizo que el modelo hacendario industrial se viera amenazado por lo cual las élites tuvieron que recurrir al cambio de partidos en el gobierno, al fortalecimiento del centralismo gubernamental y a la disgregación de las fuerzas políticas hasta 1946, como parte de un proceso para intentar absorber y dominar estas formas de asociación emergentes (Guillén Martínez, 1996 [1979]: 505).

Y no es para menos, porque en 1945 el sindicalismo se había implantado en la industria privada y en su evolución hasta 1947, tiende a extenderse a todos los sectores de actividad. El censo realizado en este año por el Ministerio de Trabajo indicó que en 1946 se habían creado 116 sindicatos nuevos (Pécaut, 2001: 570).

Frente a este tema, el gobierno de Ospina Pérez continuó aplicando una estrategia de estrecho control. Por ejemplo, la Unión de Trabajadores Colombianos (UTC) organizada en 1946, fue una entidad sindical fuertemente promovida por el Gobierno y por la Iglesia, que se dedicó a la

⁵⁴ Esta institución fue fundada en 1927 con el propósito de representar nacional e internacionalmente a los cafeteros colombianos y promover la caficultura en el país. En la época aquí considerada, era una institución cuasipública, que según Henderson (2006) llegó a ser “considerada por muchos como un Estado dentro del Estado colombiano” (Henderson, 2006 [2001]: 479) por su enorme poderío económico y político. En 1928, Mariano Ospina Pérez fue nombrado como el primer presidente del Comité de productores de café de Antioquia, establecido en el marco del primer Comité regional de cafeteros y fue el primer registrado como miembro de la asociación.

⁵⁵ Según Álvaro Tirado Mejía “Para Guillén, en la hacienda se concretizan los hilos del poder, y el triunfo del modelo hacendario impone el rumbo al desarrollo histórico del país: la hacienda, definida como una organización de semi-proletarios serviles, después de haber dominado al modelo socorrano de pequeños propietarios asociados en el común, va a ser desde la Independencia la herramienta y el paradigma decisivo en la vida social. La articulación económica, las alternativas de las guerras civiles, la estructura de los partidos políticos tiene en ella su origen y explicación.” (Tirado, en Guillén, 1996 [1979]: XII).

negociación colectiva principalmente en lo referente a salarios, porque la Ley 6 de 1945 había restringido el uso de huelgas (Henderson, 2006 [2001]: 493). Además, los sindicatos ya venían en crisis⁵⁶ desde el gobierno “lopista” y el aumento en el empleo hizo que los movimientos laborales fueran pacíficos, pese a que el costo de vida era alto (Palacios, Safford, 2002: 584).

En este contexto, las élites no necesitaron preocuparse por la prodigalidad del Estado en materia de gastos sociales como los de salud, educación, protección social, etc., que según Pécaut (2001) “representan una parte, en el conjunto de gastos del gobierno central, muy inferior a la que se observa en la misma época en países de ingreso per cápita comparable” (Pécaut, 2001: 570).

Pese a ello, en 1946, mediante la Ley 27 del 2 de diciembre de 1946, se creó del Ministerio de Higiene, hecho en el que tuvo que ver un connotado médico colombiano: el doctor Jorge Bejarano. Este higienista fue uno de los promotores de importantes leyes en higiene y asistencia pública, entre ellas las relacionadas con la creación de instancias sanitarias como el Ministerio de Instrucción Pública y Salubridad en 1923 y el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938.

A él se le atribuye un destacado papel en la creación del Ministerio de Higiene no solo por ser el primero en proponer esta idea, ya que desde 1919 venía insistiendo en ello, sino especialmente porque aceptó la Dirección Nacional de Salubridad, sobre la base de la próxima creación del Ministerio de Higiene que ocurrió tan solo dos años después (Cáceres, 1996: 136-142). Fue desde este cargo que asesoró al presidente Mariano Ospina Pérez y al ministro Blas Herrera Anzoátegui en la elaboración del proyecto de ley por medio del cual dicho Ministerio fue creado e incluso lo acompañó en los debates de las comisiones del Senado y de la Cámara de Representantes, donde realizó intervenciones invitado por los parlamentarios (Cáceres, 1996: 143).

Una vez creado el Ministerio de Higiene, no podía ser otro que el profesor Bejarano quien fuera nombrado en el cargo de Ministro de Higiene, el cual desempeñó del 8 de enero al 30 de abril de 1947 y que reasumió del 11 de abril al 17 de noviembre de 1948 y del 18 de noviembre de 1948 al 21 de mayo de 1949, al ser ratificado como cabeza de la institución por el Presidente Mariano Ospina Pérez (Ministerio de Higiene/Sección de Personal; 1949: 1-3).

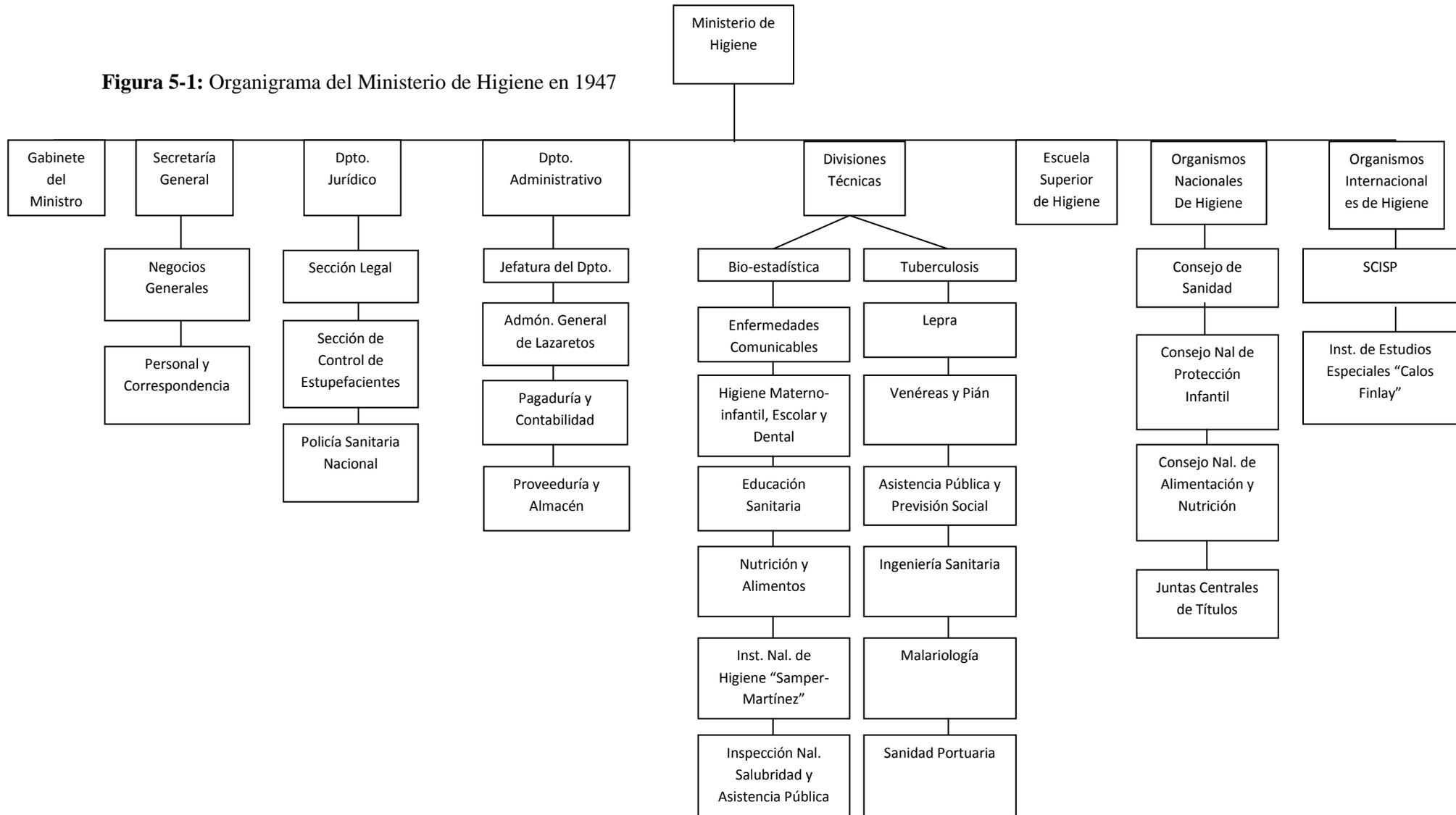
Con la Ley 27 de 1946, se dio la separación definitiva de la Higiene, con el Ministerio de Trabajo, alcanzando por fin autonomía institucional, pues en palabras de Pedro Eliseo Cruz, Ministro de Higiene en 1947, “hasta el momento las cuestiones higiénicas habían venido siendo relegadas a un segundo plano” (Cruz, 1947: 5).

Dicha Ley, reglamentaba los ámbitos de intervención del nuevo Ministerio de Higiene a saber: la Higiene Pública, la Higiene Privada y la Asistencia Pública y adicionalmente creaba la carrera de Higienista. Posteriormente, por Decreto número 25 de 1947, se definió la estructura orgánica del Ministerio que se ilustra en la Figura 5-1.

En el mismo decreto, se definieron las funciones del Ministerio de Higiene y de cada una de sus dependencias, dicho perfil funcional se condensa en el Anexo A. Estas funciones se mantuvieron en el transcurso del periodo estudiado (1946-1953), pero también se incorporaron otras nuevas que serán presentadas más adelante.

⁵⁶ Como resultado del derrumbamiento de la huelga iniciada el 18 de diciembre de 1945 por la Fedenal, con apoyo de la Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC) y el Partido Socialista Democrático (PSD) y que vio su pronto fin el siguiente 29 de diciembre (Pécaut, 2001: 477- 478).

Figura 5-1: Organigrama del Ministerio de Higiene en 1947



Fuente: Presidencia de la República. Decreto número 25 de 1947.

A partir de lo normativo hasta ese momento, se podría decir de manera sintética, que el Ministerio de Higiene era la cabeza de la higiene nacional y que sus nuevas competencias tenían un primer enfoque hacia la salud pública norteamericana, centrándose en la educación en salud. Adicionalmente, el Ministerio de Higiene sería “responsable de la administración del programa de servicios preventivos de salud, cuidado, atención médica y asistencia pública por parte del gobierno nacional” (Currie, 1950: 252).

5.2 La idea de un nuevo Ministerio

El proceso de institucionalización parece darse en dos etapas: en la primera debe haber una decisión consciente de crear una institución para determinado propósito. La segunda etapa sería entonces mejorar la institución a lo largo del tiempo e insuflarle ciertos valores (Peters, 2003: 56), ambas etapas serán expuestas en este capítulo.

Hasta el momento se ha visto que las transformaciones estructurales en el Ministerio de Higiene se integraron a procesos internacionales, pero ahora es importante dar un vistazo a la dinámica nacional para profundizar en la variable contextual que incidió en los cambios de orientación en el quehacer del Ministerio.

Hay que comenzar pues, por señalar que en la historia política de la nación se ha prestado especial atención a la violencia de los años 1946 a 1953, fenómeno de gran magnitud que dejó un balance de 140.000 víctimas en los seis años que van de 1948 a 1953. En el censo de 1951 se calcula una población aproximada de 15 millones de habitantes en todo el territorio nacional; esto quiere decir que el total de víctimas representa casi el 1% de la población (Pécaut, 2001: 551). No en vano el término “violencia” se impuso definitivamente como nombre propio para referirse al conjunto del período en el que hubo:

Una mezcla heterogénea de choques electorales, acción política y militar, terror ejercido por mercenarios de toda clase, vendettas locales, espíritu de cruzada religiosa, venganzas individuales, desalojo de poblaciones, transferencias de propiedad, extorsión económica, formación de guerrillas organizadas, bandolerismo social, grandes temores campesinos (Pécaut, 2001: 551).

Pero el historiador James Henderson llama la atención sobre el hecho que, si bien la violencia ha robado al atención de los estudiosos de la historia de Colombia de la primera mitad del siglo XX, también es cierto que el desarrollo socioeconómico que tuvo lugar entre la década del cuarenta y del cincuenta fue de mucha mayor importancia para el país, por lo cual requiere una mayor atención y estudio (Henderson, 2006[2001]: 478). Igualmente, desde su perspectiva, este autor da un lugar importante al desarrollo administrativo de finales de la década del cuarenta, a partir del cual considera, que la mayoría de las instituciones colombianas se fortaleció significativamente.

En particular, para este estudio es de interés analizar el contexto histórico desde esta perspectiva por la influencia que tendrán las políticas económicas en el surgimiento del Ministerio de Salud Pública.

Como ya se había mencionado, en el plano económico el Gobierno del presidente Mariano Ospina Pérez había concentrado sus esfuerzos en un modelo de intervención orientado a promover el crecimiento económico, en el que el control de la inflación fue difícil e incluso a veces irrelevante y en el que solo se emplearon controles para proteger a los empresarios nacionales de la competencia extranjera. Las medidas emprendidas para controlar la inflación fueron infructuosas, así lo refleja la tasa anual de inflación que se elevó de 9% en 1946 a 17% en 1948 y por su parte la tasa de crecimiento real del PIB per cápita descendió de 7.4% en

1946 a 0.8% en 1948. Adicionalmente, de acuerdo con la política económica, buena parte del déficit fiscal se financió con recursos de emisión, donde los préstamos y descuentos del Banco Emisor al sector público crecieron 100% entre 1946 y 1948 (Guío; 1995: 80).

Este modelo de crecimiento concentrador e inflacionario había sido implementado en Colombia desde finales de la Segunda Guerra Mundial, pero su costo social era alto por la ausencia de políticas sociales redistributivas y había empezado a generar inconformidad en las clases populares. Lo anterior se expresó claramente en un movimiento popular encabezado por el líder Jorge Eliécer Gaitán quien, llevó a las élites a comprender la peligrosidad de la inconformidad popular y a comenzar a preocuparse por la búsqueda de recursos no inflacionarios para financiar la expansión de las finanzas públicas. Fue entonces cuando el Gobierno de Ospina Pérez decidió acudir a la banca multilateral en busca de préstamos, en cuya consecución el Presidente debió aceptar políticas de fomento económico y programas de estabilización monetaria y cambiaria exigidos por el Banco Mundial (Guío; 1995: 78).

En lo económico las ideas de Ospina Pérez y las de las instituciones multilaterales eran compatibles, por ello aceptó la visita de una Misión económica organizada por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento con la tarea de formular las bases de un programa de desarrollo para Colombia. En el informe de la Misión se explican las condiciones por las cuales esta se efectuó:

La Misión surgió de conversaciones sostenidas a fines de 1948 entre el señor John McCloy, entonces Presidente del Banco Internacional y el Doctor Emilio Toro, miembro de la Junta de Directores Ejecutivos de la misma Institución. Por muchas razones pareció que Colombia, patria del Dr. Toro, era un país admirable para aplicar este sistema comprensivo. La idea recibió la entusiasta aprobación del Señor Presidente Mariano Ospina Pérez, y el Banco fue invitado por Colombia a que enviara la Misión propuesta. En mayo de 1949 se invitó al Dr. Lauchlin Currie para que actuara como Jefe de la Misión y ayudara en su organización (Currie, 1952:13).

Además de lo anterior, en palabras del jefe de la Misión, Lauchlin Currie, se denota el interés del Presidente de la República en la realización de la misma cuando manifiesta: “El Señor Presidente, Doctor Mariano Ospina Pérez demostró permanentemente su gran interés por la labor de la Misión y le dedicó mucho de su tiempo, como lo hicieron los miembros de su gabinete” (Currie, 1950:7).

Estas medidas le permitieron al Estado mejorar su capacidad para diseñar e implementar su política económica y se extendieron hasta el Gobierno de Laureano Gómez quien resultó electo el 27 de noviembre de 1949.

Gómez tenía la preocupación por afianzar los intereses de su partido, por lo que hallándose en la primera magistratura se dedicó a diseñar una estrategia para mantener al conservatismo en el poder, tal como había ocurrido de 1885 a 1930 (Pardo, 2008: 25). Para ello propuso un programa gubernamental que encausaba las fuerzas económicas y sociales hacia la conformación de un Estado autoritario, corporativo⁵⁷ y clerical (Guío; 1995: 76), e invirtió sus energías a impulsar un proyecto de reforma constitucional con el que buscaba hacer más eficaz la gobernabilidad del jefe de Estado.

Estas medidas eran una respuesta al pensamiento del ingeniero conservador, por lo cual se hace necesario dar un vistazo a las influencias ideológicas que confluían en la mentalidad de Gómez.

⁵⁷ “Corporativo en el sentido en que todos los gremios de la producción estarían oficialmente representados en el Senado” (Guío; 1995: 87). Esta medida buscaba moderar los efectos de la democracia mayoritaria, mediante el fortalecimiento del control presidencial.

En primer lugar, recuérdese que su profunda convicción católica tuvo origen en sus estudios realizados en el Colegio San Bartolomé donde aprendió de los jesuitas las ideas fundamentales de la Iglesia, quienes además fueron los más entusiastas proponentes del corporativismo en los años 30, lo cual sin duda, también tuvo influencia sobre Laureano (Williford, 2001: 52).

En segundo lugar, para entender su pensamiento hay que tener presente que este personaje vivió en Europa desde 1928 hasta 1932, ocupando el cargo de Ministro Plenipotenciario de Colombia en Berlín, entre 1930 y 1932, lo cual le permitió estar en contacto directo con un agitado periodo en la historia Alemana (Williford, 2001: 55). Allí fue testigo del advenimiento del nazismo al poder y fue fascinado por las semejanzas que tenía con su estilo de conservatismo.

Aunque Laureano no se adhirió al fascismo, si fue muy receptivo a los mensajes del Eje, adoptando una postura antinorteamericana que le sirvió para diferenciarse de los liberales. Así lo dejó ver en repetidas oportunidades a través del periódico *El Siglo* y en sus discursos del Senado donde pudo mostrar su nacionalismo económico a favor de los Alemanes y en contra de los yanquis. Sin embargo pronto hubo de suspender sus ataques antinorteamericanos cuando perdió la publicidad que las empresas norteamericanas hacían en el periódico del jefe conservador y ante el rumor de que también iba a suspenderse la venta de papel periódico. Gómez también empleó al periódico *El Siglo* para mostrar su simpatía por el franquismo y revelar una posición radical de derecha (Pardo, 2008: 58-59). Allí alimentó además el miedo de las derechas sobre posibles conspiraciones liberales contra los conservadores. Bajo esta mezcla de ideas, durante su vida pública “fue una de las personas que con su discurso colaboró a que la violencia de la época alcanzara una alta intensidad” (Pardo, 2008: 39).

Su odio por el liberalismo lo llevó a dirigirle ataques a los miembros de dicho partido empleando para ello la antimasonería como táctica política (Williford, 2001: 4). Según Gómez, el Partido Liberal estaba manejado por masones, quienes eran presentados como “parte clave de una conspiración mundial contra la Iglesia católica y los valores tradicionales, y como una amenaza especial contra Colombia, sus costumbres, sus instituciones y su juventud” (Williford, 2001: 2).

Aunque en efecto la masonería existía en Colombia y ejercía una gran presencia entre los miembros del partido liberal, lo cierto es que sus miembros entre los que estaban numerosos congresistas, ministros, presidentes y periodistas liberales, se habían identificado con los “valores masónicos” entre los que estaban el principio de libertad, la libre investigación de la verdad y la absoluta tolerancia religiosa. Sin embargo, estos principios de libertad habían inspirado en Colombia un fuerte antitotalitarismo y anticlericalismo⁵⁸ que claramente diferían con el partido conservador de la época (Williford, 2001: 14-15).

Las disputas partidistas generaron un convulsionado ambiente político del cual era parte la violencia que sufría el país. La situación fue empeorando cuando Gómez implementó una estrategia represiva para mantenerse en el poder, lo que aceleró la quiebra de la autoridad estatal. Dicho contexto propició el surgimiento de bandas paramilitares gubernamentales y guerrillas liberales que se extendieron por todo el territorio nacional y la violencia se acentuó dejando un saldo de 18.500 víctimas en 1949, en 1950 la cifra llegó a los 50.000 muertos, para luego descender a 10.300 muertos en 1951, 13.250 en 1952 y 8.600 en 1953 (Pécaut, 2001: 551).

⁵⁸ “Los liberales vieron a la Iglesia como la institución más privilegiada pero a la vez más atrasada de la sociedad y de la razón, por lo que lucharon a favor de una reforma educativa en Colombia, que tuviera la responsabilidad de formar ciudadanos a través del Estado y no de la Iglesia. Pero también perseguían como fin político que la Iglesia no tuviera tanta influencia en la educación, con la intención de que los estudiantes fueran más susceptibles al ideario de su partido, y con la idea de que las escuelas, una vez en sus manos, podrían jugar un papel clave en el clientelismo partidista” (Williford, 2001: 80).

Pero la quiebra de la autoridad estatal no afectó negativamente la estructura de las instituciones encargadas del manejo económico, por el contrario, el poder de regulación de estas se fortaleció (Guío; 1995: 78). Esto ocurrió gracias a que Gómez procuró fomentar el desarrollo económico, con respeto de la propiedad privada y con estabilidad en las medidas de política económica para lo cual decidió convertir el informe de la Misión Currie en su programa de gobierno (Guío, 1995: 89; Henderson 2006 [2001]: 484).

La primera Misión que visitó Colombia en julio de 1949, había entregado su informe final en junio de 1950 después de lo cual el Banco Mundial le sugirió al Gobierno colombiano estudiarlo y a partir de allí definir un programa de desarrollo que el Banco podría ayudar a ejecutar a través de asistencia técnica y financiera. El propio Presidente del International Bank for Reconstruction and Development, doctor Eugene R. Black, se dirigió con una carta escrita el 27 de julio de 1950, al Presidente de la República de Colombia, para presentarle el Informe de la Misión, planeando que las recomendaciones que este contenía sirvieran de guía para que en adelante las autoridades las llevaran a cabo. El doctor Laureano Gómez atendió estrictamente a esta recomendación, para lo cual expidió el Decreto 2838 de septiembre de 1950, que creaba el Comité de Desarrollo Económico integrado por seis expertos en materias económicas y financieras, que a la vez contaban con la asesoría permanente de Lauchlin Currie (Guío, 1995: 91).

La implementación de las recomendaciones emanadas del comité llevaron a la modificación de la estructura institucional del aparato estatal encargado del manejo económico del país dentro de las cuales se destacan las siguientes medidas: la reorganización del Banco de la República y del Ministerio de Agricultura, la creación del Consejo de Planeación Nacional y el fortalecimiento de la Oficina Nacional de Presupuesto (Guío, 1995: 92). Estas acciones junto con la construcción de carreteras y la reforma fiscal y agraria derivadas de un enfoque integrado de amplia base al desarrollo económico, tuvieron un impacto positivo y durante los Gobiernos Ospina y Gómez (1945-1953) el Producto Interno Bruto (PIB) se incrementó a una tasa anual del 6%. Estos niveles excepcionales de crecimiento fueron alimentados por el aumento del precio del café que llegó a ser de más de cincuenta centavos por libra para 1950, a tal punto que el café generó más del 10% del PIB de la nación entre 1950 a 1954 (Henderson, 2006 [2001]: 480).

Adicionalmente, el país vivió un crecimiento de la industria que se amplió a nuevas zonas ubicadas en el valle del río del Cauca, Cali, Bucaramanga, Pereira y Armenia. La base industrial del país aumentó continuamente, expandiéndose a una tasa anual de 10% entre 1945 y 1950, y del 7,4% entre 1950 y 1958 (Henderson, 2006 [2001]: 489). Del mismo modo Colombia vivió una mayor producción agrícola, gracias al uso de maquinaria más moderna y a las medidas adoptadas por el Gobierno para promover los préstamos bancarios dirigidos al desarrollo agrícola que se evidenció en un aumento de la producción en más de un 40% entre 1945 y 1958.

Pero el informe Currie no solo influyó en el campo económico sino que tuvo implicaciones muy amplias en el campo de la salud. El propio Robert Gardner, vicepresidente del Banco Mundial, manifestaba su desacuerdo con que el informe abordara tan profundamente esa temática y por ello cuando lo leyó exclamó: “No podemos andar entrometiéndonos en la educación y la salud [...] somos un banco;” (Hartwing, 1983: 120; citado por Henderson, 2006: 483).

Pese a su observación, las recomendaciones de la Misión Currie plasmadas en el informe buscaban de manera bilateral, tanto por el Gobierno estadounidense como por el Gobierno colombiano, incorporar lineamientos para “garantizar la modernización de los mecanismos de la salud en Colombia para permitir su conversión hacia una sociedad saludable y sana, es decir,

productiva y no infectante, de forma que el comercio fuese seguro” (Quevedo, et al., 2004: 332).

Esta orientación revelaba la relación tan marcada que se daba en esta época entre la salud y la economía. El informe expone:

La salud es el principal componente del nivel de vida y, al mismo tiempo, uno de sus más grandes determinantes. Las condiciones de salud deficientes, significan no solo una imposibilidad para lograr la productividad máxima, sino un drenaje directo a la riqueza y los recursos. Los bajos niveles de salud causan muchos costos directos e indirectos, y desvían fondos y facilidades que podrían ser empleados para fortalecer e incrementar la economía. La salud deficiente es costosa (Currie; 1950: 232).

Aunque Laureano Gómez había comprendido que la adopción de este plan le serviría para legitimar su propio programa económico, que hacía énfasis en la infraestructura del país, el impulso de la industria y el comercio; también era claro para él que ciertas reformas en el campo sanitario era fundamentales como parte de un programa integrado de desarrollo y especialmente como una medida de promoción del bienestar social, con la esperanza de que estas iniciativas disminuyeran la posibilidad de que las masas optaran por el camino del comunismo hacia el cambio social, más aun cuando recientemente con el gaitanismo y la insurrección de la masa popular del 9 de abril de 1949, el país había vivido un colapso institucional, expresado claramente cuando el presidente Mariano Ospina Pérez ordenó el cierre del Congreso en 1949 y la suspensión temporal las Cortes y ante la desarticulación de los poderes judicial y legislativo luego de ser convertidos en escenarios de confrontaciones partidistas en las que el Gobierno acudió a la represión para mantenerse en el poder (Guío; 1995: 76).

En ese estado de las cosas, en los años de la violencia se iniciaron importantes programas sociales promovidos por el Gobierno, en los que las preocupaciones por la salud pública fueron relevantes al entenderlas como fuente de bienestar social y como parte integrante de la economía y de los recursos de Colombia. Por ello, con el primer informe de la Misión Currie, titulado “Bases de un Programa de Fomento para Colombia: Informe de una Misión”, se había dedicado todo un capítulo al estudio de la Higiene y la Previsión Social en el país, en el que se realizó un diagnóstico preliminar de la realidad sanitaria en 1949 y de algunos aspectos administrativos y financieros. Este informe según el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento se consideraba “un análisis objetivo e imparcial de expertos independientes sobre las potencialidades y problemas de desarrollo” (Currie; 1950: 5).

Pero en realidad, el informe respondía a un enfoque tradicional de la comunidad del desarrollo que se usó entre los años 50 y 70 del siglo XX, con el propósito de aplicar una reforma administrativa, entendida desde la racionalidad instrumental y la neutralidad política (Prats, 2001: 113).

Como lo reconoce posteriormente el propio Banco Mundial, este tipo de informes estaban basados en la asistencia técnica, hacían hincapié en el equipo, los conocimientos y la capacidad administrativa o técnica y se constituían básicamente un marco de incentivos que orientaban al comportamiento, es decir, lo que hacían los organismos y funcionarios públicos y la forma en que lo hacían⁵⁹ (Banco Mundial, 1997: 91).

El informe de la Misión Currie analizaba cada una de las problemáticas que afectaban las condiciones de vida y salud de los colombianos haciendo una descripción de la población más

⁵⁹ El Banco Mundial ha pretendido cambiar la lógica de la Reforma del Estado, desmarcándose expresamente del tecnocratismo de la vieja reforma administrativa, en este proceso ha reconocido que toda pretensión de objetividad queda invalidada para la intervención en organizaciones.

vulnerable, la causa del problema, las estadísticas sanitarias y las dificultades del sistema sanitario para dar respuesta a los mismos, abordando las facilidades y recursos de salubridad.

Después de la caracterización del sector salud, la Misión Currie llegó a la conclusión de que Colombia tenía como principal problema la realización de programas bien coordinados, especialmente, debido a la necesidad de reconciliar la acción nacional con los requisitos y planes de los Gobiernos Departamentales y Municipales (Currie, 1950: 449). Igualmente consideraba que la ineficiencia de los Gobiernos municipales había obligado al Gobierno nacional, a asumir la responsabilidad de muchos servicios, que eran de carácter meramente local por lo cual había desaparecido la línea divisoria de responsabilidad entre la política departamental y municipal (Currie, 1950: 451).

Como solución a este problema que no solo afectaba al sector salud, la Misión sugirió que Colombia debía modificar sus bases constitucionales de gobierno. Así lo manifestó el Director de la Misión cuando comentó: “Tan solo nos preocupa indicar que esta forma de organización gubernamental plantea ciertos problemas en el estado económico moderno. Por la experiencia de otros países con sistemas similares” (Currie; 1950: 449).

Opinaba que se debía hacer una reorganización de la rama ejecutiva en Colombia pues la habilidad del Presidente para dirigir el país estaba debilitada por dos causas principales:

La primera es que el Presidente tiene a su disposición un personal demasiado pequeño, lo que hace que le sea virtualmente imposible seguir de cerca las actividades de todas las dependencias oficiales, o darse cuenta directa de sus actividades. La segunda es el elevado número de dependencias gubernamentales que con el tiempo han generado confusión, conflictos de autoridad y responsabilidad dentro de la rama ejecutiva y poca coordinación y como consecuencia, el Gobierno se ha tornado muy difuso (Currie; 1950: 449).

Con base en esta recomendación, se realizaría una segunda Misión en el país entre el junio de 1950 y marzo de 1951, pero esta vez de administración pública, con el objetivo estudiar la organización y estructura administrativa del Gobierno colombiano y de presentarle al Presidente las recomendaciones para su mejoramiento.

El informe entregado en aquella oportunidad se titulaba “Reorganización de la Rama Ejecutiva del Gobierno de Colombia: Informe de una Misión” y sus recomendaciones complementaban las formuladas en el Informe de la Misión Económica del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, pero esta vez concentraba su atención sobre la organización de la oficina del Jefe Ejecutivo de la República y sobre los Ministerios de mayor y más directa significación para la economía del país, es decir, el Ministerio de Agricultura, el de Obras Públicas, el de Higiene, el de Trabajo, el de Comercio e Industrias, el de Educación, etc, (Currie, 1952: XVI).

El plan de trabajos de la Misión de Administración Pública consistió en que su personal pertinente estudiara con los principales funcionarios de los Ministerios o de las otras dependencias gubernamentales la organización, funciones y relaciones de trabajo respectivas, siguiendo luego la presentación del informe y recomendaciones del caso al Ministro o al funcionario responsable, a fin de que éstos los revisaran y comentaran. Se procedía después a la elaboración del informe final, introduciéndole los cambios acordados en la etapa anterior. Una vez aprobado el informe sobre determinado ministerio o dependencia, se instaba al Ministro o a otro funcionario de la Rama Ejecutiva para que comenzara a ponerse en marcha (Currie, 1952: XVII). Se inició así el trabajo con funcionarios del Ministerio de Higiene, quienes según el informe deseaban:

Llevar a cabo un programa preventivo de mayor efectividad porque comprenden muy claramente que las enfermedades y la muerte prematura disminuyen el valioso recurso del país: la capacidad productiva y el bienestar de sus gentes. Se dan cuenta también de que factores que tan críticamente afectan la salud general, como la desnutrición y la mortalidad infantil, están empeorando en Colombia, en vez de disminuir, como sería lógico suponerlo, ahora que la ciencia dispone de más recursos y que el país ha alcanzado mayor desarrollo (Currie, 1952: 259).

Estas ideas se originaron en las conferencias sostenidas por un grupo de profesionales durante los meses de diciembre de 1950 y enero de 1951 sobre los problemas de la salud pública y dieron como resultado un documento que consolida, en primer término, la organización de los servicios de higiene y asistencia social; un resumen de las necesidades y de los objetivos que deben perseguirse, y finalmente se señalan las mejoras que deben realizarse y cómo debe funcionar la nueva organización (Currie, 1952: 259- 260).

Pero quizás el resultado más interesante para efectos de este trabajo es que aquí nació la idea de crear un Ministerio de Salud Pública en el país, para ello vale la pena citar textualmente el informe:

Entre las modificaciones que se proponen hay una que debe mencionarse desde el principio, y es el cambio del nombre Ministerio de Higiene por el más extenso y descriptivo de "Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social" (Currie, 1952: 260).

Sin embargo, el cambio de nombre no era la única modificación sugerida, pues la Misión presentó una propuesta para la organización del Ministerio que se ilustra en la Figura 5-2, que se justificaba en su momento, por las siguientes razones:

- Hay demasiadas dependencias separadas. Uno de los problemas es la imposibilidad en que se encuentran los principales funcionarios técnicos para entrevistarse con el Ministro. El número de dependencias que éste tiene bajo su dirección inmediata (20) es excesivo. La mayoría de las actuales secciones son muy pequeñas y no se justifica que funcionen separadamente.
- Se carece de un método apropiado para coordinar las varias secciones. No sólo faltan supervisores en los planos intermedios de la administración sino que la cooperación entre el personal de secciones afines es muy limitada.
- No siempre se observa una delimitación clara de funciones entre las diferentes secciones, especialmente cuando dos o más de ellas tienen que trabajar en estrecho contacto. Lo mismo ocurre con la distribución de funciones entre las varias dependencias de la higiene en lo nacional, en lo departamental y en lo municipal.
- Las relaciones del Ministerio con los Gobiernos seccionales y locales son más bien confusas. En vez de entenderse directamente con las autoridades departamentales de higiene, y por su conducto con las entidades subalternas, los funcionarios nacionales establecen conexión inmediata con los municipios, o con los representantes locales.
- No hay suficiente delegación de autoridad. Los Jefes de Sección deben esperar la aprobación del Ministro aun para asuntos de menor importancia.
- A menudo se carece de una orientación definida y de planes realistas. A veces se hacen planes demasiado ambiciosos que no se llevan a efecto. Se ha concedido demasiada importancia a la medicina curativa y se ha descuidado la preventiva; se ha gastado demasiado dinero en nuevas construcciones y no el suficiente en mantenimiento.

- No existe una base sistemática para la distribución de los fondos nacionales de higiene y asistencia pública entre las varias subdivisiones político-administrativas.
- El sistema de contratos para la distribución de fondos a las divisiones político-administrativas es engorroso. Las enfermeras y los inspectores de higiene, tienen a veces que esperar por largo tiempo a que les paguen sus servicios.
- Hay falta de coordinación entre el trabajo de las autoridades centrales y las dependencias seccionales y locales. Cada una atiende a trabajadores por su cuenta y aún en contradicción con lo que hacen otras dependencias.
- Se ha hecho evidente la tendencia a centralizar en forma excesiva las actividades de la higiene, siendo que estas pueden desempeñarse más efectivamente cuando más próximas están a la gente que recibe el servicio.
- En muchos municipios las actividades médicas e higiénicas no están adecuadamente coordinadas.
- En algunos lugares existe duplicación de servicios e instalaciones. Por ejemplo, en una ciudad importante del país, el Ministerio y el municipio desarrollan actividades relacionadas con el control de enfermedades venéreas en forma independiente, y lo que es más, el Ministerio sostiene dos establecimientos separados dentro de la ciudad: uno para cuidado materno infantil y el otro para tuberculosis.
- El Ministerio de Higiene no mantiene conexión permanente con otras entidades que tienen con él comunidad de intereses (Ministerios de Educación, Trabajo y Agricultura, ISS).
- La responsabilidad de la construcción, instalación y mantenimiento de hospitales y de centros de salud se haya dispersa.
- Los servicios de laboratorio del Ministerio están dispersos y no hay persona alguna que esté encargada en forma definida de la prestación local de dichos servicios.
- La intervención de la nación en lo referente a la administración de la asistencia pública y la previsión social se reduce a trabajo de oficina.
- Las técnicas de la educación sanitaria no se usan lo suficiente como para alcanzar a la gran masa de la población.
- La falta de estabilidad del personal es un problema serio. Aunque la Escuela Superior de Higiene ha principiado ya a llenar algunos vacíos educativos, el Ministerio aún carece de elementos capacitados y de programas para la preparación del personal en general.
- La ayuda que en materia de higiene ofrecen los organismos internacionales no siempre se aprovecha en forma completa y cuando se obtiene, pierde efectividad por las demoras e indecisiones resultantes de la defectuosa organización ahora vigente (Currie, 1952: 267-269).

Sin embargo, más allá de las deficiencias que se presentaron en el intento de la institución por satisfacer adecuadamente los problemas planteados por el entorno, que había contribuido en parte a crear y que llegaron a ser determinantes endógenas del cambio institucional; deben plantearse además los problemas del diseño institucional y de la toma de decisión.

5.3 El diseño de un Ministerio de Salud Pública

Para empezar, hay que tener en cuenta qué se entiende por diseño. Según Schvarstein (1998) el diseño se presenta como “un producto dinámico de la resolución dialéctica de las contradicciones que enfrentamos al ir en pos de un objetivo dado. Así concebido, el diseño consiste en la identificación y la resolución de estas contradicciones, en el marco de un contexto de significación dado por la organización” (Schvarstein, 1998: 19).

Aunque en esta investigación se está de acuerdo con dicha definición y se abordará la creación del Ministerio de Salud Pública desde una lógica de la toma de decisiones políticas en las democracias complejas que se basan en la negociación, el ajuste entre intereses y la aceptabilidad social (Monnier, 1992 citado por Roth, 2002: 88), lo cierto es que se debe analizar también otro modelo interpretativo del proceso.

Recuérdese que en el contexto en que surgió el Ministerio de Salud Pública el enfoque dado al diseño institucional era diferente. Después de la Segunda Guerra Mundial, en la construcción del llamado Estado de Bienestar se demostró la necesidad de transponer técnicas de planificación en los regímenes capitalistas. Con el propósito de fomentar el desarrollo en los países menos avanzados (América Latina), las instituciones internacionales como el Banco Mundial impulsaron esfuerzos de planificación. Para ello fueron enviados varios economistas y expertos a diagnosticar la situación y a diseñar planes de desarrollo para los llamados países del “tercer mundo”. Estos expertos tuvieron una influencia determinante sobre el diseño de las estructuras institucionales toda vez que los gobiernos las adaptaban en función de la última “tesis en boga” en las instituciones internacionales (Roth, 2002: 79, 181-2).

Siendo la Misión Currie parte de este modelo de planeamiento económico y organizacional del Estado, la toma de decisión de la creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia describiría un proceso de subordinación del político al experto, en otras palabras, estaríamos frente a un modelo tecnocrático, en el que hay una difusión de la ciencia norteamericana de forma lineal y evolutiva.

Una idea que sustentaría esta tesis es que la segunda Misión Currie estuvo integrada por numerosos funcionarios⁶⁰ norteamericanos, en calidad de expertos de la Oficina del Presupuesto, de la Comisión de Energía Atómica, del Servicio de Salud Pública, del Bureau of Reclamation del Departamento del Interior, de la zona del Canal de Panamá y de la Organización de las Naciones para la Agricultura y la Alimentación, como también asesores particulares y por su puesto el Jefe de la Misión, Lauchlin Currie (Currie, 1952: XV); en tanto que los miembros colombianos⁶¹ de la Misión eran personal administrativo y auxiliar

⁶⁰ Ward Steward (Subjefe de la Misión. Asistente de la Comisión de Energía atómica), Iván Asay (Jefe del Departamento de Métodos Generales División de Dirección Administrativa. Oficina del Director de Higiene), Andrés R. Córdova (Organización de Alimentación y Agricultura de las Naciones Unidas), Morris Miller (Ex – Asistente del Jefe del Servicio Legal. Administración de Vivienda de los E.U.), Scott Moore (División de Dirección Administrativa. Oficina del presupuesto. Despacho Ejecutivo del Presidente de los E.U.), Marck Quinn (Departamento Ejecutivo. Zona del Canal de Panamá), Harold Seidman (División de Dirección Administrativa, Oficina del Presupuesto, Despacho Ejecutivo del Presidente de los E.U.), Robert E. Simpson (Subdirector, División de la OIT para Europa Occidental, Departamento de Comercio de los E.U.), Thomas Vasey (Jefe de la División de Programas y Finanzas, Oficina Regional de Aprovechamiento de Tierras, California, Departamento del Interior de los E.U.), Ralph Burton (Asesor de la Misión. Jefe Adjunto, División de Dirección Administrativa, Oficina del Presupuesto, Despacho Ejecutivo del Presidente de los E.U.), Dorothy Soderlund (Secretaria).

⁶¹ Carlos Fonseca Truque (Auxiliar de Administración Pública), Rafael González, Hernán Hernández y Jaime Malagón (Traductores), Rene Muñoz (Dibujante), Magdalena Perea, Rosa de Azuero, Fanny

(traductores, dibujantes, secretarias) sin que se mencionara ningún directivo del Ministerio de Higiene.

Así pues, se pensaría que fue la voluntad de los expertos norteamericanos lo que condujo el cambio a un Ministerio de Salud Pública, tal vez, específicamente por sugerencia del doctor Joseph W. Mountin, Sub-Director del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos quien actuó como el asesor de Higiene y Previsión Social en la primera Misión Currie.

Pero esta tesis encuentra un fuerte obstáculo, que lleva a su total rechazo cuando se acude a la teoría neoinstitucional que en sus desarrollos advierte que las instituciones nunca son el producto de un acto de voluntad, sino el resultado de un proceso de aprendizaje social, expresado en las leyes (Prats, 1998: 6).

La propia experiencia ha demostrado que los países en desarrollo no pueden convertirse en desarrollados mediante la copia del sistema institucional de estos últimos, aspecto que aplicado a nuestro caso evidencia que no bastaría con la asistencia técnica internacional para que se produjera una verdadera reforma institucional (Prats, 1998: 6).

Al respecto, las investigaciones sugieren que el cambio institucional está vinculado a las condiciones de negociación intercontextual (Quevedo, et al, 2004: 18-19), pues está visto que toda reforma exitosa exige tanto el cambio de las instituciones como de los sistemas de creencias (North, 1993: 132). Según North (1994):

Los sistemas o estructuras de creencias son transformados en estructuras económicas y sociales mediante las instituciones (incluyentes tanto de las normas de comportamiento formales como informales). La relación entre los modelos mentales y las instituciones es, pues, muy íntima. Los modelos mentales son las representaciones interiorizadas que los sistemas cognitivos individuales crean para interpretar el medio; las instituciones son mecanismos exteriores a la mente que los individuos crean para estructurar y ordenar el medio (North, citado por Prats; 1998: 17).

Acorde con este planteamiento, interesa orientar el análisis institucional hacia el actor bajo el supuesto de que son los modelos mentales de los actores los que moldean sus decisiones (North, 1993: 125,135).

En consecuencia, descartando la tesis inicialmente propuesta, se dirige la mirada a la implicación de los posibles diseñadores de la institución. Schvarstein (1998) ha desarrollado la idea de Lourau (1975) sobre la implicación⁶², argumentando que esta:

Da cuenta del compromiso que tenemos con nuestras representaciones y modelos, por lo cual se reconoce que en todo diseño estarán presentes de manera subrepticia sea o no inconsciente, nuestras teorías implícitas y nuestras matrices de aprendizaje. Todo diseño es en este sentido portador de ideología, y el análisis de esta implicación nos permitirá desvelar la medida en que nuestra actividad puede colaborar al ocultamiento de las contradicciones operantes en el campo en el que actuamos (Schvarstein, 1998: 195).

Vargas, Alicia Vergara (Secretarias Bilingües), Jaime Quijano Caballero (Asesor, Director de la Versión Castellana), Janice Barnhart (Secretaria inglés).

⁶² Lourau (1975) planteó a través del concepto de implicación, la inseparabilidad entre sujeto analizador y objeto analizado.

Comenzando este análisis con los miembros norteamericanos de la Misión Currie, se presume que el modelo que tenían en mente era la salud pública porque como ya se vio este era hegemónico en los Estados Unidos y bajo sus intereses subyacentes pretendían instituirlo en los países latinoamericanos⁶³.

Un elemento con que se cuenta para corroborar esta idea es el discurso empleado en el segundo informe de la Misión, en el cual sus redactores (todos ellos norteamericanos), tienen la tendencia a naturalizar la salud pública como una función del Gobierno nacional a través del lenguaje (Currie, 1952: 260).

Sin embargo, la responsabilidad del informe y de las recomendaciones recaía en el Jefe de la Misión, Lauchlin Currie, quien personalmente lo aclara en la introducción del documento y afirma que ninguna de las entidades participantes asume responsabilidad ni implícita ni explícita por ellas (Currie, 1952: XV). Entonces, conviene conocer un poco más sobre este personaje que no solo dio su aval, sino que asumió la responsabilidad por la propuesta de creación de un Ministerio de Salud Pública en Colombia.

Lauchlin Currie, nació en Nueva Escocia en 1902, estudió economía en Inglaterra, en el London School of Economics y después de obtener el grado en 1925 se dirigió a los Estados Unidos a trabajar como catedrático en la Universidad de Harvard. En 1933 fue nombrado asesor del Presidente Franklin D. Roosevelt para el desarrollo de su programa bandera: el New Deal. En 1934 trabajó en el Departamento del Tesoro y luego fue nombrado subdirector de investigaciones. En ese mismo año obtuvo la nacionalidad estadounidense (Garrido, 2004: en línea). Con una carrera en ascenso “Currie se ganó la confianza del presidente Roosevelt, y en 1939 era el primer economista de la Casa Blanca, con una influencia incontrastable” (Garrido, 2004: en línea).

En consecuencia, durante la Segunda Guerra Mundial, Currie fue nombrado asesor administrativo del presidente Roosevelt. Este antecedente verifica la influencia que recibió en torno a la política intervencionista y la táctica de disuasión de otros países para obtener beneficios para los Estados Unidos. Así mismo, su contacto cercano con la política exterior del “Buen Vecino” le significó un aprendizaje de la importancia de la seguridad mutua en el campo sanitario.

Con estas experiencias, Lauchlin Currie llegó a Colombia en 1949, después de haber encontrado dificultad en ubicarse como catedrático o consultor ante el fin del Gobierno Roosevelt y después de haber sido acusado en 1948 de espionaje (Garrido, 2004: en línea).

Pero su actuación en Colombia no se limitó a las Misiones ya mencionadas, pues decidió establecerse en el país y contraer matrimonio con la colombiana Elvira Wiesner en 1954. En 1958 obtuvo la nacionalidad colombiana y en adelante se dedicó a hacer estudios sobre agricultura, transporte ferroviario, planes de empleo y un balance de la enseñanza de la economía en el País. Volvió a la escena política en 1960 cuando el Presidente Alberto Lleras lo llamó para ser miembro permanente del Consejo Nacional de Planeación, desde entonces brindó ayuda en la formulación de planes de desarrollo para Colombia y continuó dictando cátedras en la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional y la Universidad Javeriana, eso sí, sin descuidar su vocería ante el Gobierno (Garrido, 2004: en línea).

Ahora, volviendo sobre su desempeño como Jefe de la Misión Currie y conociendo su apoyo declarado a las recomendaciones contenidas el informe, es preciso hacer un breve análisis de la

⁶³ Concretamente esta tarea la venía realizando en Colombia el SCISP desde 1943 cuyas recomendaciones incluían la creación de Centros de Higiene y la preparación de personal colombiano como parte de un programa integral de salubridad.

propuesta de creación del Ministerio de Salud Pública con la intención de identificar el modelo implícito en su diseño.

En primer lugar, la propuesta de cambiarle el nombre al Ministerio de Higiene, indica que para los norteamericanos el de “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social” se ajustaba mejor a su representación de la experiencia del mundo (vivencia) y a como pensaban que debía ser (imaginario). Esto revela la implicación de los diseñadores, para quienes la salud pública era el referente.

De lo anterior se extrae que una de las finalidades hacia las cuales apuntó la negociación con los miembros colombianos de la Misión estuvo dirigida hacia el aprendizaje de un lenguaje y de conceptos compartidos. Esto quiere decir que fue necesario que ocurriera un proceso de “aculturación recíproca” de los diferentes protagonistas (Monnier, 1998, citado por Roth, 2002: 165).

Pero dicha negociación no se vino a dar en el marco de la Misión únicamente, sino que ya se había iniciado desde tiempo atrás con la llegada de la salud pública a Colombia. Muestra de ello, era el lenguaje con que los funcionarios colombianos denominaban a las instancias del Ministerio, evidenciando la confluencia de dos modelos, uno instituido y otro instituyente. Un ejemplo puntual fue el cambio de una Dirección Nacional de Higiene a una Dirección Nacional de Salubridad en 1945 por Decreto 1375 del 7 de junio (De Aguilar & Silva, 1979: 30).

Pero la transformación no fue repentina sino que se siguió hablando de higiene (según la tradicional expresión francesa) por varios años, aunque este término abarcaba nuevas acciones que lo fueron asemejando a la noción de salud pública norteamericana (Eslava, 2004: 47). En esta dinámica el aparato higiénico finalmente cede y se transforma a medida que los funcionarios organizan el mundo en el lenguaje⁶⁴.

En segundo lugar, está la propuesta de reorganización del Ministerio, en la que la salud pública también es el eje central. Así lo manifiestan explícitamente los norteamericanos al justificar las reformas sugeridas en el organigrama:

Las reformas estructurales, como es natural, no traerán por sí solas el mejoramiento de la administración de la salud pública y de la asistencia social que Colombia necesita. Eso dependerá de la forma como se use la estructura para la formulación de planes de largo alcance y su traducción en hechos concretos. Esto último a su vez dependerá del personal a quien se encomiende el trabajo. Una buena organización sin embargo, hace más fácil el logro de un resultado satisfactorio (Currie, 1952: 271).

De forma implícita, también se encuentran en el organigrama (Figura 5-2) características que lo enmarcan dentro del modelo de la salud pública norteamericana y se rastrea otra influencia de desarrollo más reciente en los Estados Unidos: la medicina preventiva, pero esta se abordará más adelante.

Por ahora, en una evaluación global de la propuesta, se evidencia que lo que se busca es establecer una organización vertical con centralización técnica y descentralización administrativa, con órganos centrales esencialmente normativos que establezcan líneas de

⁶⁴ Otro ejemplo que ilustra este proceso es la creación de la revista “SALUBRIDAD”, como órgano oficial del Ministerio de Salud Pública (Roger, 1955: 30) y que vino a reemplazar a la “Revista de Higiene”, la cual había tenido una publicación mensual desde su creación en 1888, bimestral desde 1940 y trimestral en 1950 (Ministerio de Salud/OPS, 1979: 46), con lo que se pretende señalar que el lenguaje de una comunidad científica también recae en sus vehículos pedagógicos inevitablemente.

autoridad con los funcionarios, quienes a su vez delegan funciones, establecen prioridades y vigilan su sección, en una organización armónica en la cual el Ministro es el motor.

Esto lleva a concluir que lo que se está plasmando en la propuesta es, en primer lugar, una idea de Estado para el desarrollo, con una fuerte incitación hacia la centralización del poder de decisión en las más altas esferas del poder político, influencia que como es lógico, proviene del modelo de desarrollo patrocinado por los consejeros de los Estados Unidos y en particular por Lauchlin Currie. En segundo lugar, se está imprimiendo un esquema de salud pública para la coordinación las actividades en el Ministerio ya que este es el modelo que se ajusta a dicha visión del Estado, sobre la base de un estilo promovido en Colombia por el SCISP.

En un examen más detallado del organigrama se identifican algunos cambios orientados hacia estas dos reflexiones. En primer término, respecto a la centralización, ahora el Ministro debería entenderse directamente, solo con los Jefes de siete dependencias, en vez de veinte, como ocurría hasta entonces. Además, recibiría ayuda por parte del Ministro Delegado o Adjunto, cargo que se había creado para garantizar una “mayor efectividad directiva” al ofrecerle al Ministro colaboración con sus funciones generales de coordinación y por ende haciendo innecesario el cargo de Secretario General entonces existente (Currie, 1952: 289).

También, se llevaría a cabo la unificación de los servicios administrativos, para lo cual la Sección independiente que se encargaba del personal y de la correspondencia, entraría a formar parte de una División de Administración, cuyo núcleo sería el antiguo Departamento Administrativo (Currie, 1952: 286).

De otra parte, se realizarían planes de acción y orientación para lo cual se creaba la Oficina de Planeamiento y el Consejo Nacional de Salud Pública. Este último tendría funciones puramente asesoras, pero el Ministro debería consultarlo en las cuestiones más importantes de la política del Ministerio. También se creaba el cargo de Asistente de Planeamiento y Relaciones Internacionales, quien tendría como función la labor técnica auxiliar que demandara el funcionamiento del Consejo. Este sería el “brazo derecho” del Ministro en las tareas de promover un planeamiento coordinado en todo el Ministerio y en el campo internacional ayudaría a “mantener relaciones mutuamente benéficas” con los organismos internacionales (Currie, 1952: 286).

En segundo término, está la organización del nuevo Ministerio siguiendo el modelo de la salud pública norteamericana al estilo puesto en marcha en el país por el SCISP. De acuerdo con esto, se creaban tres Divisiones principales en las que se conservaba la separación entre los aspectos preventivos y la tradicional medicina curativa⁶⁵ y se le daba relevancia a la investigación dentro de la estructura institucional. Para ello se proponía la creación de la División de Asistencia Médica y Social, la División de Medicina Preventiva y Servicios Locales y la División de Laboratorios e Investigaciones.

Merece detener un momento el análisis para llamar la atención sobre el nombre que se le dio a estas tres divisiones. Básicamente lo que interesa señalar es que los diseñadores norteamericanos basaron su propuesta en la visión de una medicina “integral” que estaba en auge a partir de la adopción en 1948, de una definición de la salud promulgada por la OMS⁶⁶

⁶⁵ De acuerdo con Restrepo & Villa (1980), si bien la separación de estos dos aspectos fue una característica de la fase de Bienestar desde comienzos de la década del 40, lo cierto es que la separación posterior de las dos funciones se dio por la influencia del SCISP, que impulsaba la copia de los patrones que regían la salud pública de Norteamérica (Restrepo & Villa, 1980: 81).

⁶⁶ Esta definición procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada en dicha ocasión por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS, 2011: en línea).

según la cual, esta se entendía como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2011: en línea).

Dicha visión había motivado un cambio de actitud hacia un concepto más integral de la medicina, que se intentó plasmar en la organización de las Divisiones en el Ministerio. Ahora las habilidades del médico ya no podían centrarse únicamente en el diagnóstico y el tratamiento, sino que debían comprender además la prevención de la enfermedad y la investigación, en el interés de preservar la salud y no únicamente restaurarla (OPS, 1976: 5).

La propuesta en sí es novedosa en el país, porque con el cambio de nombre del entonces “Departamento de Asistencia Pública y Previsión social” por el de “División de Asistencia Médica y Social”, se le otorga predominancia a las actividades médicas. En el propio informe se reconoce la necesidad de incrementar y hacer más eficiente la asistencia médica y se recomienda que la División mantenga continuo intercambio de ideas con el ICSS porque esta institución estaba acumulando valiosas experiencias no solo en la administración hospitalaria sino además en la asistencia médica a pacientes (Currie, 1952: 279-280). Además, según la Misión Currie, esta recomendación se basaba en que hasta el momento no existía entre el Ministerio de Higiene y el ICSS una colaboración sistematizada para el planeamiento y construcción de obras, ni para el uso conjunto de hospitales y dispensarios, ni para la preparación y empleo de personal médico, ni para el mejoramiento de la educación sanitaria y de los hábitos alimenticios, por lo cual manifestaba su preocupación afirmando: “ (...) tal como están hoy las cosas, nos estamos en realidad aproximando hacia una duplicación de funciones en gran escala por la existencia de dos grandes organismos de salud pública dentro del Gobierno Nacional” (Currie;1952: 308-312).

Adicionalmente, en el informe se manifiesta la preocupación porque en Colombia el Gobierno Nacional no tiene mayor participación en la administración de hospitales y otras instituciones de carácter médico. Al respecto el plan contempla el traslado de los sanatorios antituberculosos y los leprocomios a la nueva División con el fin de concentrar en una sola dirección administrativa las instituciones nacionales hospitalarias y de protección. Además de este, no se introdujeron mayores cambios en la organización y básicamente la propuesta establecía que la División no debía continuar encargada de los “informes de rutina” y de la “voluminosa correspondencia” que sostenía con entidades privadas de asistencia pública en todo el país.

Finalmente, se recomienda que se enfoquen los esfuerzos del personal técnico en el planeamiento y la construcción de hospitales y en la orientación y asesoría de los servicios de asistencia pública en los departamentos y municipios a fin de hacerlos más eficientes (Currie, 1952: 280).

Por su parte, la denominación de “División de Medicina Preventiva y Servicios Locales” estaba en concordancia con las recomendaciones más recientes de las escuelas de medicina norteamericanas. Estas consideraban que este campo del conocimiento médico debería crear sus propios programas de enseñanza y por supuesto una gran variedad de tipos de organización administrativa (OPS, 1976: 45).

Fue a comienzos de la década del cincuenta que estas recomendaciones tuvieron lugar en torno a varias conferencias y seminarios que fijaron líneas generales para el desarrollo de la enseñanza de los aspectos preventivos de la medicina en los años siguientes. Como ejemplos, se pueden citar las Conferencias sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizadas en Estados Unidos en noviembre de 1952 (para Canadá, EUA y Jamaica), las realizadas en

Francia en diciembre de 1952 (para los países de Europa Occidental) y la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Londres en agosto de 1953, que dedicó una de sus cuatro sesiones al mismo tema (OPS, 1976: 5).

Sin embargo, la llegada de este movimiento sobre a la educación de la medicina preventiva se demoraría un par de años más en llegar a las escuelas médicas de América Latina, con los seminarios de Viña del Mar, Chile (1955) y Tehuacan, México (1956)⁶⁷ (OPS, 1976: 40). Específicamente en Colombia fue hasta diciembre de 1955 que tuvo lugar el Primer Seminario de Educación Médica, en cuyas sesiones se trató el tema básico de la “Organización de la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Salud Pública” (Otálora, 1956: 194).

A partir de estos antecedentes se presume que el nombre para esa División del Ministerio fue sugerido por los miembros norteamericanos de la Misión Currie, quienes pretendían reunir las actividades relacionadas directamente con la prevención y control de las enfermedades bajo una dirección única (Currie, 1952: 272).

En este marco institucional surge la pregunta sobre cuál era la relación de la medicina preventiva con la salud pública, lo cual permite continuar el análisis sobre el papel del SCISP.

Hay que comenzar pues, por señalar que según las conferencias que estaban teniendo lugar en ese momento, para la Medicina Preventiva constituía una preocupación fundamental entender al hombre como unidad biológica que está integrada en una familia y esta, a su vez, en una sociedad. De acuerdo con esto, es evidente que los médicos debían conocer las condiciones y las necesidades de la comunidad donde actuaban y los recursos colectivos disponibles en el área (OPS, 1976: 5). Lo anterior llevó a la medicina preventiva a establecer un vínculo muy estrecho con la salud pública. De hecho, los temas incluidos en la enseñanza de la medicina preventiva originalmente estuvieron influenciados por los cursos tradicionales de salud pública (OPS, 1976: 46) e incluso se llegó a considerar que la medicina preventiva era la que se aplicaba prioritariamente en salud pública, en comparación con la medicina curativa⁶⁸ (Abad - Gómez, 1987: 291).

Como es evidente, los norteamericanos intentaron plasmar esta relación al organizar en el interior de la División de Medicina Preventiva, tres secciones a saber: la Sección de Ingeniería Sanitaria, la Sección de Servicios Locales y la Sección de Epidemiología y Control.

Lo interesante de dicha propuesta es que se estaba dejando en manos de la División toda la ayuda que en materia de salud pública venía ofreciendo el SCISP. Pero con esta acción no se estaba desmontando la labor del Servicio, sino que se estaban incorporando sus programas a las actividades del Ministerio de Salud Pública. Según el informe Currie, al formular esta recomendación se pretendía alcanzar un mejor aprovechamiento de los organismos internacionales en beneficio de la administración (Currie, 1952: 288) porque la ayuda que

⁶⁷ Bajo auspicio de la OPS en 1955 tuvo lugar en Viña Del Mar un Seminario sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva, en el cual se llegó a la conclusión que era necesario crear una cátedra de medicina preventiva y salud pública en todas las escuelas de medicina. Posteriormente, en 1956 se realizó otro seminario en Tehuacan, México al cual asistió Héctor Abad Gómez como representante de Colombia. Allí se definió que el fin de la cátedra era el de estimular el interés del estudiante en las actividades colectivas relacionadas con la salud. Se debía procurar que los estudiantes comprendieran y apreciaran las funciones especializadas de salubridad, así como brindarles la oportunidad de investigar los problemas de salud pública de su país. También se recomendaba que los miembros de la cátedra fueran a la vez funcionarios de Salud Pública, pues se consideraba que el trabajo se veía facilitado en esos casos (OPS, 1976: 11- 13, 57).

⁶⁸ Sin embargo, los desarrollos posteriores de la medicina preventiva pusieron de relieve la necesidad conceptual y metodológica de precisar la definición y límites de dicho término. Como resultado de ese proceso, la medicina preventiva llegó a constituirse en una disciplina bien diferenciada.

ofrecían no siempre se aprovechaba de forma completa, o en otros casos, se perdía por las demoras resultantes de la defectuosa organización vigente (Currie, 1952: 269).

Téngase en cuenta que en el momento en que surgió la propuesta el SCISP era una dependencia del Ministerio, en la cual se estaban llevando a cabo numerosos proyectos específicos en diversas áreas (Tabla 5-1). Una de las mayores contribuciones del SCISP hasta ese momento había sido la conformación de una estructura sanitaria vertical dirigida y administrada por técnicos norteamericanos con colaboración de colombianos. Los seis campos a los cuales se había dirigido esencialmente la actividad de esta institución eran: la creación de Centros modelos de Higiene, la ingeniería sanitaria, la nutrición, la malariología, la educación sanitaria y la preparación de personal colombiano en salud pública como parte de un programa integral de salubridad (Cavelier, 1949^a: 20). Tal era su importancia al interior del Ministerio de Higiene que según Restrepo y Villa (1980), se había llegado a constituir un Ministerio rico y ágil y de orientación extranjera dentro de otro pobre (Restrepo & Villa, 1980: 85).

Tabla 5-1: Labores realizadas por el SCISP en el periodo de Julio 1 de 1951 a Junio 30 de 1952

Proyecto n°	Nombre
102	Centro Modelo de Higiene ⁶⁹ - La Dorada
109	Centro Modelo de Higiene - Barrio Ricaurte
116	Campaña Antipiánica
200	Campaña de Nutrición
201	Campaña de Nutrición y Educación Sanitaria del Valle del Cauca
204	Campaña del Bocio Simple
300	Campaña General de Malariología
500	Educación Sanitaria
502	Entrenamiento de Personal
503	Participación en los gastos de sostenimiento de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras
600	Administración
600-1	Sección de Multilith
651	Ingeniería de Salud Pública
652	Fundación de una Sala de Experimentaciones Neuro-psiquiátricas en el Hospital de San José
653	Higiene Industrial

Fuente: Roger, Jean F. (1952) *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*. Bogotá, República de Colombia - Ministerio de Higiene.

Para resolver esta situación la Misión Currie trazó varios objetivos para la institución, en un intento por nacionalizar los proyectos de SCISP. A continuación se presentan los objetivos del programa recomendado, señalando entre paréntesis el proyecto del SCISP con el que se relaciona:

⁶⁹ Los Centros Modelos de Higiene eran una modalidad de organización sanitaria traída al país por el SCISP. Estos Centros se situaban en lugares estratégicos, en los cuales se podía examinar las condiciones sanitarias de la población. Estos organismos prestaban sus servicios en zonas ampliamente pobladas y sus actividades se encaminaban a consultas prenatales, consultas de niños sanos, recién nacidos, niños enfermos, servicios de epidemiología, consulta de venéreas y servicio del carnet de sanidad, entre otras (Cavelier, 1949^a: 21).

- El establecimiento de centros y sub-centros municipales de salud en todo el territorio de la república para suministrar servicios completos de medicina preventiva y promover en forma selectiva la salud general (proyecto 102 y 109).
- Preparar personal para manejar estos centros de salud, ya sea en Colombia o en el extranjero. Esto quiere decir emplear al máximo la Escuela Superior de Higiene⁷⁰ para el adiestramiento de los actuales funcionarios de la higiene pública y del nuevo personal. También acelerar el entrenamiento de las enfermeras de higiene pública, los ingenieros de sanidad, nutricionistas, higienistas dentales, técnicos de laboratorio y visitadoras sociales (proyecto 502 y 503).
- Dar orientación técnica por intermedio del Ministerio para asegurar la operación de los servicios locales de higiene (proyecto 600).
- Lanzar una campaña durante los próximos 5 años para poner bajo control algunas enfermedades contagiosas como el pián, la viruela, el tifo y la fiebre amarilla (proyecto 116, 204, 300).
- Poner en práctica un programa equilibrado de higiene ambiental en zonas urbanas y rurales (proyecto 651).
- Establecer laboratorios regionales y locales para la realización de investigaciones encaminadas al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades (proyecto 200: Laboratorio de nutrición)

En este sentido, lo que se buscaba era eliminar los proyectos individuales, para lo cual se propuso un organigrama en el que ciertas dependencias asumían las acciones que hasta el momento desarrollaba el SCISP.

Como ya se mencionó dichas dependencias se organizaron al interior de la División de Medicina Preventiva y Servicios Locales, la cual quedaba a cargo de la coordinación de las actividades preventivas. Esta quedaría integrada por la Sección de Epidemiología y Control, para atender las enfermedades contagiosas; la Sección de Ingeniería Sanitaria, para mejorar las condiciones higiénicas del ambiente y la Sección de Servicios Locales cuya función sería el suministro de ayuda y orientación a las localidades y por su conducto las otras divisiones del Ministerio se entenderían con los departamentos y municipios y con sus respectivos laboratorios y autoridades médicas (Currie, 1952: 272).

Además se introdujeron otras modificaciones a la estructura formal del Ministerio sobre la base del modelo salubrista norteamericano. Dentro de ellas está la creación de la División de Laboratorios e Investigaciones, que se haría cargo de la coordinación, unificación e instalación de laboratorios nacionales, regionales y locales para que los trabajos de análisis, diagnóstico y terapéutica fueran accesibles a todos los médicos, ingenieros de sanidad e investigadores de salud pública (Currie, 1952: 278).

Además la Escuela Superior de Higiene y la Escuela Nacional Superior de Enfermeras⁷¹ quedarían como dependencias del Ministerio encargadas de la preparación de personal

⁷⁰ La Escuela Superior de Higiene fue creada mediante contrato entre el Gobierno y la Fundación Rockefeller el 18 de noviembre de 1948, con el propósito de preparar personal para las campañas de higiene del Ministerio y como iniciación para la carrera de higienista en el país.

⁷¹ Esta Escuela fue creada por el Decreto 476 de 1943 con el apoyo del SCISP, el Instituto de Asuntos Interamericanos, la FR y el Gobierno Nacional y “por resolución N° 341 de 1942, fueron nombradas directoras ad honorem Helen Howitt y Johanna Schwarte, enfermeras americanas quienes tenían conexión con la Oficina Sanitaria Panamericana” (Quevedo, et al., 2004: 314).

profesional más suficiente y numeroso. Según el informe, la Escuela Superior de Higiene deberá “proceder a la mayor brevedad posible a dar estímulo, guía e instrucción a la juventud estudiosa a fin de prepararla para que siga profesiones dentro del campo de la salud pública” (Currie, 1952: 284).

Adicionalmente el plan recomendaba la creación de un centro estadístico al interior del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuyas funciones incluirían no solo los datos sobre morbilidad, mortalidad, natalidad y nupcialidad, sino también la recolección y análisis de datos sobre hospitales y funcionamiento de centros de salud⁷². A razón de ello, se veía necesario el cambio de nombre de la actual División Técnica de Bioestadística por el de División de Estadística. El personal técnico que allí laborara debería también colaborar con las dependencias del Ministerio encargadas de los programas, y propender al mejoramiento de los sistemas de informes y al empleo de los mismos en los departamentos y municipios, por intermedio de la División de Servicios Locales (Currie, 1952: 285).

Finalmente el nuevo plan recomendaba algunos cambios en lo relacionado con el otorgamiento de licencias para el ejercicio profesional. Se determinó que debía cambiarse la entonces existente Junta de Títulos Médicos y crear un Consejo Nacional de Práctica Profesional, cuyos miembros deberían ser escogidos por el Presidente de la República de listas de candidatas presentadas por las sociedades profesionales y por los centros de enseñanza. El Consejo estaría integrado así: el Ministro, quien actuaría como presidente; un profesor de cada una de las Escuelas de Medicina, Higiene, Odontología, Farmacia y Enfermería y sendos representantes de la División de Laboratorios e Investigaciones, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, y el Ministerio de Educación. Las principales funciones del Consejo serían recomendar la adopción de normas y conocer las apelaciones (Currie, 1952: 287).

Hasta este momento se puede concluir que el organigrama del Ministerio de Salud Pública refleja el modelo mental de tipo salubrista norteamericano de sus diseñadores, sin embargo aún falta hacer el mismo análisis con los actores colombianos e intentar develar sus implicaciones en el diseño del Ministerio de Salud Pública.

En este sentido se encontró que hubo dos funcionarios colombianos del Ministerio de Higiene que hicieron parte de la Primera Misión Currie, ellos fueron Héctor Abad Gómez y Jorge Boshell Manrique. En cuanto a la Segunda Misión, ya se dijo que en el listado de los miembros que la integraron no aparece ningún experto del Ministerio de Higiene. Sin embargo, el informe precisa que el proyecto de planeamiento sanitario en el que tuvo lugar la idea de crear el Ministerio de salud Pública, se dio en un diálogo entre los miembros de la Misión y el personal colombiano del Ministerio de Higiene, entre los que se contó con la participación de más de treinta médicos y expertos colombianos (Currie, 1952: XVII, 259, 260, 269).

Pese a que no se logró encontrar las actas de dichas reuniones, está claro que en el desarrollo de la propuesta se requirió llegar a un acuerdo entre los norteamericanos y los colombianos, para lo cual era preciso que ambas partes respaldaran la idea de una nueva institución, de lo contrario se habrían requerido esfuerzos y tiempo suplementario para lograr el consenso o por lo menos un apoyo dominante a la propuesta (Roth, 2002: 128). Según Medina (2008) este proceso de consenso:

Implica no solo la aceptación de uno u otro concepto dentro del grupo de científicos a nivel conceptual, sino un profundo conflicto y ejercicios de poder entre los diversos actores socio-políticos, sus particulares maneras de construir el mundo y dentro de

⁷²La Contraloría General de la República tenía a su cargo la recolección de estadísticas de natalidad y mortalidad. La Dirección Nacional de Estadística, adscrita a la Contraloría venía colaborando en el planeamiento y aplicación de los métodos empleados, incluso tomó la iniciativa para el establecimiento del Comité de Estadísticas Vitales y Sanitarias en 1949 (Currie, 1952: 284).

éstas, su cultura y sus intereses por el poder; las herramientas utilizadas para ejercerlo o para convencer al otro y la redistribución del poder en sí (Medina, 2008: 31).

Sin poner en duda que la concentración del poder de decisión estuvo en manos de los expertos norteamericanos, al provenir de una nación desarrollada a la que se intentaba imitar y por ser ellos de quienes dependía la aprobación de préstamos internacionales solicitados por el Gobierno Nacional; a lo que se pretende llegar es a determinar el papel de los funcionarios colombianos en la negociación. Por ello, teniendo conocimiento de que la salud pública ya había llegado a Colombia e incluso había iniciado su proceso de institucionalización desde 1920, lo que se sugiere, es que fue la formación de los funcionarios del Ministerio de Higiene en el modelo salubrista lo que les facilitó el diálogo y la concertación con los norteamericanos.

Lo anterior lo podemos corroborar volviendo la mirada sobre los actores. En este caso el antioqueño Héctor Abad Gómez era médico cirujano y máster en salud pública. Había finalizado sus estudios profesionales en la Universidad de Antioquia en 1947 y la Maestría en Salud Pública en la Universidad de Minnesota, Estados Unidos en 1948. Desde entonces había ocupado el cargo de Director de la División de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Higiene (Perry, et al., 1961: 313).

Se presume que fue su autoridad en salud pública lo que condujo a su designación como integrante de la Misión Currie, puesto que sus opiniones en la materia fueron algunas veces integradas en los programas de gobierno (León, 2004: en línea) e incluso su fama de experto en el tema le significó importantes nombramientos en el exterior (Botero, 1988: 281). En su discurso se evidencia una apertura frente a la influencia cultural de otros países, cuando se describe como “una persona abierta y sometida a múltiples influjos - dispuesta siempre al cambio al que la realidad lo va sometiendo-” (Abad - Gómez, 1987: 11).

Esto lo aplica directamente sobre la cultura médica del país cuando plantea que esta debe tener “sus propias características que la distingan de las demás grandes culturas universales, pero incorporando de éstas sus aspectos más positivos y mejores” (Abad - Gómez, 1987: 61).

En una de sus ponencias presentada en Medellín el 28 de abril de 1957, durante la IV Semana Social Colombiana⁷³ se puede identificar el dominio que el doctor Abad Gómez tenía de las recomendaciones del informe Currie. Así lo pone en evidencia su discurso al referirse a los ínfimos recursos de la salud pública, cuando comenta: “La Misión Currie aconsejaba en el año anterior al censo, la inversión para servicios municipales y de energía, de 342 millones de pesos y 98.5 millones de dólares, en un periodo de cinco años. (...) A este ritmo nos gastaríamos 27 años en lo que la Misión Currie recomendó efectuar en 5 años” (Abad - Gómez, 1957: 2).

De la misma conferencia se destaca su acuerdo con la creación del Ministerio de Salud Pública, cuando cita: “(...) Si analizamos lo que la Misión Currie recomendó en 1950 para gastos de salud pública, recomendación que alcanzaba a la suma de 976'000.000 de pesos en cinco años. En dichos cinco años, de 1951 a 1955 inclusive, se gastaron solamente 184'000.000 en este vital Ministerio” (Abad - Gómez, 1957: 4).

Pero su formación como salubrista y su opinión de la favorabilidad de recibir influencia extranjera en el campo médico no solo le valieron la participación en la Misión Currie, sino también el nombramiento en numerosos cargos después de finalizada la labor. Al respecto se debe mencionar su desempeño como médico asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud en Washington, Lima y México de 1950 a 1955 (Botero,

⁷³ Abad Gómez, Héctor (1957) *Higiene, Moral y Vivienda*. Conferencia dada el 28 de abril de 1957 en la IV Semana Social Colombiana. Medellín, Centro Interamericano de Vivienda.

1988: 281), como profesor de la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en 1956 (Abad - Gómez, 1957:1), cargo que solo era asignado a un profesor que tuviera amplio adiestramiento y experiencia en salud pública (OPS, 1976: 13, 15) y como primer rector de la Escuela de Salud Pública en Antioquia, de la cual fue uno de sus fundadores⁷⁴ (Abad - Gómez, 1987: 218).

También debe anotarse que fue Secretario de Salud Pública en Antioquia de 1957 a 1959; Miembro del Concejo de Planeación; Miembro de la Asociación Americana de Salud Pública, Miembro de las Asociaciones de Salud Pública Colombiana, Peruana, Mexicana y Antioqueña; Delegado de Colombia a la XV Conferencia Panamericana que se realizó en San Juan de Puerto Rico en 1958; Delegado en el Congreso Internacional de Epidemiología realizado en Cali en 1959 y Delegado de Colombia en la Primera Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social que tuvo lugar en Washington D.C en 1968., entre muchos otros destacados nombramientos (Perry, et al., 1961: 313).

Por su parte, Jorge Boshell Manrique, quien es considerado un representante del tránsito de la medicina tropical hacia la salud pública en Colombia, también participó en la afirmación de este modelo como hegemónico en el Ministerio. Este médico colombiano se graduó en Lausana, Suiza y cursó una especialización en Higiene y Enfermedades Tropicales en Bruselas entre 1928 y 1930. Después de trabajar en el Congo Belga se estableció en Villavicencio y en 1934 inició su colaboración con la FR en el diagnóstico de fiebre amarilla selvática en enfermos de Restrepo, Meta (Forero, 2009:43).

Este trabajo lo desempeñó vinculado a uno de los servicios de viscerotomía del servicio especial para el estudio de la fiebre amarilla, dependiente de la Sección de Saneamiento Rural (antes Departamento de Uncinariasis) del Departamento Nacional de Higiene. Pero a raíz de un convenio firmado en 1936 entre la FR y el Gobierno nacional, se creó un nuevo servicio de cooperación para realizar trabajos sobre fiebre amarilla llamado Sección de Estudios Especiales (SEE) (Quevedo, et al., 2004: 284). En esta sección se inició un trabajo de investigación epidemiológica que requirió del establecimiento de un laboratorio de campo en Villavicencio, el cual entró en funcionamiento en 1938 con la participación del doctor Boshell.

De allí se destacan los resultados que obtuvo con sus investigaciones en los Llanos Orientales y que fueron publicados en febrero del mismo año en la Revista de la Facultad de Medicina, al describir cómo se transmite el virus de la fiebre amarilla entre monos y mosquitos arbóreos de la selva del tipo *Haemagogus capriconii* (Forero, 2009: 43) y que luego, con la tala de bosques los humanos quedan expuestos a la picadura del mosquito, siendo este el origen de los brotes de fiebre amarilla selvática (Boshell, 1938, citado por Quevedo, et al., en prensa: 129).

Ante estos descubrimientos la SEE inició prontamente una campaña sanitaria en la que el laboratorio de Villavicencio jugó un papel importante a través de la producción y distribución de la vacuna contra fiebre amarilla⁷⁵ en el país.

En 1944 el SEE pasó a llamarse Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay, el cual continuó la lucha contra esta enfermedad empleando la campaña de vacunación masiva, la identificación de los mosquitos vectores y su control, y extendiendo su acción a la lucha contra otras enfermedades como el paludismo. Aunque el 31 de diciembre de 1948 terminó el contrato de colaboración entre el Gobierno nacional y la División Sanitaria Internacional de la FR, el

⁷⁴ La Escuela Nacional de Salud Pública es fundada el 31 de diciembre de 1963 por contrato firmado entre el Ministerio de Salud y la Universidad de Antioquia (Botero, 1988: 280).

⁷⁵ La preparación de la vacuna se había iniciado en 1937 en los laboratorios de la Rockefeller en New York, por los doctores Max Theiley y Hugh H. Smith (Ver Forero, 2009: 44).

Ministerio de Higiene continuó a cargo del funcionamiento del Instituto (Cavelier, 1949b: 218).

En cuanto al Laboratorio de Villavicencio que pertenecía a la SEE, pasó a llamarse Instituto de Enfermedades Tropicales “Roberto Franco” por ley 86 de 1947, y quedó dependiente del Ministerio de Higiene (Cavelier; 1949a: 57).

El doctor Boshell, quien había participado en ese proceso de institucionalización de la investigación sobre Medicina Tropical en Colombia, debió dejar el Instituto Roberto Franco y atender un llamado del Ministro Pedro Eliseo Cruz, a comienzos de 1947, para asumir la dirección del Instituto Samper – Martínez⁷⁶ (Boshell citado por Cruz, 1947^a: 138). Dicho Instituto se dedicaba a “la producción de sueros, vacunas y productos biológicos o químicos destinados a la lucha contra las enfermedades comunicables; la investigación de enfermedades contagiosas, la reglamentación, organización y fiscalización de los laboratorios de higiene pública y el estudio y control de sustancias medicamentosas” (Cavelier; 1949^a: 41).

El informe que el doctor Boshell rindió al Ministerio de Higiene al iniciar sus labores en dicho instituto, reveló que tenía gran interés en mantener la cooperación científica y técnica con los Estados Unidos para el desarrollo de las vacunas. Al respecto informaba: “Se acaba de elaborar y se encuentra lista para el envase una vacuna mixta contra tifoidea, en tres dosis, partiendo de cepas nuevas obtenidas del National Institute of Health, Maryland U.S.A. También se están renovando las cepas de pertussis, por aislamiento de razas locales. Se han pedido a Estados Unidos anti-sueros identificadores” (Boshell citado por Cruz, 1947^a: 139).

En 1949, una vez finalizado su periodo en el cargo de director, se evidenció que el doctor Boshell había desarrollado una vasta competencia administrativa y en su pensamiento se había arraigado una mentalidad de salubrista, al estilo introducido al país por la FR. Así lo corrobora el nuevo director del Instituto Samper-Martínez, doctor César Gómez Villegas, cuando comenta:

(...) se han llevado a cabo tan numerosas y valiosas reformas que puede afirmarse que en este tiempo las capacidades del Instituto para ofrecer al país sus valiosos servicios se han multiplicado (...) Gracias a ellas el país ha podido realizar a bajo costo las intensas campañas de vacunación, como nunca se había logrado antes (Gómez citado por Cavelier, 1949b: 222).

De esta forma se entiende que la selección del doctor Boshell como miembro de la Primera Misión Currie respondió a que él era un representante del nuevo tipo de profesional que se requería para la institucionalización de la salud pública en Colombia, es decir, que era el prototipo de investigador y administrador en el que concluían varios elementos científico-técnicos: “Los aportes conceptuales y metodológicos de la microbiología, la parasitología, la medicina tropical, la epidemiología, la entomología, la teoría de los vectores, la teoría de los centros claves, la campaña de erradicación, la administración de las actividades de salud pública, etc.” (Quevedo, et al., 2004: 197).

A partir de lo anterior, se evidencia que tanto el doctor Héctor Abad Gómez, como el doctor Jorge Boshell Manrique fueron grandes promotores de la salud pública en Colombia. Sus concepciones dominantes fundamentadas en dicho modelo revelan la implicación de estos dos

⁷⁶ Instituto fundado como entidad particular el 24 de enero de 1917, por los doctores Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría y que fue adquirido por el Gobierno Nacional en enero de 1926 en cumplimiento de la Ley 15 de 1925. La Ley 27 de 1926 estableció las finalidades del Laboratorio. Luego, Por el Decreto 25 de 1947 fue convertido en dependencia del Ministerio de Higiene (Cavelier, 1949^a: 41).

actores en el diseño institucional y explican su apoyo a la idea de la creación de un Ministerio de Salud Pública. Además, su apertura a la influencia extranjera hizo factible la negociación política con los miembros norteamericanos de la Misión y la propuesta contenida en el informe Currie da cuenta de las negociaciones alcanzadas.

Finalmente se concluye que siendo la salud pública el modelo hegemónico en la fase de diseño del Ministerio, la creación de esta institución significó en efecto el desplazamiento definitivo de la higiene. Esto concuerda con el planteamiento de Baremlitt (1988) según el cual “las instituciones se manifiestan a través de la existencia de modelos hegemónicos, que son los que adquieren dominancia epistemológica e institucional en una formación económica y social determinada” (Baremlitt, 1988, citado por Shvarstein, 1998: 293).

5.4 La implementación del plan

Se debe comenzar por señalar que la propuesta de creación del Ministerio de Salud Pública no fue implementada de manera inmediata puesto que las instituciones no aparecen automáticamente porque se las necesita, sino que deben ser creadas (Peters, 2003: 87).

En consecuencia, dado que la propuesta había sido entregada por Lauchlin Currie al presidente Laureano Gómez en carta fechada del 8 de marzo de 1951 y había sido impresa en Bogotá por la Imprenta Nacional en 1952, la idea debió esperar a que el Ministro Alejandro Jiménez Arango, quien se había posesionado recientemente, la pusiera en consideración. Así lo manifiesta en su Memoria al Congreso de 1952 cuando hace notar que “se encuentran ya bien acentuadas las causas que van a acelerar el cambio de nombre y reorganización administrativa del Ministerio de higiene” (Ministerio de Salud, OPS; 1979:36).

Es decir que se requirió de un año para que se llevara a término el plan y aunque no se cumplieron las recomendaciones al ciento por ciento, muchos de los aspectos en él contenidos fueron seguidos al pie de la letra, en tanto que otros enfrentaron resistencias, llegando algunos a sucumbir ante las limitaciones políticas y financieras de la Nación. Ya lo manifestaba Manuel Mejía, presidente de FEDECAFÉ, cuando le dijo a Lauchlin Currie refiriéndose a las recomendaciones de sus informes: “[...] lo que usted está diciendo, desde el punto de vista técnico, debe ser así. Pero le manifiesto que eso no dará resultado en Colombia” (Morales O; 1990, citado por Henderson; 2006: 483).

Hasta este punto se ha visto que en el proceso de institucionalización de la salud pública ya se había cumplido una primera etapa que era la existencia de una decisión consciente de crear el nuevo Ministerio; ahora se profundizará en la segunda etapa, en la cual los actores sociopolíticos buscaron mejorar la institución a lo largo del periodo 1946-1953, incorporándole nuevas respuestas a los problemas que estaba en su propósito atender, bajo el argumento básico de que a través de un proceso de aprendizaje la institución fue identificando las circunstancias cambiantes de su entorno hasta adaptarse a ellas.

5.5 La trayectoria institucional (1946-1953)

Las instituciones tienen una visibilidad estratégica ante la sociedad de acuerdo con su objeto (Barrera, et al., 2008: 11), es decir, que son reconocidas porque aplican una serie de respuestas de rutina ante los problemas e intentan usar esas respuestas conocidas antes de buscar alternativas que se aparten de sus valores básicos (Peters, 2003: 56), en consecuencia, en la trayectoria de 1946 a 1953, el Ministerio de Higiene debió adaptarse a una serie de cambios evolutivos que modificaron su visibilidad estratégica e incluso su objeto.

En Colombia, con el crecimiento y el fortalecimiento institucional que se había vivido desde 1945, se había conformado el sector salud⁷⁷, caracterizado por la fragmentación en la prestación de servicios de salud como expresión de la profundización de la separación entre higiene, asistencia pública, beneficencia y la incipiente seguridad social (Hernández, et al., 2002: 84).

En el proceso habían surgido varias instituciones, a cada una de las cuales la sociedad les había asignado un objeto específico. Tal es el caso de la Caja Nacional de Previsión, entidad creada en 1945, que se encargaría de la seguridad social de los trabajadores del Estado del orden nacional; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene, ambos creados en 1946, el primero destinado a la seguridad social de los trabajadores del sector privado, y el segundo, a la atención de los pobres mediante la asistencia pública y la beneficencia privada y a la aplicación de las medidas de higiene pública y privada (Hernández, 2000: 7).

En cuanto al Ministerio de Higiene, este venía desempeñando su labor y desde su creación en 1946 era el que:

(...) fijaba normas, daba ayuda financiera y consejo a otras dependencias y llevaba a cabo trabajos directos. Las autoridades departamentales de salud y la beneficencia daban también apoyo a los grupos de nivel inferior y ofrecían muchos servicios directos, mientras que las organizaciones municipales de salud y la beneficencia desarrollaban conjuntamente programas locales de tratamiento preventivo y asistencia pública (Currie; 1950: 252).

Con estas acciones el Ministerio de Higiene había dado respuesta a una necesidad social y en el periodo en que estuvo en funcionamiento (1946 -1953) se alcanzaron importantes logros para el sector, pues la población se duplicó, la expectativa de vida creció y la mortalidad infantil descendió. Sin embargo dichos alcances fueron atribuidos a que las mejoras en salud pública fueron evidentes (Pardo, 2008: 31).

Pese a estos logros, la creación del Ministerio de Salud Pública venía perfilándose debido a las falencias presentadas en el Ministerio de Higiene en la manera de enfrentar y dar solución a los problemas que en materia de salud afectaban al país. Con esto quiere decirse que además de las fuerzas exógenas determinantes del cambio institucional ya vistas, como la influencia norteamericana en el campo sanitario, económico y administrativo y los intereses de modernización de la Nación en el periodo de estudio, existieron además unas fuerzas endógenas⁷⁸ resultantes de la dinámica interna de la institución que propiciaron el ajuste institucional. Puesto que estas serán tratadas más adelante, por ahora solo se dirá que aproximadamente tres años después de la creación del Ministerio de Higiene, se podía apreciar que Colombia carecía casi por completo de facilidades sanitarias elementales.

En este aspecto se debe considerar que la disposición urbana se había modificado, porque la migración a las ciudades creció bastante, de tal manera que para finales de 1950 ya estaba distribuida la población mitad en el campo y mitad en las ciudades (Pardo, 2008: 31). Adicionalmente, al rápido y continuo proceso de urbanización, a mediados de siglo, el crecimiento de la población había alcanzado la tasa anual de 32 por cien mil (Henderson; 2006 [2001]: 501), situación que había traído consigo nuevos retos con respecto a la salud derivados de las condiciones de vida en la ciudad y de las nuevas patologías urbanas.

⁷⁷ Debe entenderse la conformación del sector en su estructura como “sector de actividad económica en los diferentes servicios que se prestan, es decir: en su conformación en tres grandes grupos: el subsector oficial, el subsector privado y el subsector de la seguridad social” (Barrera, et al., 2008: 156)

⁷⁸ Desde la perspectiva de Lourau (1975), se entiende que el cambio institucional tiene causas determinantes exógenas y endógenas.

Puntualmente, el problema radicaba en las inadecuadas condiciones sanitarias en que la gran mayoría del pueblo colombiano vivía, habitando en albergues en donde abundaban los insectos y roedores conocidos como vehículos de muchas enfermedades altamente infecciosas. Especialmente, el agua constituía una amenaza para la salud aún en las ciudades más grandes y la carencia general de sistemas adecuados de alcantarillado y disposición de los desperdicios indudablemente causaba una elevada incidencia de enfermedades intestinales. Empero, las escasas medidas que se tomaban eran para garantizar la sanidad de la comida y la leche (Currie, 1950: 233-236).

Es decir, que en su función de “dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus ramas y la asistencia pública en el país”⁷⁹, el Ministerio de Higiene estaba teniendo dificultades. En particular, los indicadores de mortalidad, morbilidad y nutrición muestran las precarias condiciones de salud de la población colombiana a finales de la década de 1940.

Las cifras oficiales relativas a los índices de mortalidad habían fluctuado entre 17,3 y 15,6 por cada mil habitantes de 1938 a 1946 (Currie, 1950: 239), pero estas tendrían una importante disminución y según información de las Naciones Unidas serían de 14.3 en 1948, 14.0 en 1949 y 14.2 en 1950 (Varela, 2010: en línea). Sin embargo, aun se contaba con una elevada mortalidad atribuida a causas remediadas por medios de controles conocidos. Entre éstas, en orden de frecuencia, estaban las infecciones intestinales, inclusive, la diarrea y la enteritis; fiebre tifoidea y paratifoidea; disenterías, paludismo y las enfermedades infecciosas agudas, como la tosferina y el sarampión (Currie, 1950: 240).

Adicionalmente, en 1950, de acuerdo con estadísticas oficiales, la vida probable media para el colombiano era de 46.3 años (Currie, 1950: 236). Esta probabilidad de vida relativamente reducida resultaba del elevado índice de mortalidad, especialmente de la infantil, que según estadísticas de las Naciones Unidas, era de 136.8 por cada 1.000 nacidos vivos en el año de 1948 y de 123.9 en 1950 (Varela, 2010: en línea).

En cuanto a los datos de mortalidad en Colombia, se reconoce que son dudosos, dado que en ese momento el 18% de las defunciones eran atribuidas a causas “desconocidas” o “no especificadas”, pese a que, en aquel entonces las recientes aplicaciones de la epidemiología habían permitido comprender su utilidad como una medida muy general de la efectividad relativa de los problemas de salubridad y su utilidad para la comparación de las condiciones de salud de varias naciones (Currie, 1950: 240).

Respecto a la morbilidad, durante el año de 1948 el Ministerio de Higiene recibió informes periódicos de 209 de los 815 municipios. Los municipios informantes tenían 5.420.010 habitantes (cerca de la mitad del país), y se consideraban como más o menos representativos de la Nación. Estos informes indicaban la alta incidencia de paludismo, los parásitos intestinales, la anemia tropical, disentería amebiana y otros desórdenes diarreicos. De igual forma condiciones tales como la fiebre recurrente, el pián, la pinta y la fiebre tifoidea tuvieron una frecuente ocurrencia por lo que eran señaladas como enfermedades de importancia para la salud pública (Currie, 1950: 244-245).

En relación con el problema de la desnutrición, se tiene que este, era característico de una gran proporción del pueblo colombiano. Los estudios realizados por el Instituto Nacional de Nutrición en 1949, habían revelado que entre los desórdenes específicos los siguientes eran los principales: el coto simple, la anemia que se encontró en más del 70 % de los niños examinados en investigaciones locales; el edema nutricional, atribuible al reducido consumo de proteínas; las caries dentales, posiblemente causadas por deficiencias de flúor; el escorbuto,

⁷⁹ Ver Ley 27 de 1946 (Diciembre 2).

que se descubrió muy frecuentemente en las regiones costeras; pelagra y manifestaciones de deficiencias de vitamina A, en los ojos y en la piel (Currie, 1950: 250-251).

Además, se destacaba la lepra como un problema especial en Colombia, no tanto por su importancia epidemiológica, sino por el gasto que representaba en el presupuesto del Ministerio de Higiene y por tanto en la economía nacional. En 1949 se apropió un total de \$18.823.331 de pesos para el Ministerio de Higiene; de esta suma \$ 4.825.860 de pesos, o sea más de un cuarto del total, se destinaron al programa para controlar la lepra. El número de personas afectadas era sin embargo, comparativamente bajo, pues las investigaciones hechas en 1938 habían dado un número de leprosos cercano a 17.000 (Currie, 1950: 249).

Frente a este diagnóstico de la situación de salud en Colombia que iba en detrimento de su visibilidad estratégica frente a la sociedad, el Ministerio tuvo que adaptarse al contexto y a la vez desempeñar un papel activo en su conformación. Es decir, que la institución debió valerse de las circunstancias temporales para evitar la crisis e iniciar una serie de prácticas sociales en respuesta a problemas particulares.

Concretamente, desde la institución se intentó reunir las funciones en salud pública en una sola instancia con la creación del Departamento de Salubridad en 1949 y ya, en 1950, el Ministerio de Higiene había asumido los servicios de salubridad a través de tres categorías principales: 1) las organizaciones de salud pública; 2) las instalaciones y facilidades para cuidado y tratamiento médico, tales como hospitales, clínicas, centros de higiene, salas cunas y similares, y 3) el personal profesional y científico, que trataba de implantar medidas preventivas de salud y atendía al enfermo (Currie, 1950: 251). Pero este es solo un ejemplo y será necesario profundizar en la trayectoria del Ministerio entre los años 1946 y 1953, en su gestión, en sus logros y vicisitudes, momentos en los que paulatinamente se fueron superando las contradicciones existentes entre el modelo de higiene europeo predominante y el modelo norteamericano de salud pública, a la vez que se iba construyendo una nueva forma de institucionalidad.

Para tal efecto se emplearon las memorias de los Ministros de Higiene, que fueron presentadas al Congreso entre 1946 y 1953, gracias a que la Constitución Política de 1886, mediante el artículo 134⁸⁰, había otorgado a los Ministros la autoridad para actuar como voceros frente al Congreso y emitir informes de su gestión dentro de los 15 días de cada Legislatura. El uso de estos informes además, permite visibilizar las acciones por medio de las cuales los funcionarios de la institución, en cabeza del Ministro fueron modelando la organización institucional del Ministerio de Higiene a través de recomendaciones que, en varias ocasiones, terminaron convertidas en decretos expedidos por Presidencia de la República.

El Anexo B presenta la lista completa de decretos que entre 1946-1953 modifican la estructura del Ministerio ya sea por la creación, adscripción o supresión de instancias, que evidencian que la vía legislativa fue uno de los caminos empleados por los salubristas y funcionarios del Ministerio para alcanzar sus intereses de consolidación de la profesión y de control del monopolio de la salud. En este contexto, los Ministros serán vistos como actores sociopolíticos⁸¹ lo cuales ejercen las presiones sobre los cambios en las formas institucionales.

⁸⁰ Constitución Política de 1886: Artículo 134.- “Los Ministros son órgano de comunicación del Gobierno con el Congreso; presentan a las Cámaras proyectos de ley, toman parte en los debates y aconsejan al Presidente la sanción u objeción de los actos legislativos.” Además, la Constitución de 1886 estipula en el mismo artículo que “Cada Ministro presentará al Congreso, dentro de los 15 días de cada Legislatura, un informe sobre el estado de los negocios adscritos a su Departamento, y sobre las reformas que la experiencia aconseje que se introduzcan”.

⁸¹ Los actores sociopolíticos del campo de la salud son todos aquellos que compiten por este capital simbólico y material al que denominan salud, y que están dotados de intereses y capacidades específicas

5.5.1 El Ministerio en 1947: Del liberalismo oficial al populismo de Gaitán

Cuando ya se había creado el Ministerio de Higiene, fue expedido el Decreto 3548 del 11 de diciembre de 1946, por el cual fue nombrado como primer Ministro de esta institución, el higienista Jorge Bejarano, quien hasta la fecha había sido Director Nacional de Salubridad⁸² (Ministerio de Higiene, 1949: 1). Este médico cirujano se había graduado en la Universidad Nacional de Colombia en 1913 y entre 1914 y 1918 fue cuatro años secretario de nuestra Legación en Francia, cursando una especialidad en pediatría e higiene en París. En 1921 había sido nombrado catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Además de su destacado desempeño como docente, había ocupado la vicepresidencia de la Academia Nacional de Medicina entre 1932 y 1936 y la presidencia de la Cruz Roja Colombiana entre 1933 y 1937. También había representado al país en eventos, actuando como delegado en el Congreso Internacional de Higiene, celebrado en París en 1927 y presidiendo la X Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Bogotá en 1938.

En cuanto a su filiación política, era liberal, destacándose por su colaboración con el presidente Alfonso López Pumarejo en 1934, para el cual elaboró el Programa de Higiene y Asistencia Pública y con el presidente Eduardo Santos, a quien brindó su amistad y colaboración en la campaña presidencial y en algunos de sus programas de gobierno (Cáceres, 1996: 137-138).

Su nombramiento como Ministro de Higiene en medio del gobierno conservador de Mariano Ospina Pérez respondió a dos razones fundamentalmente. La primera es que el doctor Bejarano había actuado como asesor en la elaboración del proyecto de Ley por el cual se creó el Ministerio de Higiene⁸³ y por su vasta experiencia en la organización sanitaria era la persona que mejor conocía cómo ponerlo en funcionamiento. La segunda y quizás más importante razón, es que en el Gobierno de Unión Nacional del presidente Ospina Pérez se dio una repartición “*fifty-fifty*” de los puestos ministeriales entre liberales y conservadores (Pécaut, 2001 [1987]: 499).

Después de tomar posesión del cargo el 8 de enero de 1947, el Ministro Bejarano inició una serie de cambios en la institución que reflejaban su adherencia a las ideas médico-sociales, según las cuales la enfermedad se consideraba como un fenómeno colectivo.

Esta noción había surgido a comienzos del siglo XX en Europa bajo el nombre de Higiene o Medicina Social con el objeto de abordar científicamente los problemas sanitarios de las masas trabajadoras en los países industrializados y a su vez como una reacción de la tradición higiénica frente a las concepciones bacteriológicas que habían empezado a mostrar sus limitaciones (Rodríguez - Ocaña, 1992: 44).

La fuente teórica de la medicina social fue la patología constitucional en torno a la cual se desarrollaron temas como la biología de la herencia y la preocupación eugenésica⁸⁴, aunque también existieron otros abordajes en torno a la investigación de las condiciones de vida de la población⁸⁵ (Rodríguez- Ocaña, 1992: 47).

que les permite "defender modelos de organización sectorial que supone una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en él" (Bourdieu citado por Hernández, 2000: 11).

⁸² El Doctor Jorge Bejarano fue nombrado como Director Nacional de Salubridad por Decreto N° 1464 de 15 de Junio de 1945 y desempeñó este cargo hasta el 7 de enero de 1947 (Ministerio de Higiene, 1949: 1).

⁸³ Ver Capítulo I, ítem 4.1.

⁸⁴ Alfred Grotjan fue uno de sus representantes. Su contribución teórica permitió el desarrollo de la Higiene o Medicina Social como una nueva disciplina.

⁸⁵ A esta línea de la medicina social pertenecen autores como Ludwig Teleky y René Sand .

Pero el punto de vista médico-social, iba más allá de la teoría pues supuso la introducción de una nueva modalidad del ejercicio médico que estaba dado por la campaña de intervención⁸⁶ apoyada colateralmente por la extensión de los seguros sociales de enfermedad, consiguiendo de esta forma la unión perfecta ente higiene pública y privada (Rodríguez - Ocaña, 1992: 45).

El Ministro Bejarano desde tiempo atrás ya había dado muestras de su interés en las teorías sobre las que se fundamentaba la Medicina social, desarrollando trabajos sobre eugenesia⁸⁷ y algunos supuestos factores degenerativos de la raza como el alcoholismo y el cocaísmo⁸⁸, llegando a la conclusión de que los signos que tradicionalmente se habían señalado como evidencia de la degeneración de la raza en Colombia, no lo eran por causas biológicas, sino por las inadecuadas condiciones de vida del pueblo colombiano (Quevedo, en prensa: 2011).

Entonces, Bejarano sintió “el deber social” de coordinar los diversos mecanismos asistenciales y preventivos para contrapesar la “fuerza temible de la división en clases” (Rodríguez - Ocaña, 1992: 46). Esto lo pudo hacer desde su desempeño como Ministro, llegando a ser considerado un gran apóstol y uno de los pioneros de la Medicina Social en América Latina (Abad - Gómez, 1987: 70).

Así pues, empezó en el campo asistencial, procurando la modificación de la entonces llamada División Técnica de Asistencia Pública y Previsión Social. Esta medida se justificaba porque “el Decreto orgánico del Ministerio lo dejaba dentro de muy estrechos moldes, por lo cual fue la primera preocupación del Profesor Jorge Bejarano, planear una organización mucho más vasta” (Cruz; 1947^a:75).

Para tal efecto fue expedido el Decreto 408 del 4 de febrero de 1947, que creaba el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social, como una dependencia directa del Ministerio. En dicha dependencia el Seguro Social quedaba ubicado como una sección y en el artículo segundo el mismo Decreto se proveía la facultad ministerial de ir desarrollando las diversas secciones de acuerdo con las facilidades presupuestales y el crecimiento normal del Departamento.

Adicionalmente, frente al inadecuado funcionamiento de las organizaciones hospitalarias del país y al deficiente control que se ejercía sobre ellas, fue expedido el Decreto 974 de marzo 14 de 1947, por el cual se delegaba en la Contraloría General de la República la función de controlar y fiscalizar las Instituciones de Utilidad Común y en el Artículo 4° se delegaba en los Directores Departamentales e Intendenciales de Higiene la inspección y vigilancia técnicas de los establecimientos de beneficencia y asistencia social. De esta forma el Ministro Bejarano alcanzaba una mejor coordinación con los niveles descentralizados.

⁸⁶ Las campañas médico-sociales se dirigían a grupos en riesgo, los cuales podían ser de dos tipos: aquellos cuya situación sociocultural así los colocaba (mujeres, lactantes escolares, obreros industriales), ó aquellos que eran portadores de elementos degenerativos perjudiciales para la colectividad (tuberculosos, sifilíticos, alcohólicos). Por su parte, en Alemania dos de las más importantes campañas médico sociales fueron la lucha antituberculosa y la lucha contra la mortalidad infantil (Rodríguez, 1992: 48).

⁸⁷ En 1920 Jorge Bejarano intervino en un ciclo de conferencias sobre la decadencia de la raza en Colombia (Cáceres, 1996: 134).

⁸⁸ “El profesor Bejarano venía denunciando en artículos periodísticos, en ponencias académicas y en diferentes foros los graves problemas del cocaísmo en las tribus indígenas caucanas, el chichismo en la base de la población colombiana y el alcoholismo patrocinado por el estado cantinero en todo el país” (Cáceres, 1996:138).

De otra parte, el Ministro dirigió sus acciones a desarrollar las prácticas sanitarias de la Medicina Social. Al respecto, fue quizás la expedición del Decreto 25 de enero 9 de 1947, la mayor expresión del interés del doctor Bejarano por procurar la unificación de todos los organismos sanitarios del país tanto en su orientación como en las campañas a que debían dedicarse. Este Decreto, que se expidió el mismo día de la iniciación ministerial de Bejarano, creaba la División de Inspección Nacional de Salubridad y Asistencia Pública para centralizar la orientación y control inmediato de todos los organismos sanitarios.

En este sentido también fueron expedidos los Decretos 509 del 13 de Febrero y 918 del 13 de marzo de 1947 por los cuales se distribuían unas partidas y destinaban unos auxilios para la División de Higiene Materno – Infantil, Escolar y Dental del Ministerio de Higiene, la cual tenía a su cargo una de las campañas medico-sociales más importantes en Colombia en la lucha contra la mortalidad infantil.

El Ministro también veló por proveer el sostenimiento de los Centros de Higiene, los cuales eran la modalidad de asistencia desarrollada en el trabajo sanitario propio de la higiene social. Como ejemplo se puede citar el Decreto 576 expedido con tal propósito el 17 de febrero de 1947.

Teniendo en cuenta que esta modalidad de trabajo sanitario requería de cierto personal capacitado, fueron expedidos varios decretos relacionados con la preocupación por el adiestramiento de personal en materias relacionadas con la higiene, entre los que se encuentra el Decreto 510 del 13 de febrero de 1947, por el cual se señalaba el personal, asignaciones mensuales y partidas para gastos de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras; el Decreto 1313 de abril 18 de 1947, por el cual se destinaba una suma para la organización y desarrollo de un curso de inspectores de sanidad en el Departamento del Cauca; y el Decreto 1500- Bis de abril 30 de 1947, por el cual se reglamentaba la carrera de higienista.

Sus realizaciones en el Ministerio, también reflejaron un marcado interés por el “problema de la coca” participando en la expedición del Decreto 896 de marzo 11 de 1947, mediante el cual se prohibía el pago de salarios, en bebidas alcohólicas o en hojas de coca a los trabajadores, lo cual era una modalidad de contrato muy frecuente. Además se disponían sanciones económicas a los que infringieran dicha disposición y entre otras medidas, se prohibía el cultivo de árboles de coca y de marihuana, así como la distribución y venta de esas plantas. Específicamente, el Artículo 4° instaba a los Alcaldes, Corregidores y demás autoridades sanitarias y de policía a la destrucción de dichas plantaciones. Pero ante la fuerte reacción⁸⁹ que esta medida ocasionó en los interesados, el Ministerio se vio obligado a dictar el Decreto 1472 de abril 30 de 1947, aplazando al anterior y disponiendo la sustitución gradual de los cultivos de coca por plantaciones alimenticias⁹⁰.

Esta sería una de las últimas actividades del Ministro Bejarano al frente de la institución, pues en esta fecha debió abandonar el cargo, después de haber presentado su renuncia el 31 de marzo junto con los demás Ministros liberales, para ser relevados por los gaitanistas, quienes habían ganado las elecciones legislativas del 16 de marzo de 1947. Ante este hecho, los miembros del oficialismo liberal que colaboraban con el gobierno del presidente Ospina Pérez

⁸⁹ El Ministro recibió comunicación de Gerardo Bonilla Irragori, Director Departamental de Higiene del Cauca, Jaime Bonilla Plata, funcionario de la Gobernación de Popayán y Carlos Muñoz Polanco, Secretario de la Asamblea Departamental de Popayán, solicitando debate abierto del Decreto 896 de 1947 por las graves perturbaciones económicas y sociales que suscitaba ya que aproximadamente 10.000 personas vivían de ese negocio (Cruz, 1947^a: 77).

⁹⁰ Esta recomendación ya había sido presentada en 1943 por el Doctor Bejarano, ante la Academia Nacional de Medicina como resultado de su estudio denominado “Cocaísmo en Colombia” (Cáceres, 1996: 142).

se vieron en la obligación de cederle esta participación a la nueva mayoría liberal (Cáceres, 1996: 147).

En consecuencia el 23 de abril de 1947 mediante Decreto 1371 fue nombrado como su reemplazo el doctor Pedro Eliseo Cruz , médico personal y amigo cercano de Jorge Eliécer Gaitán, a quien además le había colaborado en la dirección de su movimiento en 1944 (Pécaut, 2001 [1987]: 444).

Este médico se había graduado en la Universidad Nacional de Colombia en 1926 y tenía una especialidad en cirugía general, de la cual era docente allí mismo. Fue un liberal con amplia participación en la política, desempeñándose como Senador de la República (1947 - 1951), Diputado a la Asamblea de Cundinamarca, Secretario de Asistencia Social de Cundinamarca y Gobernador de Cundinamarca (1949) (Perry; 1965: 640).

Pero había sido su simpatía intelectual con el populismo de Gaitán lo que lo había llevado a ubicarse a la cabeza del Ministerio donde pudo revelar su preocupación por las cuestiones sociales, es decir, que su compromiso con el movimiento gaitanista se tradujo ciertamente en las medidas adoptadas por el Ministerio desde su dirección.

Revelar esta relación exige primero comprender la lógica del populismo de Gaitán y su vínculo con el campo de la salud.

Para comenzar, se debe precisar que según Pécaut (2001), el populismo se transcribe en una representación de lo político fundada sobre parejas de oposiciones que resultan de las tensiones existentes entre: disociaciones/identidad política, conflictos de clase/redistribución, dominación estatal/nuevo pacto social. Es así que el populismo extrae su fuerza de su aptitud para encontrar fundamento en lo contradictorio (Pécaut, 2001 [1987]: 419).

Siguiendo a este autor, una de las manifestaciones de estas contradicciones es la referencia al igualitarismo y la jerarquía. El igualitarismo gaitanista se sitúa fundamentalmente en la perspectiva de un sujeto colectivo, “el pueblo” y pretende alcanzar la igualdad rompiendo la separación abismal entre este y la “oligarquía” para instituir una primera comunicación entre el uno y la otra (Pécaut, 2001 [1987]: 420, 424, 437).

Otra pareja de oposiciones a la que recurre el populismo consiste en poner en evidencia simultáneamente una división absoluta de la sociedad y la vocación del Estado por reunificarla. La promesa de reunificación, depende precisamente de que el Estado se encuentre en las manos de los más aptos, para crear lo social allí donde solo existe división y heterogeneidad, para después de esto arbitrar los intereses opuestos (Pécaut, 2001 [1987]: 421, 439).

En estos términos, para Gaitán la igualdad se podía alcanzar mediante la búsqueda de una nueva “armonía constructiva entre poseedores y desposeídos” ; en tanto que la reunificación de la sociedad, se lograría con la creación de lo social (Pécaut, 2001 [1987]: 439).

Esto último implicaba: a) la socialización del “hombre como espíritu” , para lo cual era necesario la puesta en funcionamiento de una política de “cultura y educación” ; b) la socialización del “hombre como organismo” , para lo cual proponía el desarrollo de una política de salud, de higiene y de nutrición; y, c) el reconocimiento de las jerarquías, para lo cual sugería “elevar al primer rango al químico, al higienista y al biólogo; al maestro, al ingeniero y al mecánico; al agrónomo, al economista y al agricultor; en una palabra a los verdaderos creadores de nuestro progreso” (Pécaut, 2001[1987]: 421, 439-40).

En el desarrollo de este pensamiento, respecto a la política de educación, Gaitán previó introducir una reforma integral a la educación durante los ocho meses que se desempeñó como

Ministro de educación en el año de 1940. Aunque el proyecto le fue rechazado por el Congreso, él continuó realizando acciones para atender problemas como el analfabetismo y adelantó campañas de difusión de la educación y la cultura (Marín, 2004: en línea).

Con relación a la política de salud, la experiencia de Gaitán durante los cinco meses que estuvo al frente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en el año de 1943, le sirvió para afirmar su idea de que el mejoramiento de la salud en los medios populares constituía el “verdadero problema social” (Pécaut, 2001 [1987]: 429).

Y finalmente, sobre el reconocimiento de las jerarquías, Gaitán exaltó en su proyecto político al poder tecnocrático (Pécaut, 2001 [1987]: 424).

Sin duda, esta visión tecnocrática favoreció la ubicación del doctor Pedro Eliseo Cruz en el Ministerio de Higiene, pero era su postura ideológica la que le resultaba estratégica a Gaitán para construir el “país nacional” que tenía en mente, aquel que piensa en el trabajo, la salud y la cultura del pueblo (Marín, 2004: en línea).

En este sentido, se pueden descubrir algunos rasgos populistas del discurso del Ministro Cruz, dados esencialmente por el juego de oposiciones en el lenguaje.

En primer lugar, se analiza el llamamiento frecuente del populismo a la división entre una ínfima minoría que tiene todo y una vasta mayoría que está radicalmente privada de todo tener (Pécaut, 2001 [1987]: 438). Al respecto se encuentra el siguiente comentario del Ministro Cruz: “Es justo reconocer que nosotros nos hemos quedado bastante atrás en este punto y que el defecto fundamental de nuestra organización social es el bajo nivel de las condiciones de vida de la población agrícola y obrera” (Cruz, 1947^a: 88).

En segundo lugar, se analiza el antagonismo entre “los poseedores de los medios de producción y los que por el contrario no tienen sino su trabajo” con el uso de expresiones como “explotadores” y “explotados” (Pécaut, 2001 [1987]: 430). Al respecto, se observa el uso de este término cuando el Ministro hace un comentario con relación al problema de la coca:

La extirpación de este vicio, en apariencia sencilla, tropieza con obstáculos de magnitud exagerada. Es el mayor, la solidaridad que a este respecto se realiza entre el trabajador indígena, habituado por tradición y por herencia, y el patrono que lo explota y a quien beneficia un labriego que se desayuna escasamente y labora todas las horas hábiles del día, sin distraer tiempo alguno para su alimento (Cruz, 1947^a: 76).

También se rastrea su fascinación por el uso del término “pueblo” y el énfasis que da a su acción sobre el problema de la nutrición, siendo que en el discurso populista la enfermedad es la primera realidad de la cual es necesario persuadirse, en una de sus formas más extendidas: la desnutrición (Pécaut, 2001 [1987]: 431). Así lo expresa el Ministro con sus propias palabras refiriéndose al Laboratorio Nacional de Nutrición y de Investigaciones Fisiológicas que pretendía crear:

Este Laboratorio tendrá, como función primordial el estudio de todos nuestros productos alimenticios, con el fin de establecer con ellos la ración alimenticia adecuada a nuestro pueblo en las diversas zonas; a investigar las afecciones por carencia nutritiva y a desarrollar las campañas de nutrición y de educación higiénica en todo el país (···) llevando la enseñanza a las raciones alimenticias adecuadas al pueblo, por medio de restaurantes escolares, restaurantes maternas y restaurantes obreros,

estableciendo la enseñanza de los principios higiénicos sociales en todas las escuelas públicas (Cruz, 1947^a: 90).

Así se concluye que en el discurso del Ministro Cruz se hacen presentes las tensiones que según Pécaut, (2001) son una representación de lo político propias de la lógica del gaitanismo, la cuales se elaboran a partir de las disociaciones que atraviesan tanto a los actores sociales como a las significaciones atribuidas al proceso de desarrollo (Pécaut, 2001 [1987]: 422).

Este último punto también se hace evidente en el discurso del Ministro Cruz, cuando comenta:

La civilización, que en el curso de muy pocos años ha creado un sinnúmero de instrumentos materiales y ha producido una serie de eventos mecánicos prodigiosos, llegando a desentrañar los más íntimos secretos de la materia, no ha evolucionado con la misma rapidez en las cuestiones sociales, y ha originado un desequilibrio entre el hombre y el medio que lo rodea, causa inmanente del malestar social, génesis remota de todos los conflictos sociales (Cruz, 1947^a: 25).

Pero el compromiso del Ministro con el movimiento gaitanista pasó del discurso a concretarse en una serie de medidas encaminadas a buscar el bienestar de las “masas” . Por ello, atendió de un lado, la protección materno-infantil, con la creación del **Instituto Nacional de Puericultura** y por el otro lado, la nutrición del “pueblo” colombiano, con la creación del **Instituto Nacional de Nutrición**, ambas como dependencias directas del Ministerio de Higiene.

El Instituto Nacional de Puericultura, creado por el Decreto 2378 de julio 18 de 1947, se compondría de las siguientes dependencias:

- Consultorio prenupcial, consultorio prenatal, restaurante prenatal, control de partos, consultorio posnatal, consultorio del niño sano, consultorio de alimentación infantil, servicio de vacunación, laboratorio clínico, escuela de puericultura, servicio odontológico, servicio de higiene escolar.

Además sería atendido por médicos especializados en pediatría, puericultura y obstetricia y enfermeras graduadas de alta calificación y contaría con la labor de enfermeras y visitadoras de higiene pública que estarían “orientadas por el más amplio concepto de profilaxis de enfermedades comunicables y transmisibles, tanto en cuanto se relaciona con la formación del producto concepcional, como en lo que se refiere al desarrollo normal del niño y mejoramiento de las condiciones económico sociales de la madre, en cuestiones de higiene , alimentación, educación, etc” (Cruz, 1947^a: 68).

Dentro de las funciones del Instituto estaría además establecer cátedras obligatorias de observación y práctica para todos los médicos, enfermeras, visitadoras de higiene pública y asistentes sociales, que estén trabajando o vayan a trabajar en los servicios de higiene materno infantil de carácter oficial o semi-oficial y en todos aquellos que se ocupen en labores de protección a la madre y al niño, desde el punto de vista higiénico-social.

Por su parte, el Instituto Nacional de Nutrición, creado por la Ley 44 de diciembre 15 de 1947, se encargaría de estudiar y resolver los problemas de la alimentación del pueblo colombiano. La misma Ley autorizaba a la Rama Ejecutiva para celebrar con el Banco de República un contrato por el cual se proveían los recursos necesarios para su sostenimiento y para atender la lucha contra el bocio simple (Diario Oficial N°26.614, del 29 de diciembre de 1947).

Pero, desde su posesión en el cargo el 2 de mayo de 1947, el Ministro Cruz llevó a cabo una serie de labores sobre los demás problemas que incumbían a su despacho y que tuvo el deber

de consignar en la primera Memoria que el Ministerio de Higiene presentaba a consideración del Congreso (Cruz, 1947^a: 5).

En dicho informe, el Ministro Cruz aprovechó su vocería para manifestar algunas preocupaciones, entre las que estaba en primer lugar el reducido presupuesto, siendo que las apropiaciones concedidas eran insuficientes para la labor encomendada. También reportaba la falta de unidad central en la higiene y en la asistencia pública, así como la existencia de multitud de organismos de carácter asistencial, que habían surgido la mayoría de las veces de iniciativa particular y que terminaba sosteniendo el erario público. Otro problema de importancia, lo constituía la demora en los pagos a los trabajadores de los Centros de Higiene que funcionaban por contrato entre la Nación y los departamentos y en ocasiones con los municipios, perjudicando las labores sanitarias y causando el desprestigio público de tales servicios (Cruz; 1947^a: 25).

Además de atender a estos problemas de índole financiera, el doctor Cruz informó al Congreso que durante su gestión dirigió sus esfuerzos hacia los asuntos que en ese momento se consideraban como prioritarios, entre los que se encontraban el problema de la coca, la lepra, la tuberculosis, la reglamentación de las especialidades farmacéuticas y las campañas de nutrición y educación sanitaria.

En cuanto al problema de la coca, debió continuar resistiendo las presiones esgrimidas en contra del Decreto 896 de 1947 y se interesó por desarrollar una acción combinada entre los Ministerios de Higiene, Educación y de Economía para llegar a una solución satisfactoria (Cruz, 1947^a: 82).

Respecto a la lucha antileprosa, informó que la campaña desarrollada se caracterizaba por su ineficacia. Gran parte del problema se atribuía a la legislación que obligaba a los médicos a notificar la enfermedad para luego perseguir a los enfermos a través de las autoridades policivas; además les prohibía la atención al leproso en varias ocasiones, así como la venta libre de los medicamentos para el tratamiento. Para modificar esta situación, el Ministro Cruz promovió una variación en el concepto social con el que estaba siendo mirado este problema y la comprensión de la insensatez de la restricción de la medicación.

Esta nueva visión del problema trajo como resultado que en sus sesiones, el Congreso Nacional diera al Gobierno un nuevo instrumento legal, la Ley 39 de 1947, para modificar los sistemas imperantes en la profilaxis de la lepra, tratando de hacer menos grave la reclusión, limitándola a aquellos enfermos cuyo estado fuera comprobadamente “peligroso” y autorizando una completa transformación de los lazaretos, facultando al Gobierno para invertir anualmente sumas no inferiores a un millón de pesos para dicha labor (Cavelier, 1949a: 31).

Adicionalmente, mediante el Decreto 2374 expedido en julio 18 de 1947, la División de Lepra se puso a cargo de un jefe, cuyas funciones serían las de organizar, dirigir, coordinar y vigilar todas las instituciones y actividades públicas y privadas, relacionadas con la profilaxis y el tratamiento de la lepra en el territorio de la República.

También se debe mencionar la expedición del Decreto 321 del 30 de enero de 1948, por el cual el Ministerio fue autorizado a dictar las normas para el saneamiento de las casas ocupadas por enfermos de lepra y destinar las partidas necesarias para el saneamiento de las habitaciones de enfermos que carecieran de recursos para efectuarlas por su cuenta. Ahora el Ministerio de Higiene podría autorizar la experimentación en instituciones oficiales de cualquier producto terapéutico destinado al tratamiento de la lepra sin costo ninguno para el Estado ni para los enfermos, siempre que el interesado aceptara el control científico de la experimentación. Esta última medida tenía que ver con la dificultad que afectaba la campaña dada por la escasez de medicina, siendo hasta el momento la “chaumugra” y sus derivados, los medicamentos de

elección, junto con las “sulfanas” como el “Promín” y el “Diazone”. Se requería pues, de nuevas investigaciones.

Con relación a la lucha antituberculosa, para esta época se tenía un cálculo de 290.000 tuberculosos pulmonares en todo el país y la campaña presentaba también dificultades derivadas de lo reducido de las apropiaciones presupuestales. Para atender a esta situación, el Jefe de la División de Tuberculosis del Ministerio, doctor Pablo Leiva, sentó las bases para una campaña basada en la educación sanitaria, la vacunación, la construcción de hospitales para la atención de los enfermos y el incremento de las medidas de profilaxis social.

En lo referente a la reglamentación de especialidades farmacéuticas, bajo la dirección del Ministro Bejarano se había expedido el Decreto 750 de febrero 28 de 1947, por el cual se creaba la **Sección de Análisis de Especialidades Farmacéuticas**, del Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez” y se reglamentaba el procedimiento a seguir por el Departamento Jurídico del Ministerio en la expedición de licencias para especialidades farmacéuticas, productos biológicos y alimentos.

Dicho Decreto generó una serie de protestas por las condiciones que se establecían para las solicitudes, dentro de las cuales estaba que toda solicitud de licencia debía hacerse por medio de un apoderado legal, la obligatoriedad de presentar un certificado de la autoridad sanitaria correspondiente y el pago de \$200 pesos al Instituto de Higiene “Samper- Martínez” para la adquisición de la licencia para su venta, producción o importación.

Enseguida se produjeron reacciones a esta decisión, especialmente por parte de algunas Cámaras de Comercio, casas productoras y propagandísticas de dichos productos, llegando incluso a ser demandado el Decreto ante el Consejo de Estado (Cruz, 1947^a: 82). Para contener la situación, el Ministro Cruz convocó a una reunión, a la cual asistieron representantes de la Federación Farmacéutica Nacional, para tratar este tema y el de la reglamentación del ejercicio de la farmacia en el país. Como resultado de dicha reunión se elaboró un Decreto reglamentario del 750, y se expedieron los Decretos 2379 y 2370 de julio 18 de 1947, el primero que creó la Sección de Farmacia, dependiente del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene y el segundo que reglamentó el artículo 1° de la Ley 84 de 1946, referente a los requisitos para el ejercicio de la farmacia en Colombia (Cruz, 1947^a: 83).

Este caso en particular y el antes mencionado sobre la coca, permiten identificar que la sociedad a través de los gremios, grupos de interés u otras formas asociativas, ejercieron presiones sobre la normatividad dictada por el Ministerio, que trajo consigo modificaciones en la estructura formal de la institución.

Por último, el Ministro Cruz abordó en su memoria el tema de la nutrición y la educación sanitaria, para darle luego paso al informe del SCISP. En el tratamiento que da a estas dos temáticas se evidencia la presión extranjera que se está ejerciendo en ese momento, en torno a la introducción de conocimientos y prácticas del modelo de salud pública norteamericana en Colombia.

Sobre la nutrición el doctor Cruz comentaba que este era un tema bastante nuevo dentro de la Higiene Nacional, manifestando que “solamente en los últimos tiempos y con el auxilio de los modernos conocimientos científicos [el hombre] ha logrado establecer cuáles son los principios nutritivos que mejor convienen a su organismo” (Cruz, 1947^a: 88).

Como era de esperarse, esta novedad había sido introducida en el país, por el SCISP, de conformidad con el acuerdo de proyecto número 200, firmado el 29 de agosto de 1946 con el entonces Ministro de Trabajo Higiene y Previsión Social, Blas Herrera Anzoáteguí. Este

programa comprendía la campaña contra el coto simple, nutrición y parasitismo intestinal, y laboratorio de nutrición (Cruz, 1947^a: 94).

En este marco legal, el SCISP le estaba brindando apoyo al **Departamento de Nutrición** del Ministerio en el mejoramiento de la nutrición como medida de salubridad. Así pues, durante la gestión del doctor Cruz se llevó a término la encuesta de coto simple, se proporcionó tratamiento curativo de esta enfermedad a escolares, se determinó el valor nutritivo de los alimentos colombianos, se realizaron estudios de metabolismo y se expidió de la Ley 44 de 1947 por la cual, se proveía la yodización de la sal.

Por su parte, en el tema de la educación sanitaria el Departamento a cargo de esta función en el Ministerio también recibía colaboración del SCISP. En este sentido, el Ministro Cruz presentaba en las memorias al Congreso el informe del doctor Robert L. Cherry, M.D., director del SCISP quien relataba las labores adelantadas. Básicamente, se habían llevado a cabo programas en educación sanitaria escolar y en la comunidad, así como la coordinación de los servicios de higiene y sanidad escolares del Ministerio de Higiene con los servicios médicos escolares departamentales existentes en el país. Adicionalmente se habían realizado labores relacionadas con la dirección de la revista “*Salud*” y del Boletín Informativo del Ministerio de Higiene, la organización del Museo de Higiene, la dirección técnica de publicaciones en desarrollo de los programas de educación sanitaria, la dirección de la Sección de Cine educativo y de enseñanza audiovisual y la dirección de exposiciones ambulantes de nutrición y sanidad rural (Cruz, 1947^a: 100-2).

Además, el Jefe del **Departamento de Educación Sanitaria**, doctor Pedro Vargas Cuellar informó al Ministro de otros logros alcanzados entre los que estuvo la publicación de la “*Página de la Salud*”, que apareció durante todo el año, el día miércoles de cada semana en el periódico “*El Tiempo*” y de dos publicaciones de material de propaganda educativa en el diario “*El Colombiano*” de Medellín. También se informó la realización de 21 exposiciones de nutrición y sanidad rural durante el transcurso del año 1947 y la impresión de un total de 2.000 afiches que trataban temas como la higiene dental, la correcta posición del cuerpo, los hábitos de higiene escolar, la viruela y la difteria. Adicionalmente en ese año se efectuaron exposiciones de nutrición y sanidad en Cali, Palmira, Pereira y Buenaventura con una asistencia de 7.100 personas (Cruz, 1947^a: 108-9).

El Ministro daba paso entonces al informe del SCISP no sin antes dejar constancia de la gratitud del Gobierno de Colombia hacia el Gobierno de los Estados Unidos y el Instituto de Relaciones Interamericanas por los “invaluables servicios y la decidida voluntad de cooperación a favor de los asuntos sanitarios del país” (Cruz, 1947^a: 91).

En el desarrollo de sus proyectos, el **SCISP** llevó a cabo valiosas obras de ingeniería sanitaria y construcciones como el Hospital antivenéreo de Bucaramanga, el Centro de Higiene de Tunja, la Escuela Nacional de Enfermeras en la Ciudad Universitaria de Bogotá. Por otra parte, envió como becados varios profesionales médicos, ingenieros y odontólogos a estudiar diferentes ramas de la salud pública en Estados Unidos, México, Puerto Rico, Haití, Chile, Venezuela y Brasil (Cruz, 1947^a: 91).

Pero el informe rendido al Congreso por el Ministro Cruz comprendía además una serie de medidas organizadas en cada una de las dependencias del Ministerio que se habían llevado a cabo desde su creación y por tanto, contenían información no solo de su gestión sino también de la administración de su antecesor, el doctor Jorge Bejarano. Estas actividades fueron entendidas en su momento como logros alcanzados dentro de los que vale la pena mencionar algunos:

En el **Instituto de Estudios Especiales “Carlos Finlay”** funcionaron 199 puestos de viscerotomía, de los cuales 101 estuvieron activos. De un total de 1.828 muestras de hígado suministradas por ese servicio, 77 casos positivos para fiebre amarilla fueron diagnosticados por examen anatomopatológico. Fue posible la confirmación de la fiebre amarilla en una nueva zona del país (Pavarabdocito- Antioquia). Se revisaron 108 muestras de hígado provenientes de países vecinos. Se prepararon 359.900 dosis de vacuna contra fiebre amarilla en el laboratorio de Bogotá, que había sido creado en 1939 en la Sección de Estudios Especiales del entonces Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social, y que funcionaba en un edificio ubicado en terrenos anexos a los del Instituto Nacional de Higiene; se practicaron 128.921 inmunizaciones; fueron remitidas de manera gratuita 69.920 dosis a países vecinos; se practicaron 809 pruebas de protección para F.A. en sueros humanos y se hicieron 7 publicaciones de trabajos científicos realizados en el Instituto (Cruz, 1947^a:133-37).

El **Instituto Nacional de Higiene “Samper-Martínez”** se reorganizó durante la administración del Ministro Bejarano mediante Decreto 1471 de abril 30 de 1947, y se dispuso que este Instituto se dedicara exclusivamente a funciones relacionadas con la higiene pública y a investigación científica de interés nacional. En el artículo 4º del mismo Decreto se suprimieron las Secciones “Enfermedades Comunicables” y “Entomología y Parasitología”. Además se dispuso que la Sección de Bacteriología y Microscopía se dedicara especialmente a lo que a enfermedades infecto-contagiosas se refiere y que las pruebas para el diagnóstico y el control de las enfermedades comunicables fueran gratuitas.

Por otra parte, se informó que el Instituto, había tenido éxito en la elaboración de una vacuna mixta contra tifoidea, en tres dosis, partiendo de cepas nuevas obtenidas del National Institute of Health, Maryland USA y en la preparación de vacuna contra la tos ferina, una preventiva y otra curativa. Se proporcionaron un total de 3.133 tratamientos antirrábicos en el primer trimestre del año (Cruz, 1947^a: 139).

Otro logro alcanzado fue la obtención, en términos económicos, de un total en el primer trimestre de 1947 de \$ 332.505.94, del cual el Instituto hizo aportes a la Nación por el monto de \$40.687.26. Se prestó además servicio gratuito del Laboratorio de Higiene pública para entidades oficiales como la Contraloría, la Cruz Roja, la Colonia de Vacaciones de Usaquén y a precio reducido para otras como la Policía Nacional. Finalmente, en el parque de vacunación, en los primeros 4 meses del año 1947 se vacunaron contra viruela 559 personas y de la vacuna producida fueron remitidas al Instituto Nacional de Higiene 674.450 dosis (Cruz, 1947^a:139-155).

En el **Departamento Jurídico** mediante el Decreto 2379 de julio 18 de 1947, se creó la **Sección de Farmacia**, con las funciones de vigilar y controlar la Policía Sanitaria y de Farmacia, vigilar y coordinar las labores de fiscalización encomendadas a los inspectores de farmacias y laboratorios de producción farmacéutica, levantar el registro de todos los farmacéuticos en ejercicio legal de su profesión, llevar el Kárdex de clasificación de las farmacias, droguerías, etc., vigilar y coordinar el funcionamiento del Laboratorio de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos, cumplir y hacer cumplir las disposiciones legales sobre drogas, alimentos y cosméticos y compilar las disposiciones dictadas o que se dicten, en relación con la profesión farmacéutica. En el artículo 15 del mismo Decreto se cambió el nombre de la Sección de Análisis de Especialidades Farmacéuticas que había sido creada por el Decreto 750 de febrero 28 de 1947 por el de **Sección de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos**.

Por otra parte, en cuanto a las labores desarrolladas en el Departamento Jurídico se informó sobre la reclusión, en los sanatorios de Sibaté y Medellín, de 12 toxicómanos en promedio mensual, para tratamiento, logrando dar de alta a 4 por desintoxicación (Cruz, 1947b: 7).

En la **Junta Central de Títulos Médicos** se dictaron 21 licencias para ejercer la medicina. Fueron aprobados 15 diplomas de médicos y cirujanos expedidos en las universidades nacionales. Fueron expedidas 198 licencias farmacéuticas, 12 licencias para ejercer odontología y fueron aprobados 8 diplomas expedidos por las universidades nacionales (Cruz, 1947b: 8-10).

En la **División de Inspección Nacional de Salubridad y Asistencia Pública** se informó que en junio de 1947 había un total de 159 centros de higiene en funcionamiento. También se mencionó el establecimiento del cargo de Inspector de Policía Nacional (Cruz, 1947b: 15-23).

En el **Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social** se organizó la **Sección de Hospitales, Hospicios y Asilos** mediante el Decreto 2371 de julio 18 1947, y en su artículo segundo se creó el cargo de Oficial Mayor y se suprimió el cargo de médico jefe del Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social. Este mismo Decreto y las Resoluciones 503, 172 y 222 de 1947, señalaron la ruta hacia la tecnificación de los servicios de Asistencia Pública en Colombia, mediante la elaboración y unificación de historias clínicas; expedición de certificados de baja; anotación de cuadros térmicos; levantamiento de encuestas sobre equipos, servicios, disposición general de las edificaciones hospitalarias y personal, así como la preparación de personal para los servicios de enfermería, laboratorio, rayos X y visitadoras sociales (Cruz, et al., 1948: 5). Otro logro de este Departamento fue la expedición de una compilación de disposiciones legales sobre instituciones de utilidad común en febrero de 1948.

Por su parte, en la **División Técnica de Bioestadística** se regularizaron las informaciones de notificación obligatoria sobre enfermedades transmisibles, alcanzando mayor veracidad en estas, se amplió el número de municipios en control y se obtuvo una mayor colaboración de los médicos particulares en esta labor. Esta división organizó el control de la mortalidad y de la natalidad en el país, se prestó atención a los compromisos internacionales sobre asuntos de higiene y sanidad y se alcanzó un mejor conocimiento del estado sanitario del país. Estuvieron en funcionamiento 94 servicios antivenéreos, se practicaron 134.818 reacciones serológicas y 17.104 exámenes para investigar gonococo durante el primer trimestre del año. Se realizó el curso de visitadoras de higiene pública en Barranquilla, con 50 alumnas y se dictaron cursos para auxiliares de enfermeras parteras, con un total de 80 alumnas en Barranquilla y Cali. Surgió un mayor interés en la formación profesional, especialmente de enfermeras logrando la graduación del primer equipo de enfermeras generales el 19 de febrero de 1947, en la Escuela Nacional de Enfermeras. Entraron en funcionamiento 60 salas de maternidad con capacidad de 2.500 camas. Se hizo el levantamiento del índice tuberculínico del país para lo cual se realizaron 54.043 tuberculino-reacciones, con un porcentaje de positividad de 32.8% (Cruz, 1947b: 28-39).

Finalmente, en la **División de Ingeniería Sanitaria** se creó la **Sección de Saneamiento** y el **Consejo Nacional de Saneamiento**, mediante el Decreto 2369 de julio 18 de 1947. De otra parte, la División informó que en 1947 los ingresos del Fondo de Fomento Municipal se presupuestaron en \$10.064.938,97, de los cuales \$1.401.184,17 correspondieron a la ciudad de Bogotá y \$3.105.769,08 se destinaron para escuelas; el resto, o sea \$5.558.030,52 se distribuyeron para la construcción de acueductos, alcantarillados, hospitales y plantas eléctricas (Cruz, 1947b: 101).

Hasta este punto, se ha podido observar que la gestión del Ministro Pedro Eliseo Cruz arrojó resultados normativos que implicaron una modificación de la organización formal del Ministerio, pero además se deben mencionar otros cambios que estuvieron orientados hacia la modificación de las funciones de las dependencias del Ministerio, dentro de las que se encuentran las siguientes:

El Decreto 1536 del 6 de mayo de 1947: Por el cual se adscribe a los inspectores de policía sanitaria nacional la función de adelantar a prevención, las investigaciones relativas al ejercicio ilegal de la medicina, odontología, farmacia y veterinaria.

El Decreto 2055 de junio 20 de 1947: Con el cual se reglamenta el procedimiento para las adquisiciones y se crea la **junta de compras**, cuya función era la adquisición de las drogas, medicamentos, equipos e instrumental de cirugía y de salas de operaciones quirúrgicas y en fin, de los elementos técnicos similares destinados al desarrollo y mantenimiento de la higiene y asistencia pública que necesitaba el Ministerio del ramo para sus dependencias.

El Decreto 2109 de junio 27 de 1947: Por el cual se establece que entre las atribuciones y funciones del Ministerio de Higiene quedan incorporadas todas las normas legales vigentes a la fecha de la expedición del decreto, relativas a los extinguidos Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública y Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en cuanto hagan relación a la Higiene y Asistencia Públicas. En consecuencia el Ministerio de Higiene adelantará y exigirá el cumplimiento de todas las disposiciones vigentes sobre higiene pública y privada en todas sus ramas, y la asistencia pública en el país, dictadas con anterioridad a la creación de tal Ministerio.

La Ley 70 del 23 de diciembre de 1947, según la cual se crearon cinco Comisiones Sanitarias Ambulantes, dependientes del Ministerio de Higiene con la función de atender y recetar gratuitamente a los colonos que lo necesiten y de organizar y llevar a cabo las campañas contra las endemias y epidemias predominantes en la región.

La Ley 80 del 24 de diciembre de 1947, que autorizó el saneamiento antimalárico de las riberas del río Magdalena, para lo cual el Gobierno podría organizar la División de Malariología del Ministerio de Higiene, en forma conveniente para adelantar los trabajos.

La Ley 86 del 26 de diciembre de 1947 por la cual se creó el **Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco**⁹¹. Este instituto asumiría la función del adiestramiento del personal técnico necesario para las campañas de Higiene Pública especializada que adelantara el Ministerio. Además debía actuar como asesor técnico del Ministerio mismo en las campañas sanitarias sobre enfermedades tropicales.

En lo que se refiere a las tres últimas leyes que se presentaron, se evidencia que el Ministerio comienza a ser orientado hacia la medicina tropical y la salud pública, a través de la influencia del SCISP, pues tanto el saneamiento de los puertos, como las medidas para la lucha contra el paludismo y la preparación de personal colombiano para llevar a cabo campañas sanitarias son unos de los objetivos establecidos por este Servicio en el acuerdo básico firmado con el gobierno de Colombia en 1944.

Finalmente se debe destacar que uno de los últimos esfuerzos del Ministro Cruz en su política de llevar a las masas campesinas la atención del Estado, ya fuera para prevenir o curar las enfermedades, lo constituyó la expedición del Decreto 986 de marzo 13 de 1948, por el cual se creó el **Departamento de Coordinación de Higiene** como una dependencia de los Ministerios de Higiene y de Educación. Este Departamento se encargaría de coordinar y orientar la educación higiénica en toda la nación y de dar las orientaciones generales para la organización de los restaurantes escolares y la construcción de las edificaciones escolares. También elaboraría los programas requeridos para la estrecha colaboración entre los Ministerios de Higiene y de Educación.

⁹¹ La creación de este instituto se debe a las gestiones del Ministro de Higiene Pedro Eliseo Cruz y al entonces Representante a la Cámara por el Meta, doctor Hernádo Durán Dussan, quienes presentaron al congreso el proyecto de Ley (Cavelier, 1949b: 163). Sobre la relación del Instituto con la FR ver pg.: 70.

5.5.2 El Ministro Bejarano de vuelta en la dirección

El doctor Pedro Eliseo Cruz seguía al frente del Ministerio cuando Jorge Eliécer Gaitán, entonces Jefe único del Partido Liberal se pronunció el 18 de marzo de 1948, pidiendo la renuncia de sus ministros, como reacción a la inacción gubernamental frente a la creciente violencia política y especialmente ante los hechos del día anterior cuando un grupo de liberales había sido atacado en Bucaramanga (Marín, 2004: en línea).

En efecto, el 21 de marzo se produjo la renuncia colectiva liberal y el mismo día, mediante Decreto 1072 fue puesto como Ministro delegado el doctor Hernando Anzola Cubides, destacado gastroenterólogo y docente de cirugía⁹².

Pero a los pocos días de que el doctor Pedro Eliseo Cruz efectuara la entrega del cargo lo sorprendieron los hechos del 9 de abril de 1948, cuando fue asesinado Gaitán en las calles del centro de Bogotá. En esta fecha, el ex ministro se encontraba en el despacho del caudillo liberal, junto con Plinio Mendoza Neira, Alejandro Vallejo y Jorge Padilla. Hacia la 1:00 pm cuando salían a almorzar el dirigente político fue herido con arma de fuego e inmediatamente el doctor Cruz se dispuso a atenderlo mientras era trasladado a la Clínica Central donde falleció a los pocos minutos (Alape, 2005: en línea).

El desenlace de estos hechos, conocido como el Bogotazo, instauró una correlación de fuerzas entre la burguesía y las masas urbanas, que se constituyó en el trasfondo sobre el cual se generalizó la violencia a partir de 1949 (Pécaut, 2001 [1987]: 562).

Fue en este contexto que el doctor Jorge Bejarano debió reencontrarse con el Ministerio que había creado, cuando el presidente Ospina Pérez reanudó su gobierno de Unión Nacional y lo nombró nuevamente Ministro de Higiene (Cáceres, 1996: 148).

El regreso del doctor Bejarano al despacho ministerial se produjo el 11 de abril de 1948, momento en el cual la situación de la higiene y la asistencia social en el país continuaba siendo precaria, especialmente por la ya conocida necesidad de la institución de disponer de mayores recursos.

La situación financiera fue particularmente difícil debido que el Congreso Nacional no expidió la ley de presupuesto para la vigencia de 1948, causando a principios de dicho año algunas dificultades al Ministerio de Higiene, pues con la partida de \$13.900.661.91 que le fueron asignados a este despacho por el Decreto ejecutivo número 4145 de 1947, escasamente le alcanzaba para los gastos ordinarios del servicio público sin poder atender a los auxilios regionales.

Posteriormente por medio del Decreto 1231 de 1948, esta cantidad fue elevada a la suma de \$17.585.543.92, que aunque mejoró la situación tampoco alcanzó para atender a todos los compromisos. Después de los sucesos del mes de abril, fue dictado el Decreto 1958, que verificó traslados en las apropiaciones de este Ministerio (Tabla 5-2).

⁹² El doctor Anzola fue el primer Jefe de la cátedra de clínica quirúrgica en la Universidad Javeriana. Realizó la primera esofagectomía en Colombia a principios de 1948 y llegó a ser considerado el creador de una “verdadera escuela quirúrgica” en el Hospital San José (Escallón, 1996: 304-5)

Tabla 5-2: Apropiaciones del Ministerio para la vigencia 1949

Apropiaciones	Monto en pesos
Apropiación inicial	17.585.543.92
Créditos	4.346.175.25
Contracréditos	4.323.718.30
Apropiación	17.608.000.87

Fuente: Cavelier, Jorge E. (1949) *Memoria del Ministro de Higiene*. Vol. 1. Bogotá, Imprenta Nacional: 69

En esta forma pudo solucionarse finalmente el déficit inicial y el Ministerio atendió a sus gastos aunque la escasez presupuestal afectó considerablemente el funcionamiento de hospitales, casas de beneficencia y obras de fomento municipal (Cavelier; 1949^a: 69).

A pesar de estas circunstancias, el Ministro Bejarano procuró reanudar los programas que se había trazado inicialmente y puso en marcha otros nuevos (Cáceres, 1996: 148).

Por ejemplo, desarrolló con tenacidad la campaña contra el chichismo, la cual se había visto frenada porque algunos departamentos tenían como renta básica la que les producían los impuestos cobrados a los vendedores de estas bebidas y su eliminación causaba un serio descalabro a las entradas departamentales. Pese a ello, el Ministro venció toda serie de obstáculos contando con el apoyo del presidente Mariano Ospina quien:

Comprendió que todas las campañas para mejorar el standard de vida de la población colombiana tropezarían con el gravísimo escollo que significaba un vicio convertido en costumbre tradicional de un gran sector de los trabajadores, en el que se consumían irremediabilmente la mayoría de las exiguas entradas familiares y casi la totalidad de las energías vitales (Cavelier, 1949^a: 13).

En consecuencia, fue expedido el Decreto 1839 de junio 2 de 1948 por el cual se fijaban las condiciones para la fabricación de bebidas fermentadas. Pero el Ministro no se conformó con ello y tan pronto se instaló el Congreso Nacional de 1948, le presentó un proyecto de ley para hacer permanente el Decreto 1839 (Cáceres, 1996: 150). Finalmente, venciendo toda clase de obstáculos fue expedida la Ley 34 de noviembre 5 de 1948, por la cual se fijaron las condiciones para la fabricación de bebidas fermentadas y se estipuló que además de los requisitos químicos que fijara el Ministerio de Higiene, estas bebidas sólo podrían contener hasta el 4% de alcohol etílico en volumen. Además se dispuso que todo establecimiento destinado a su expendio para el público, debiera reunir las condiciones higiénicas y requisitos de personal, muebles, utensilios y local que prescribiera el Ministerio de Higiene para restaurantes, bares y cafés, etc., dentro de los plazos que señalara el mismo.

Además, el Ministro Bejarano continuó con su intención inicial de propender por la formación de personal para llevar a cabo las campañas sanitarias. Con tal propósito, colaboró de forma más intensa con la FR y el SCISP durante su segunda administración, de modo que a finales del año ya había sido creada la Escuela Superior de Higiene⁹³. También se dieron avances importantes en la profesionalización de la Enfermería⁹⁴ y la Farmacia en Colombia.

⁹³ Sobre su creación ver pg.: 66

⁹⁴ La profesión de Enfermería había sido reglamentada por Ley 87 de diciembre 26 de 1946.

A este respecto debe mencionarse la expedición de la Ley 11 de septiembre 20 de 1948, para reglamentar el ejercicio profesional de la farmacia. Dicha Ley asignó al Ministerio de Higiene la función de reglamentar de común acuerdo con la Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional, el examen de aprobación sobre farmacia magistral, para la obtención de la respectiva licencia, de las personas que iniciaron la práctica de farmacia como ayudantes en el despacho de fórmulas magistrales, con anterioridad a la vigencia de la Ley 44 de 1935, y que hasta la vigencia de la presente Ley habían continuado de manera permanente dicha práctica.

También se llevó a cabo la expedición del Decreto 3550 de octubre 20 de 1948 por el cual se creó la Junta de Títulos de Enfermería, dependiente del Ministerio de Higiene, que estipuló que los diplomas, títulos, certificados o licencias que expidieran las Escuelas de Enfermeras o las entidades que dirigieran o patrocinaran cursos de enfermería o de salubridad pública debían ser revisados por la Junta de Títulos de Enfermería después de haber sido refrendados por el Ministerio de Higiene y que la Junta procedería a expedir el correspondiente carnet de identificación profesional. Estos carnets serían suministrados por el Ministerio de Higiene a costa de los interesados.

Adicionalmente, bajo la dirección del Ministro Bejarano, las divisiones técnicas fueron intensificando las campañas respectivas contra las enfermedades endémicas y epidémicas en los aspectos preventivos y curativos propios de la asistencia médico-social.

Todas las labores adelantadas por las dependencias del Ministerio hasta el 21 de mayo de 1949, cuando finalizó la segunda administración del Ministro Bejarano, fueron consignadas por Jorge E. Cavelier en las Memorias del Ministerio de Higiene de 1949, de las cuales se presenta a continuación un breve resumen:

El **Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social** tuvo entre sus logros la expedición de un modelo de reglamento interno de los hospitales, la aprobación de 20 estatutos y dos reglamentos internos de instituciones de utilidad común, la realización de construcciones hospitalarias en Tunja, Ibagué, Cali, Manizales y Bogotá, destacándose en esta última ciudad la terminación del Hospital San Carlos para Tuberculosos. En 50 municipios se adelantaron construcciones hospitalarias y estuvieron en funcionamiento 250 hospitales generales, infantiles, antituberculosos y privados, 4 manicomios, 50 asilos de ancianos y 34 orfanatos. El cupo de estos establecimientos era el siguiente: 20.141 camas en los hospitales, 3.684 en los manicomios, 5.388 en los asilos de ancianos y 3.832 en los orfanatos. El número de atendidos en total fue de 272.820, salieron por curación o mejoría 233.646 y por muerte 13.547, que representa el 5.7% de mortalidad hospitalaria. El total de estancias ascendió a 8.975.384; las consultas médicas a 1.634.401 y las intervenciones quirúrgicas a 66.660. Se dictaron 658 resoluciones, la mayoría de las cuales fueron para autorizar la adquisición y enajenación de bienes raíces o muebles, aplicación de rentas, inversión de capitales o destinación de bienes que pertenecen a las Instituciones de Utilidad Común, cuya cuantía pasaba de \$500.00. En construcciones se invirtieron \$1.427.404.75. Se organizó la **Sección de Instituciones de Utilidad Común** mediante el Decreto 3715 de noviembre 5 de 1948 (Cavelier, 1949^a: 15-18; Cavelier, 1949b: 28).

Respecto a la **Campaña Antituberculosa**, se dieron grandes avances con el inicio de labores del laboratorio de B.C.G. el 14 de septiembre de 1948, como dependencia del Instituto Nacional de Higiene Samper-Martínez. Esto se debió a que el país hizo presencia en el Primer Congreso Internacional de B.C.G. que se instaló en París el 18 de junio de 1948. De este se trajeron las cepas para la preparación del B.C.G. en Colombia para su posterior producción en el Laboratorio Samper-Martínez, y de las cuales se logró dar inicio al consumo en este mismo año. Otro logro alcanzado fue el levantamiento del índice tuberculínico del país (se realizaron 61.689 tuberculino-reacciones, con un porcentaje de positividad de 33.8%). Es de anotar que el marcado aumento de tuberculino-reacciones verificadas en 1948 en comparación con 1947, fue

debido a la fundación del Centro de Vacunación anexo al Centro Epidemiológico número 3 de Bogotá. Este centro vacunó en el año 1948 un total de 6.151 personas. De otro lado, trabajo social realizó 21.718 visitas domiciliarias a los enfermos. Se fundaron además, los centros epidemiológicos número 2 y número 3 en Bogotá y los centros epidemiológicos de Bucaramanga, Manizales y Pereira. Se examinaron un total de 204.449 personas y se brindó un total de 190.904 tratamientos (Cavelier, 1949^a: 28-30; Cavelier, 1949b: 31-37).

En la **División de Ingeniería Sanitaria** se aprobaron 41 proyectos de acueducto y 37 de alcantarillado en el país. Se adelantó la campaña sobre fábricas y establecimientos de bebidas fermentadas, en desarrollo de la Ley 34 de 1948 y se realizaron visitas de inspección a 15 centros de higiene en los departamentos del Atlántico, Bolívar y Magdalena y comisaría de la Guajira (Cavelier, 1949^a: 63-66; Cavelier, 1949b: 39-68).

El **SCISP** realizó trabajos de saneamiento de 4 centros de higiene en Popayán, Buenaventura, La Dorada, y Bogotá en el barrio Ricaurte. En desarrollo del proyecto número 52, fue inaugurado el edificio para la Escuela Nacional Superior de Enfermeras en Bogotá el 27 de Agosto de 1948, en ceremonia presidida por el Ministro de Higiene Jorge Bejarano. Se destacó además la asistencia a la primera reunión general de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria en Santiago de Chile, la realización de cuatro cursillos de sanidad portuaria y control de ratas, dirigido por Arthur W. Hill, jefe de Misión y Director del SCICP. Asistieron aproximadamente 157 alumnos. Respecto al proyecto 502 sobre entrenamiento de personal en ese año fueron becados para estudios de especialización en el exterior, en higiene pública, 11 profesionales (Cavelier, 1949b: 91, 143).

En el **Departamento de Educación Sanitaria** se realizaron las siguientes publicaciones: “*La página de la Salud*”, que fue publicada semanalmente en los siguientes periódicos: *El Tiempo*, Bogotá; *El Colombiano*, Medellín; *Vanguardia Liberal*, Bucaramanga; y en *La Patria*, Manizales, desde su aparición en Agosto. En *Ideas* de Ocaña se publicó con regularidad desde enero hasta marzo. En *Justicia Social* de Bogotá aparecieron las “*Columnas de Salud*” exclusivamente sobre temas de nutrición desde el 11 de enero hasta el 29 de febrero. En *El Liberal* se publicó una columna interdiaria sobre nutrición, higiene y sanidad, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. Se imprimieron los números 9 al 16 de la revista “*Salud*”. Por otra parte, se elaboraron programas, conferencias y cursos de educación sanitaria y se efectuaron conferencias con el Ministro de Educación Nacional y altos empleados de esa entidad, con el objeto de coordinar la educación general con la educación sanitaria en particular (Cavelier, 1949b: 117- 129).

El **Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco** se inauguró el 15 de Agosto de 1948, en contrato suscrito entre el Ministerio de Higiene y la Intendencia Nacional del Meta. Desde entonces se llevaron a cabo estudios específicamente en lo referente a los anofelinos y su relación con el paludismo y a la estimación de la prevalencia del paludismo en los Llanos. Además se hizo la introducción rutinaria de la fumigación con D.D.T en las labores de higiene en los Llanos, se trataron 6.259 casas, con un total de 2.877.723 metros cuadrados, beneficiando a 30.929 habitantes. Se destaca la disminución de la morbilidad palúdica, a pesar de que los sistemas de información fueron ampliados y se extendió la estadística a sectores donde anteriormente no existía. Se adquirió un avión Cessna de 260 HP, para las labores del Instituto. Mediante la Ley 52 de 1948, se establecieron las bases legales para el establecimiento de una Estación Biológica en la Sierra de la Macarena. Además se realizó un programa de vacunación contra enfermedades transmisibles: fiebre amarilla, difteria, viruela, tifoidea, tos ferina, rabia. Se nacionalizó el funcionamiento del Instituto “Roberto Franco” mediante el Decreto 1162 de abril 27 de 1949 (Cavelier, 1949^a: 57-59; Cavelier, 1949b: 163- 170).

En cuanto al **Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay**⁹⁵ su completa dirección y administración fue gradualmente asumida por personal Colombiano. Se organizó como dependencia del Ministerio de Higiene mediante el Decreto 322 de febrero 15 de 1949, debido a que el contrato vigente entre el Gobierno de Colombia y la Fundación Rockefeller para el sostenimiento del Instituto se había terminado el 31 de diciembre de 1948. Las funciones que se le asignaron fueron las siguientes: a) realizar la campaña contra la fiebre amarilla en el país, b) Mantener en funcionamiento el servicio de viscerotomía, c) preparar, distribuir, y aplicar la vacuna contra la fiebre amarilla, d) realizar estudios sobre el tifo exantemático y otras enfermedades de la misma categoría, produciendo al mismo tiempo las vacunas contra tales enfermedades y e) realizar estudios en general de las enfermedades producidas por virus.

Entre sus actividades estuvo la correspondiente a 200 puestos de viscerotomías existentes, de las cuales 71 estuvieron activas, suministrando un total de 1.299 muestras, de las cuales 12 fueron positivas para fiebre amarilla. Fueron atendidas por el Instituto 100 consultas anatomopatológicas, procedentes de diferentes entidades oficiales del país. Se recibieron 117 muestras de hígado de los países vecinos. Se prepararon 374.160 dosis de vacuna. Se suministraron gratuitamente 58.860 dosis a los países vecinos. La campaña de vacunación llegó a todos los departamentos, intendencias y comisarías, exceptuando la Guajira y Vichada. Con esta se obtuvo 162.280 inmunizaciones, record no superado desde el año 1941. Fueron practicadas pruebas de protección intraperitoneal e intracerebral en 541 muestras de sueros recibidos de países vecinos (Cavelier, 1949b: 217-8).

El **Instituto Samper-Martínez**⁹⁶ tuvo como resultados destacados la producción de biológicos humanos gracias los cuales se pudieron realizar a bajo costo las campañas de vacunación en especial, la preparación de las vacunas antirrábica y antivariolosa, productos estos de importancia innegable para la higiene nacional. La producción de vacuna antivariolosa fue de 2.315.000 dosis. La producción alcanzó la cifra de 844.846 centímetros cúbicos. Por otra parte, el Laboratorio de B.C.G preparó durante el año de 1948 un total de 9.690 dosis de vacuna (Cavelier, 1949a: 41-44).

La **División de Enfermedades comunicables**⁹⁷ estableció contacto permanente con las Direcciones Departamentales de Higiene. Se registraron las siguientes informaciones sobre vacunación en el primer trimestre de 1949⁹⁸: Antivariolosa: 212.713 inmunizaciones, Antidiftérica: 31.231, Anticoqueluchosa: 23.124, Antitifoídica: 250.990. Se elaboraron las circulares número 56 y 101, que contienen, la primera, normas concretas sobre la manera como un centro de higiene debe ser organizado, y la segunda, las normas que específicamente se deben seguir en cada una de las vacunaciones (Cavelier, 1949b: 253-262).

En el **Departamento Jurídico** se suprimió provisionalmente la **Sección de Policía Sanitaria** mediante el decreto 1346 de abril 27 de 1948, en el que se expone como motivo que los cálculos de rentas destinados al pago de los servicios del personal de Policía Sanitaria y de Farmacia del Ministerio de Higiene no habían dado el rendimiento suficiente para atenderlos y a que la labor de la Policía Sanitaria y de Farmacia en la práctica había resultado de muy poca eficacia dentro del programa que se había trazado para su sostenimiento y funcionamiento. Al respecto, mediante el Decreto 2454 de julio 17 de 1948 se le adscribieron a los Directores

⁹⁵ El Ministerio de Higiene y el personal científico de este Instituto convinieron que el año de 1948 sería tomado como periodo de transición durante el cual se completaría el traspaso a manos del Gobierno Nacional. Durante el año de 1948 la contribución de la FR se limitó a los servicios de su representante, como Director del Instituto y a un presupuesto modesto para el sostenimiento de un médico colombiano (Cavelier, 1949^a: 60). Sobre la creación de este Instituto ver pg.: 69.

⁹⁶ Sobre la creación de este Instituto ver pg.: 70.

⁹⁷ Aunque esta división fue establecida mediante el Decreto 25 de enero 9 de 1947, sus funciones fueron fijadas el 8 de noviembre de 1948 por la Resolución número 739.

⁹⁸ Se incluye el dato de 1949, porque aun estaba el Ministro Bejarano al frente de la Institución.

Departamentales de Higiene las funciones encomendadas a los Inspectores de Policía Sanitaria Nacional. Adicionalmente, el Decreto 2554 de julio 23 de 1948 suprimió los cargos de Subjefe de la Sección de Farmacia del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene y el de Médico especializado en Farmacodinamia de la Sección de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos.

Más tarde, por Ley 32 de noviembre 4 de 1948 se creó la **Inspección General de Laboratorios y Farmacias** dependiente del Departamento Jurídico a la cual se le asignaron las funciones de la Policía Sanitaria Nacional. Esta misma Ley suprimió la **Sección de Farmacia** del Departamento Jurídico y creó los puestos de Oficial Mayor y Oficial de Kárdex del mismo. Se estipuló además que las funciones encomendadas a la extinguida Comisión de Especialidades Farmacéuticas por las Leyes 11 de 1920 y 116 de 1937, serían desempeñadas conjuntamente por el Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene y por el Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez”. Esta última entidad rendiría los conceptos técnicos, a los que se ceñiría el Departamento Jurídico para expedir o negar las licencias solicitadas para importación, preparación y venta de drogas, alimentos y cosméticos en el territorio Nacional. La revisión de las licencias que adelantaba dicho Departamento tendría ahora como objetivo principal la protección de la salud colectiva. Por su parte, el Decreto 2594 de julio 24 de 1948 determinó un procedimiento de apelaciones, que estableció que “solo el Ministro conoce de las apelaciones de las providencias dictadas por la Junta Central de Títulos Médicos, Odontológicos y Farmacéuticos” .

Entre las actividades del Departamento Jurídico, estuvieron 615 solicitudes resueltas de las 700 solicitudes presentadas para licencia de fabricación, importación y venta de drogas: 28 solicitudes resueltas de las 506 presentadas para renovación de licencias de drogas; hubo también 76 fallos de segunda instancia dictados por el Departamento y un total de 719 resoluciones dictadas por el Departamento Jurídico en 1948. Para luchar contra el vicio de los mascaradores de hojas de coca y de los fumadores de marihuana se proyectó el Decreto 3822 de noviembre 17 de 1948. Se estudiaron y proyectaron 121 resoluciones que conceden licencias para importar drogas y elementos sometidos a restricción. Por su parte, en la Inspección General de Laboratorios y Farmacias se practicaron visitas a 59 laboratorios dedicados a la elaboración de productos farmacéuticos de uso humano y veterinario (Cavelier, 1949b: 263-7).

En la **Administración General de Lazaretos** hubo importantes iniciativas tendientes a darles una completa reorganización a los sistemas y condiciones de vida en los lazaretos de la República. En el *Lazareto de agua de Dios* se construyeron modernos pabellones para habitaciones de enfermos, se contrató con el Instituto de Crédito territorial la construcción de un nuevo acueducto, se reparó la carretera “El Sopapo” que comunica el lazareto con la ciudad de Girardot, se reparó la carretera a Tocaima de acceso al leprosorio y se realizaron reparaciones en las instalaciones. En el *Lazareto de Contratación y Colonia Sanatorio Caño de Loro* se realizaron obras de saneamiento y reparaciones locativas y se instaló el servicio de planta eléctrica en la Colonia. En materia normativa, se expidió el Decreto 2250 de julio 4 de 1948 que prohíbe de manera terminante el consumo de bebidas embriagantes. Hubo además intensificación de las campañas sanitarias dentro de los leprosorios. El número de enfermos recluidos en los lazaretos disminuyó de manera notable, debido en gran parte a las bajas por curaciones sociales gracias a los tratamientos antileproso. Se expidió también el Decreto 2596 de julio 24 de 1948, el cual hacía una modificación al Decreto número 25 de 1947, y dispuso que la Administración General de Lazaretos, como Sección Administrativa de la División de Leprosia, funcionaría independientemente del Departamento Administrativo del Ministerio de Higiene (Cavelier, 1949b: 268-282).

Se organizó la **División Técnica de Bioestadística** del Ministerio de Higiene mediante el Decreto 3342 de septiembre 25 de 1948, a causa de que esta división no estaba en capacidad de dar el rendimiento necesario para el desarrollo de sus funciones, por falta de personal técnico

indispensable. De otra parte, se ordenó la centralización de las estadísticas por Resolución número 746 de 12 de noviembre de 1948. Además, se establecieron nuevos formularios de maternidad y de nuevas historias clínicas en el mismo campo. Se elaboró un nuevo formulario de asistencia social. Se dio una nueva organización de las estadísticas de enfermedades comunicables. Inició labores en junio de 1948 la nueva **Sección de Morbilidad** dedicada a la recopilación de informaciones de 280 hospitales del país (Cavelier, 1949b: 283-9).

Se organizó la **Sanidad Portuaria** en las Ciudades de Barranquilla y Buenaventura mediante el Decreto 437 de febrero 22 1949, determinando que dichos servicios serían prestados exclusivamente por el Ministerio de Higiene a partir del 28 de febrero de 1949 debido a que el convenio en virtud del cual venían siendo atendidos por el SCISP expiró el día 31 de diciembre de 1948. Más tarde dicha disposición fue derogada mediante el Decreto 2450 de julio 24 de 1950 que reorganizó la sanidad portuaria en las ciudades de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y Buenaventura y ordenó que en adelante la sanidad portuaria dependería técnica y administrativamente de la División de Organismos de Salubridad del Ministerio de Higiene.

Hasta este punto, la revisión de las labores adelantadas en las dependencias del Ministerio de Higiene durante la administración del Ministro Jorge Bejarano ha permitido identificar que en la mayoría de ocasiones el ajuste funcional del Ministerio vino acompañado de cambios en su estructura formal.

5.5.3. La organización de la salubridad nacional

El 21 de mayo de 1949 en vísperas de las elecciones parlamentarias, se produjo nuevamente la ruptura del Gobierno de Unión Nacional. Este acontecimiento sobrevino como una protesta de los liberales contra la “violencia oficial” practicada por los conservadores en Boyacá y Nariño (Pécaut, 2001 [1987]: 550).

Por solidaridad política liberal, Jorge Bejarano debió dejar la Jefatura del Ministerio de Higiene nuevamente (Cáceres, 1996: 151), quedando ahora en manos del doctor Jorge E. Cavelier Jimenez, mediante Decreto 1483 de mayo 21 de 1949.

Este personaje era al igual que su antecesor, médico cirujano de la Universidad Nacional, pero tenía además una especialidad en urología cursada en los Estados Unidos. Había sido Jefe de clínica en el Hospital San Juan de Dios alrededor de 1923, también docente de patología y urología en la Facultad de Medicina de su alma mater y Decano de la misma Facultad. Había ocupado el importante cargo de Director Municipal de Higiene en Bogotá y también había sido fundador y director del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca, del Hospital de la Samaritana en Bogotá.

Después de alcanzar la dirección del Ministerio de Higiene incursionó en el campo político llegando a ser Senador de la República entre 1951 y 1954, pero sin descuidar la academia. Además fue delegado de Colombia ante la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1950, representante ad honorem del Gobierno de Colombia en el Congreso anual de Urología en 1951 y en el Congreso de la American Medical Association en el mismo año. Se destacó además como Presidente de la Academia Nacional de Medicina y de la Cruz Roja Nacional y como fundador del Colegio de Cirujanos de Colombia (Perry, 1961: 322).

El doctor Cavelier asumió la dirección del Ministerio de Higiene pensando en imprimirle una fuerte orientación norteamericana, pues como ya se vio, desde 1939 al ocupar la Decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, había intentado introducir el modelo flexneriano en la educación médica. En esa oportunidad así lo expresaba Cavelier: “[...] si nuestra cultura médica nacional tiene un tradicionalismo francés que nosotros respetamos, no se opone ese tradicionalismo al intercambio con otras culturas que, como la norteamericana,

van hoy a la cabeza del movimiento científico mundial” (Cavelier, Jorge E. , 1939: citado por Quevedo, et al., 2011: en prensa).

Pero lo primero que hizo en el cargo fue un examen detenido de los problemas del ramo de la higiene en Colombia, encontrando una falta de personal médico preparado, su concentración en las poblaciones más importantes y la existencia de “curanderos” a quienes las personas preferían acudir, siendo éstos los temas que más llamaron su atención (Cavelier, 1949a: 6-8).

Del mismo modo le preocupaba que hasta la fecha habían venido realizándose en el país algunas campañas sanitarias sin obedecer a algún plan metódico, en el que a falta de organización, se contaba además con escaso presupuesto y personal (Cavelier, 1949a: 9).

En cuanto a la asistencia pública, la situación no era mejor dada la carencia de una organización concreta, el déficit en el equipamiento técnico de los hospitales y la insuficiente contratación de personal. Al respecto el Ministro comentaba en 1949:

De 250 hospitales solamente hay 125 que cuentan con equipos de cirugía de regulares condiciones, 63 que tienen laboratorios y 22 que poseen servicio de radiología. (···)En todos los 250 hospitales sólo existen 986 enfermeras, de las cuales solamente 127 tienen el correspondiente grado (Cavelier; 1949: 16).

Los problemas financieros respondían a los exiguos recursos que provenían de las siguientes fuentes financieras:

Para la Asistencia Pública, del patrimonio propio de las instituciones y sus rentas correspondientes, los productos de los servicios prestados, los auxilios del Estado, la participación en las rentas de loterías⁹⁹ y los productos de donaciones y colectas públicas (Cavelier; 1949: 17).

Para la beneficencia¹⁰⁰, los presupuestos para las entidades de esta naturaleza, eran aprobados por el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social del Ministerio siendo para esa vigencia de \$39.133.112,72 en los Departamentos, Intendencias y Comisarías, cifra que no era demasiado grande si se consideraba la necesidad de mejorar los servicios y extenderlos en el País (Cavelier; 1949b: 18).

Para la salud pública, se destinaba un porcentaje del presupuesto nacional, siendo en el año 1949, el más bajo registrado en el periodo de estudio con un 3.7% (Llinás; 1958: 190).

No obstante, el Ministro Cavelier formuló las aspiraciones futuras que tenía frente a la compleja situación, prometiendo establecer un servicio que abarcara el mayor territorio posible de la Nación, para llevar asistencia médica a todos los sectores del País, eso sí, hasta donde los precarios presupuestos lo permitieran (Cavelier, 1949a: 9). Este sistema sería:

⁹⁹ EL producto de la Loterías con destino a la asistencia pública del País, se repartía entre el Fondo de Fomento Municipal y la Beneficencia. La normatividad vigente estipulaba que el 10% del monto de las emisiones ingresaba al fondo de Fomento Municipal (Cavelier; 1949b:19).

¹⁰⁰ La renta de loterías, cedida a los Departamentos en virtud de la Ley 64 de 1923, estaba destinada exclusivamente a la Beneficencia pública y era explotada directamente por los Departamentos o mediante contratos sobre administración delegada. Una vez expedido el Decreto 1140 de 1943, que facultó al Departamento de Asistencia Pública y Previsión social del Ministerio de Higiene para intervenir en el estudio y aprobación de dichos contratos, se logró aumentar la cantidad que ingresó a las cajas de la beneficencia pues se disminuyó la celebración de contratos sobre administración delegada y se pasó a la administración dependiente de las juntas Departamentales de Beneficencia.

El de centros y puestos de salud, de diferentes dimensiones según la región en donde se hallen situados y según el personal de que se pueda disponer. (...) Naturalmente estarían colocados en sitios estratégicos y mantendrían contacto con los centros urbanos en donde existen hospitales (Cavelier, 1949a: 10).

Según su idea, dichos organismos prestarían los servicios de prevención y curación de manera coordinada, con énfasis en la maternidad y la educación sanitaria (Cavelier, 1949a: 10).

Sobre este objetivo trazado, el Ministro Cavelier realizó importantes aportes en la edificación de la estructura sanitaria nacional e hizo recomendaciones fundamentales que después serían tomadas en cuenta en la organización de la salubridad nacional.

Específicamente, su propuesta tuvo eco en el informe de la Misión Currie publicado en 1952, en el cual se reconocía que las ideas del Ministro eran aplicables y que habían servido de guía para la misión. El informe citaba textualmente:

El plan propone que el Gobierno Nacional establezca centros y sub-centros municipales de salud en todo el territorio de la República para suministrar servicios completos de medicina preventiva y promover en forma efectiva la salud general. Este objetivo se basa en planes formulados originalmente en 1950 por el doctor Jorge Cavelier, entonces Ministro de Higiene (Currie; 1952: 269).

El primer paso hacia la ejecución su idea se efectuó el 3 de diciembre de 1949, con la expedición del Decreto 3842, por el cual se organizó la salubridad nacional y se creó el Servicio de Salubridad Rural y los centros y los puestos de salud a lo largo y ancho del territorio Nacional.

Sin pretensión de actuar a favor de los enfoques teóricos más basados en el individualismo, propios del conductismo o de la elección racional en ciencia política¹⁰¹, se considera que este caso se constituye en un fehaciente ejemplo del impacto que la dirección a nivel individual tiene sobre el funcionamiento y la transformación de la institución. Así, los cambios acontecidos en el Ministerio reflejaron “su decisión permanente y ambiciosa de convertir las campañas de Higiene Pública en algo estable, que sea efectivo e invariable en todas y cada una de las ramificaciones de tan importante actividad nacional” (Carvajal; 1952: 13).

En adelante, las labores se enfocaron en la transformación de los servicios de higiene y en la aceleración y programación de las nuevas campañas de salubridad. En 1949 todos los servicios de salubridad fueron nacionalizados aprovechando para ello la apropiación que le asignó el Congreso en el presupuesto nacional para la vigencia de 1949-1950 (Cavelier; 1949b: 163).

La organización que le dio el Ministro implicó la creación del Departamento de Salubridad mediante Decreto 3842 de diciembre 3 de 1949, como dependencia directa del Ministerio de Higiene, el cual, a través de la División de organismos de salubridad coordinaría las acciones de los siguientes organismos sanitarios en diferentes niveles:

- La Dirección Departamental de Higiene que era el organismo sanitario cuya jurisdicción abarcaba el territorio del respectivo departamento ejerciendo dentro de él las funciones de entidad directiva a cuya autoridad debían sujetarse todos los organismos locales comprendidos en el Plan Nacional de Salubridad. Esta amplia autoridad entrañaba la responsabilidad por el estado sanitario de todo el departamento y de obtener la salud colectiva mediante la aplicación de todas las normas que la higiene moderna aconsejaba.

¹⁰¹ Ambos enfoques asumen que los individuos actúan autónomamente como individuos, basándose en características socio-psicológicas o en un cálculo del posible beneficio personal.

- Las Direcciones Municipales de Higiene, los centros de salud y los puestos de salud del respectivo departamento quedaban bajo la vigilancia, orientación y control de la Dirección Departamental de Higiene. Para obtener este eficiente control, la Dirección Departamental debía ser un organismo dinámico, móvil, que estudiara la marcha de cada organismo subalterno y las condiciones locales en la jurisdicción de estos para lograr un exacto y real conocimiento de la acción sanitaria cumplida o por cumplir.
- Por su parte, el Ministerio de Higiene, por medio de la Jefatura de la División de Salubridad tendría la función de supervigilar, de acuerdo con sus facultades, el funcionamiento de las Direcciones Departamentales de Higiene a fin de obtener para todo el país la acción sanitaria que éste organizara.
- La Jefatura de la División de Salubridad sería asesorada por el personal de las distintas dependencias del Ministerio de Higiene para el estudio e inspección de las diferentes actividades de orden científico o administrativo a cargo de los distintos organismos de salubridad.
- Los médicos visitantes y los revisores nacionales de saneamiento y el personal de la Jefatura de Salubridad serían los medios de unión y correspondencia entre ésta y las Direcciones Departamentales, Municipales, centros y puestos de salud a fin de garantizar una absoluta comunidad de acción (Cavelier; 1950: 36).

En palabras del Secretario General del Ministerio de Higiene en 1949, el doctor Emiro Quintero Cañizares, estos cambios fueron una verdadera revolución en los sistemas de lucha contra las enfermedades en Colombia y esto reflejaba que el criterio gubernamental respecto a estos problemas había cambiado de modo fundamental (Quintero, citado por Cavelier, 1949a: D).

La mejor muestra de ello es el mismo Decreto 3842 de 1949 del cual vale la pena citar la exposición de motivos, que revela las nuevas relaciones del Estado con la salud: “Es deber del Estado atender a la protección de la salud de la comunidad, propendiendo por la creación de los organismos que cumplan las funciones de prevención de las epidemias y control de las endemias que afectan a la población del país” (Decreto 3842 de 1949).

Para dar cumplimiento a este deber, el Estado le asignó una nueva función al Ministerio de Higiene, que la misma exposición de motivos contempla en el siguiente apartado:

Que se hace necesario abarcar en un plan metódico en cumplimiento de esta primordial obligación siendo al Ministerio de Higiene a quien corresponde el desarrollo y aplicación de dicho plan, con miras al descenso de los índices de morbilidad y letalidad en el país y mediante la atención de todas las zonas por medio de los adecuados servicios de salubridad (Decreto 3842 de 1949).

En el desarrollo de esta nueva función el Ministerio de Higiene dividió al país en zonas de salubridad para facilitar la prestación de los servicios, mediante la cooperación de los departamentos y los municipios (Decreto 3842 de 1949).

Los servicios a que hacía referencia el Decreto y que debía prestar todo organismo de salubridad incluían: Epidemiología, pre y post-natal, puericultura y pediatría, antivenéreo, odontología sanitaria, saneamiento y educación sanitaria (Cavelier; 1950: 109). En el Anexo E se presentan de forma más detallada estos servicios.

Esto permite dar cuenta que el uso del término salubridad en ese momento ya no corresponde a la noción francesa (*salubrité*), sino que comprende la noción de la nueva salud pública norteamericana, la cual es entendida como el “conjunto de acciones puestas en marcha por el Estado u otras instituciones públicas, que basándose en los conocimientos propuestos por la higiene o salud pública, buscan intervenir o controlar las condiciones de salud del público” (Quevedo, et al., 2004: 24).

Pero hay que tener en cuenta que la existencia de la norma no garantiza la adecuación funcional, por lo tanto el Ministro Cavelier debió reforzar el carácter reglamentario del Decreto 3842 con la publicación en mayo de 1950 de un documento titulado “Organización y Reglamento de la Salubridad Nacional”. El objeto de la publicación era “proporcionar a todo el personal de los organismos de salubridad [...] un compendio de materia práctica, que preste el servicio de guión para la mecánica de tales organismos y de conjunto de ideas para desarrollar en el terreno de actividades de cada funcionario” (Cavelier; 1950: 5).

Con el evidente propósito de unificar el funcionamiento de la salubridad en el país, el Ministro manifiesta que no se había querido por parte de la institución “enmarcar dentro de límites infranqueables la iniciativa de quienes han de oficiar las funciones sanitarias, sino, por el contrario, proveerlos de un manual de sugerencias mínimas que haya de servir como engranaje necesario dentro de la natural armonía que debe reinar en el complicado organismo de la salubridad nacional” (Cavelier; 1950: 5).

En todo caso, el personal debía aplicar adecuadamente sus conocimientos y las pautas señaladas por los programas emanados del Ministerio de Higiene a fin de imprimir a los organismos sanitarios una permanente dinámica que los hiciera activos centros de interés en favor de la salud. Se hacía énfasis en que, de la iniciativa y el interés del personal de cada puesto de salud y de los organismos superiores dependería el éxito de sus programas y se les invitaba a sobreponerse a las dificultades impuestas por el ambiente: “El elemento humano puede y debe aplicar indefinidamente su capacidad de acción para contrarrestar la función siempre limitada del material de que ha de valerse y los resultados de ese esfuerzo de superación han de traducirse en la transformación que se logre sobre la salubridad de cada región del país” (Cavelier; 1950: 8).

Además del personal, había otro aspecto que jugaba un papel preponderante dentro de la propuesta desarrollada por el Ministro Jorge Cavelier y que era en sí un elemento fundamental de la salud pública, esto era, la educación sanitaria. Se insistía en que todas las actividades y funciones a cumplir por el recurso humano de la salubridad deberían estar precedidas y acompañadas de labor educativa, sin la cual no se lograría llevar a la conciencia de la población la trascendencia y valor de cada medida que se tomara. Se les recomendaba:

Despejar el terreno de resistencias a la acción de la higiene en materia de prevención (...) La actividad inquisitorial fracasa, cuando se trata de inmunizar, de hacer pesquisas de contactos o de fuentes de contagio; en cambio, cuando las personas comprenden los objetivos de tales medidas sanitarias, no las obstaculizan, sino que cada uno puede hacerse elemento de apoyo de ellas, que es cuanto los organismos sanitarios deben buscar (Cavelier; 1950: 26).

Con estos lineamientos dados se percibe una visión más amplia de la salud pública que comprende “la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad, para hacer saludable el medio ambiente, el control de infecciones en la comunidad, la educación de los individuos en los principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos, etc (Winslow, 1949 citado por Quevedo, et al., 2004: 22)

A partir de las reglamentaciones pertinentes, inició el trabajo en campo, el cual contó con una suerte muy variable en cada contexto, siendo la carencia de personal capacitado una de las principales dificultades.

El Ministro Cavelier abogaba por una despolitización en la contratación del personal, la cual se había acentuado durante la Unión Nacional cuando los ministros intentaron favorecer el reclutamiento de “correligionarios” (Pécaut, 2001[1987]: 568).

Según el Ministro Cavelier para atender a los complejos aspectos de las campañas sanitarias “no bastan una buena voluntad y un excelente espíritu de servicio, sino es indispensable un cúmulo de conocimientos técnicos sobre el campo en que se va a actuar” (Cavelier, 1949^a: 55). Por ello reclamaba la formación de médicos epidemiólogos y visitadoras de salud pública quienes deberían ser activos propagandistas de las medidas que se dictaran en los planes de salubridad (Cavelier; 1949a: 26).

Aunque desde el año pasado se contaba con la Escuela Superior de Higiene preparando funcionarios enterados de los problemas sanitarios del país, en la práctica y en la teoría, y conscientes de la importancia de su misión; el Ministro era consciente de que la Escuela no solucionaría rápidamente el problema de la falta de personal adecuado (Cavelier; 1949a: 56). Esta Escuela preparaba al personal en cursos de cuatro meses y posteriormente escogía a aquellos funcionarios que hubiesen demostrado en el ejercicio de sus empleos un mayor interés por el servicio (Cavelier; 1949a: 55). Dentro de las materias que veían en su preparación, figuraban la epidemiología, parasitología, microbiología, bromatología, bio-estadística, lucha antituberculosa, saneamiento, legislación y administración, higiene dental e higiene industrial, con metodologías como seminarios y conferencias teóricas y prácticas en el Centro de Higiene (Cavelier; 1949a: 56). Como se observa, el plan de asignaturas se salía de los esquemas de la higiene europea y tenía una orientación hacia la salud pública norteamericana, con lo que se fue iniciando el proceso de tecnificación de la salud pública en Colombia.

Pero en muchos otros casos, el problema radicaba en que no había quien se interesara por emplearse en los cargos que tenían que ver con la salud pública, especialmente por la inestabilidad laboral. Al respecto se puede citar un comentario del Ministro de Higiene: “Es necesaria así mismo cierta estabilidad en los cargos que tienen que ver algo con la salubridad pública, pues de otra manera cualquier esfuerzo puede perderse en el constante cambio de las personas encargadas de llevarlo adelante” (Cavelier; 1949a: 54).

Pero estas condiciones no eran peculiares de las dependencias de salud pública, sino características de toda la estructura del gobierno. Tanto la inseguridad de las posiciones como el reducido nivel del salario de los empleados públicos hacían verdaderamente imposible atraer y retener un número suficiente de personas calificadas para que ocuparan aún las posiciones más elevadas (Currie; 1950: 268).

Con respecto al tema, la Misión Currie que visitó el país en 1949 presentó un análisis sobre la remuneración, en el cual se encontró que muy pocos salarios se acercaban a los mil pesos mensuales, cuando aún los recién graduados de las facultades médicas no se sentían atraídos por empleos de "tiempo completo", con sueldos inferiores a ese monto. Por lo tanto, en ese momento:

Muy pocos médicos jóvenes competentes consideran la higiene pública, como una carrera, especialmente en vista de la característica inseguridad de las posiciones. Si un médico no posee medios independientes de fortuna, no puede adoptar la salud pública como una especialidad, a menos que suplemente su renta en alguna forma, generalmente por medio del ejercicio privado de la profesión (Currie; 1950: 268).

La situación no solo la vivían los médicos pues, según informaba la División de Ingeniería Sanitaria del Ministerio, siempre habían mantenido el problema de la escasez de personal capacitado para la labor, porque los sueldos que se pagaban en las dependencias aludidas no compensaban la especialización en ingeniería sanitaria y un ingeniero que trabaja con una empresa particular ganaba mucho más de lo que devengaba al servicio del Estado (Cavelier; 1949a:64).

Otro problema que desestimulaba la elección de este tipo de actividad se debía a la escasez de normas o calificaciones establecidas para proveer los empleos en la profesión de salud pública en Colombia, es decir que los nombramientos se hacían sin exámenes objetivos para determinar las condiciones del solicitante. Además, todos los nombramientos eran hechos por el Presidente de la República, el departamento o el municipio y todos estaban sujetos a la voluntad del ejecutivo. En tales circunstancias, había una rotación frecuente del personal sin ningún derecho de apelación por parte del empleado.

Los funcionarios de salubridad y otros empleados entrevistados, manifestaron a la Misión Currie que su queja más común era la inseguridad general y el manejo arbitrario del personal por las altas autoridades. Esta situación fue bien ejemplificada en el informe, cuando se comenta que en el Ministerio de Higiene había sido reemplazado del 50 a 55 por ciento de los empleados durante 1948 y en 1949 había sólo 1.155 empleados inscritos en la carrera administrativa, que se inició en 1940. De éstos, apenas 53 pertenecían al Ministerio de Higiene (Currie; 1950: 270).

Al igual que el Ministro Cavelier, la Misión consideraba que la preparación de personal con la formación científica y la competencia técnica adecuadas para que dirigiera las instituciones del Gobierno a cargo de la salud era el elemento más importante para mantener un alto nivel nacional de salud. Para ello recomendaba la especialización en salud pública de una cantidad variada de profesionales pues Lauchlin Currie afirmaba que “a pesar de que el médico puede ser la figura central en el funcionamiento de la atención médica, un programa comprensivo de servicios de salubridad debe contar con personal de diferentes intereses y especializaciones técnicas” (Currie; 1950: 263).

El informe Currie reveló que no existía un registro de personal científico y técnico en Colombia y presentó las cifras censales que representaban sólo un número aproximado del personal que se encontraba en práctica activa en los tres grupos especializados para varias ramas de salud pública (Tabla 5-3).

Tabla 5-3: Personal activo en salud pública según profesión

Clase de personal	Número
Médicos	3.327
Dentistas Graduados	1.000
Dentistas licenciados	600
Enfermeras generales	400
Enfermeras parteras	200
Visitadoras sociales	200

Fuente: Currie, Lauchlin (1950) Bases de un Programa de Fomento para Colombia: Informe de una Misión. Bogotá, Banco de la República: 262

Como se observa el recurso humano en salud pública era aun limitado en 1949. Hasta el momento las medidas tomadas para desarrollar reservas de competencia técnica abarcaban la preparación de enfermeras para la enseñanza y altas posiciones administrativas por parte de la Escuela Nacional de Enfermería, que era sostenida por el Ministerio de Higiene, el Instituto de

Asuntos Interamericanos y el SCISP; los cursos para enfermeras auxiliares, parteras y visitadoras sociales, que ayudaba a organizar y sostener el Ministerio de Higiene a través de su sección de Higiene Materno-Infantil; los cursos prácticos para operadores de plantas de agua, que organizaba el Departamento de Ingeniería Sanitaria¹⁰² del Ministerio de Higiene en cooperación con la Universidad Nacional y el Acueducto de Bogotá; y la formación de médicos en la Escuela Nacional de Higiene creada en un esfuerzo conjunto del Ministerio de Higiene y la Fundación Rockefeller para que estos se hicieran cargo de las responsabilidades administrativas de las actividades de salud pública en todos los niveles del Gobierno (Currie, 1950: 266).

Pero estas acciones no fueron suficientes y dada la ausencia de instituciones de formación local en salud pública, se requirió la importación de técnicos y exportación de estudiantes como una manera de suplir el déficit de personal. Fue a través de estos mecanismos que se generó un proceso de negociación intercultural (Quevedo, et al., 2004: 343), en el que los higienistas colombianos adaptaron el modelo salubrista norteamericano, con sus propias consecuencias en el recurso humano del sector. Entre dichas consecuencias se encuentra el denominado proceso de “profesionalización de la salud pública en Colombia”¹⁰³ que muy brevemente puede ser entendido partiendo de que la profesionalización tiene lugar cuando se entremezcla el monopolio de un conocimiento específico, científicamente fundamentado, con el prestigio social de una actividad orientada a la satisfacción de una necesidad social (Eslava, 2004: 19), entonces sería comprensible que los salubristas armados de un nuevo cuerpo de saberes y prácticas hubieran iniciado la búsqueda de reconocimiento profesional, a través de procesos de negociación con el entorno social y con otros grupos ocupacionales, en particular la medicina (Fee, 1987: 2), bajo la idea de dar respuesta a una importante necesidad social que era el mantener condiciones sanitarias adecuadas para garantizar el intercambio comercial y la inserción del país en la economía mundial.

Pero el Ministerio de Higiene también requirió de medidas inmediatas para superar el déficit de personal, por lo cual ordenó que se entrenara en cada municipio a una persona por lo menos, para que adelantara las labores de vacunación y que sirviera de vía de información a los organismos centrales sobre el estado sanitario de la población. Además, el Ministerio de Higiene fue autorizado por el Decreto 3842 de 1949 para celebrar con las universidades reconocidas por el Estado los arreglos adecuados para que el servicio de salubridad rural se hiciera con mutuo provecho para la preparación profesional básica y para los servicios oficiales de salubridad. Para tal efecto, el Ministerio de Higiene, de acuerdo con las universidades reconocidas por el Estado organizó cursos de corta duración con el objeto de preparar previamente a los estudiantes de medicina que fueran a cumplir con el servicio de salubridad rural y más tarde reglamentó dicho servicio mediante Decreto 14 de 1950. El Ministerio se encargó también de expedir el certificado de cumplimiento del servicio.

Aunque la gestión del Ministro Cavalier se centró en la organización de la salubridad, no se redujo a esta, sino que abarcó desde sus diferentes dependencias una muy variada índole de asuntos que son vistos desde sus memorias como logros, a continuación se presentan algunos de ellos:

En el **Departamento de Asistencia Pública** se destacó la realización de campañas sanitarias, la creación de hospitales y la realización de estudios muy intensos sobre las modalidades de las endemias. Se ejerció control de no menos de cuatrocientos establecimientos, entre hospitales

¹⁰² Este Departamento se organizó por medio de un proyecto de convenio entre el Ministerio de Higiene, el Instituto de Asuntos Interamericanos y el SCISP, con miras a desarrollar el mejor saneamiento del medio ambiente en Colombia (Carvajal, 1952: 115).

¹⁰³ Ver Eslava Castañeda, Juan Carlos. La configuración del campo profesional de la Salud Pública en Colombia. En: Buscando el Reconocimiento Profesional, la Salud Pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2004.

generales, infantiles, antituberculosos y privados, manicomios, asilos de ancianos y orfanatos. Se logró el encauzamiento de los productos de las loterías hacia su verdadera finalidad. Los contratos para la administración de loterías fueron modificados y las entradas líquidas a las entidades de beneficencia, que antes no alcanzaban por este concepto a un millón de pesos en todo el país, se aproximaron a los siete millones. Se organizó la estadística hospitalaria y asistencial (Cavelier, 1949b: 5-30).

Las labores del **SCISP** comprendieron: la preparación y orientación de profesionales colombianos hacia las cuestiones de la salubridad pública. Formación de un equipo de técnicos, enterados a fondo de los problemas en ese campo. Dirección de la construcción de instalaciones sanitarias en las casas de habitación y del alcantarillado en Quibdó y en La Dorada. Realización de drenajes antimaláricos en Barranquilla y en Medellín. Pavimentación de canales en Santa Marta. Saneamiento de puertos. Asistencia a reuniones internacionales. Funcionamiento de 4 centros modelos de higiene en Bogotá (Barrio Ricaurte), Popayán, Buenaventura y La Dorada. Vigilancia sobre los establecimientos públicos y condiciones sanitarias de la población. Educación sanitaria a través de la prensa, el radio, el cinematógrafo, carteles murales y folletos. Realización de la campaña de investigación sobre el bocio simple. Realización de análisis bromatológicos sobre los alimentos de los mercados de Bogotá. Creación de un consultorio externo para enfermedades de la nutrición en preescolares. Investigaciones, análisis de laboratorio, trabajos de drenaje y de extirpación de criaderos de mosquitos en la campaña de erradicación de la malaria en las márgenes de río Magdalena, las regiones que bañan los ríos Atrato y San Juan, en el Chocó, la línea férrea de Bucaramanga a Puerto Wilches y la línea de Cúcuta a Puerto Villamizar. Investigaciones y publicaciones sobre las actividades de la dependencia de Malariología (Cavelier, 1949b: 69-143).

En la **División de Inspección Nacional de Salubridad y Asistencia Pública** se llevaron a cabo los siguientes trabajos: Nacionalización de los servicios de sanidad portuaria de Barranquilla y Buenaventura y de centros de higiene en Santa Marta y Pereira. Sostentamiento de 12 unidades móviles en Antioquia, 4 centros de higiene en Atlántico, 8 centros de higiene y puestos de socorro en Bolívar, 5 centros en Cauca, 2 en Caldas, 8 centros de Higiene y 14 medicaturas rurales en Cundinamarca, 7 centros en Chocó, 6 en Huila, 8 en Magdalena, 5 en Santander, 11 en el Valle, 2 en San Andrés y Providencia y 1 en cada uno de los territorios nacionales (Cavelier, 1949^a: 27).

La **lucha antituberculosa** comprendió la investigación de la tuberculosis en grandes masas de la población. El adelanto de una campaña educativa en todo el país para acostumbrar a la población a acudir a los centros de examen. A finales de 1949 funcionaban en el país 12 centros de vacunación permanentes y 2 centros transitorios. La fundación de dispensarios antituberculosos, centros epidemiológicos y centros de vacunación en diferentes ciudades (Carvajal, 1952: 77).

En la **campana antileprosa** se logró un proceso muy considerable en cuanto se refiere a la atención de niños sanos hijos de enfermos de lepra. También se adelantaron obras como instalaciones sanitarias y pabellones de habitaciones de enfermos en los Lazaretos de Agua de Dios y Contratación (Cavelier, 1949b: 268- 282).

En cuanto a la **Higiene Materno-Infantil** se destacó la creación de restaurantes prenatales en Cartagena, Bucaramanga, Barranquilla, Socorro, Tunja. El funcionamiento de 54 salas de maternidad bajo vigilancia del Ministerio y de 119 centros de higiene materno-infantil. Igualmente se informó de la asistencia a reuniones científicas internacionales, entre ellas el Congreso Panamericano del Niño, que se reunió en Caracas, en enero y al Congreso de poliomielitis reunido en nueva York (Cavelier, 1949^a: 38-40).

En el **Instituto Samper-Martínez** se reportó la producción de sueros, vacunas y productos biológicos o químicos destinados a la lucha contra las enfermedades comunicables. Se logró producir una vacuna contra el tifo que eliminó todas las características que hacían demasiado fuerte la reacción del individuo vacunado y en este año fueron introducidos 844.846 centímetros cúbicos. El Instituto aisló por primera vez en Colombia el virus de la parálisis infantil y en los primeros 5 meses de este año se produjeron en el Instituto 1.221.000 dosis de vacuna antivariolosa (Cavelier, 1949b: 229).

En la **División de Venéreas y Pián** se realizó el sostenimiento de 3 Institutos de Higiene Social (Cali, Bucaramanga e Ibagué) y diez Institutos Profilácticos distribuidos en diferentes zonas del país. En total funcionaron 97 servicios antivenéreos. Se realizó una vasta labor de investigación y de atención médica para numerosos casos (Cavelier, 1949a: 46).

En la **División de Bio-estadística** se obtuvo información sobre más de cinco millones de habitantes, distribuidos en 205 de los 815 municipios del país. Se elaboraron nuevos formularios y prepararon cuadros siguiendo los sistemas internacionales aceptados como los mejores. Por primera vez quedó completo en Colombia el registro médico nacional iniciado en el año 1948 (Cavelier, 1949b: 283-289).

En la **División de Enfermedades Comunicables** se registraron las siguientes informaciones sobre vacunación en el año 1950: Antivariolosa: 808.175 inmunizaciones, Antidiftérica: 77.753, Antitifoídica: 385.606, contra tifo exantemático: 4.186, contra tosferina: 32.136, Antirrábica: 2.299. Se realizó además, una importante tarea de investigación sobre la incidencia de las enfermedades comunicables y se establecieron sistemas de información de que antes se carecía en las esferas centrales. Merced a esto se pudo adelantar una buena labor de prevención de enfermedades como la viruela, difteria, tos ferina y fiebre tifoidea. Se aumentó la cobertura de vacunación. Se brindó atención inmediata a las epidemias que se presentaron en diferentes lugares del país y se dio prontitud a las medidas para controlarlas (Carvajal, 1952: 31).

La **Escuela Superior de Higiene** recibió dotación de todos los elementos de laboratorio indispensables (Carvelier, 1949^a: 55-56).

En el **Instituto Roberto Franco** se apoyó la lucha contra las enfermedades tropicales, especialmente contra el paludismo y la fiebre amarilla selvática, mediante la identificación de los mosquitos vectores y su control. Se atendió en forma sistemática, la distribución de medicina. Se realizó dedetización de criaderos. Fueron vacunadas contra fiebre amarilla 2.298 personas, 454 contra la difteria, 2.793 contra la viruela, 1.467 contra la tifoidea, 205 contra la tosferina y 19 contra la rabia. Se practicaron reacciones serológicas y exámenes bacteriológicos constantemente. Entró en funcionamiento un servicio de viscerotomía para el diagnóstico de la fiebre amarilla. Se celebró un contrato con Avianca, por medio del cual la empresa se comprometió a suministrar personal para fumigación y hacer el reparto de medicamentos antimaláricos suministrados por el Instituto. Se estableció la Estación Biológica José Jerónimo Triana en la Serranía de La Macarena (Cavelier, 1949b: 163-183).

En el **Instituto Carlos Finlay** se brindó atención inmediata a los brotes de fiebre amarilla selvática que se presentaron en Medina (Cundinamarca) y en Campohermoso (Boyacá). Se realizó una intensa labor de vacunación y la preparación de la vacuna en este Instituto y su suministro a la Guyana Inglesa, Aruba, Perú y Venezuela. Entraron en funcionamiento los centros permanentes de vacunación contra fiebre amarilla en Medellín, Barranquilla, Cartagena, La Dorada, Santa Marta, Cúcuta, Bucaramanga, Cali, Buenaventura, Villavicencio, Florencia y en algunas poblaciones del departamento de Boyacá. La campaña se extendió a todo el territorio nacional (Cavelier, 1949^a: 60).

En la **División de Ingeniería Sanitaria** se alcanzó un adelanto muy satisfactorio en la construcción de obras de alcantarillados, hospitales y acueductos en diferentes departamentos del país. Se realizó análisis de muestras de los acueductos de las más importantes ciudades en forma mensual. Se realizaron exámenes bacteriológicos de aguas sospechosas en diversas regiones y se aplicaron controles a las leches en la capital de la República (Cavelier, 1949^a: 63-5)

En el **Departamento Jurídico** se creó la Salubridad Nacional por medio del Decreto –Ley número 3842 de diciembre 3 de 1949. Hubo un promedio de 16 viciosos que fueron internados mensualmente para someterlos a tratamiento y en término de dos años hubo no menos de 4 curaciones por mes. Se realizó una investigación en farmacias y laboratorios, la cual llevó a que se destruyeran las existencias de 1.335 productos que no fueron presentados por sus fabricantes para los exámenes de laboratorio oficiales. Se hicieron muy escasas las contravenciones a las normas legales que regulaban el comercio de medicamentos. Se visitaron 59 laboratorios y de ellos se decomisaron algunos productos fabricados sin licencia. Se elaboraron varios proyectos de higiene (Cavelier, 1949b: 263-265).

Se constituyó el **Comité Colombiano de Protección a la Infancia** en colaboración con la Naciones Unidas a través del Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia (UNICEF), mediante Decreto 2841 de septiembre 13 de 1949. Dicha medida se tomó considerando que el país difícilmente podría atender a los problemas de la infancia en Colombia con sus propios recursos, por lo cual se hacía aconsejable su participación en los beneficios del Fondo mencionado. Además el país había sido reiteradamente invitado a participar en forma más íntima en la obra del Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de la que era miembro, junto con otras naciones americanas de la Junta Ejecutiva integrada por veintiséis miembros de las Naciones Unidas.

En el año de 1950, cuando todavía estaba al frente del Ministerio, el doctor Cavelier además de continuar con la ardua labor del desarrollo del plan nacional de salubridad, se dedicó a darle un impulso a la asistencia pública. Su interés se había despertado al notar que esta, al igual que la estructura de la salud pública, tenía pobre organización y era parcialmente efectiva. Entonces redactó el Plan Hospitalario Nacional, el cual presentó a consideración del Gobierno Nacional con el propósito de “satisfacer uno de los capitales deberes de protección humana, cual es el de asegurar a las clases económicamente débiles de la nación los cuidados oportunos e indispensables para la recuperación de la salud, en forma que no haya en el país quien por carencia económica no tenga acceso a las instituciones hospitalarias que es urgente proveer” (Cavelier, 1950:5).

En el plan, el Ministro hacía una clara separación entre el concepto de beneficencia y el de asistencia social. Según su entender, al primero de ellos lo envolvía el sentido de caridad, fuera oficial o privada y al segundo le atribuía un derecho del prójimo sobre los servicios como deber de la sociedad de atender a los desvalidos para restituirlos de nuevo a esa sociedad. Manifestaba que la confusión entre estos dos conceptos causaba en los trabajadores de los centros asistenciales un complejo de gracia o favor en perjuicio de la buena prestación de los servicios y al respecto aclaraba:

El plan que se ha elaborado no tiende por tanto a reglamentar o planificar la caridad, sino a distribuir equitativamente un servicio que la sociedad está obligada a prestar en función de cooperación que es correlativa al derecho de asociación, exigiendo de todos sus miembros el aporte de sus esfuerzos cuando se hallan en capacidad de ejercitarlos (Cavelier, 1950:5).

Hasta entonces la organización hospitalaria del país, no había obedecido a planes técnicos, sino que, según los requerimientos locales, se habían ido auspiciando construcciones desarticuladas

que carecían de los recursos para su subsistencia. Los servicios de asistencia pública los suministraban las dependencias de salud pública, en todos los niveles gubernamentales, la industria privada y la beneficencia, que funcionaban principalmente, en los departamentos y municipios. Además, la beneficencia era de responsabilidad departamental, en su administración como en sus finanzas. El Gobierno Nacional solo concurría con la inspección general y algo de fondos. Los programas de la beneficencia diferían de un departamento a otro, como reflejo de sus diversos recursos, entre los que se encontraban los provenientes de las loterías departamentales y los impuestos especialmente asignados, generalmente sobre espectáculos públicos. Los departamentos también asignaban fondos entre sus respectivos municipios para el sostenimiento de los programas locales. Las juntas locales ejercían autoridad general en los municipios y empleaban un funcionario oficial para desarrollar el programa (Currie, 1950: 272).

La evaluación funcional de los servicios de asistencia pública realizada por la Misión Currie en 1949 reveló que en los hospitales la relación era de dos camas por cada mil habitantes; que era un poco más de la mitad de la que tenía Estados Unidos en ese momento, pero que existía una amplia variación en esta relación (0.6 a 3,6) entre los departamentos y que 540 municipios carecían de toda facilidad hospitalaria (Currie, 1950: 258).

Por ello, el Plan Hospitalario Nacional estudiaba el número de camas que debería existir en cada hospital, para lo cual había quienes invocando como base teórica a algunas entidades internacionales sugerían que debería existir un número de 10 camas de hospital general por cada mil habitantes, pero existían en realidad en ese momento un total de 20.035 camas, sin contar las de hospitales especializados, con lo cual había un déficit de 87.965 camas, cuyos costos de construcción, ascendían a \$5.000.00 por cama, lo que equivalía a un total de \$439.825.000.00 o sea, una suma que no correspondía a la capacidad económica del país (Cavelier, 1950: 6).

No siendo por tanto realista el criterio de perseguir este utópico ideal, fue necesario reducir a un plan practicable el costo de la red hospitalaria que el país requería y el resultado fue que el Plan Hospitalario Nacional tomó las recomendaciones de la Convención de Filadelfia y de la Comisión Norteamericana, de tener en cuenta los indicadores de mortalidad y natalidad para establecer los índices de necesidad de camas hospitalarias. El cálculo determinó que las necesidades hospitalarias del país serían en total de 63.936 camas, y fue replanteado de la siguiente manera:

Siguiendo tal procedimiento que se basa en los cálculos de requerimiento de camas por cada muerte en la comunidad, adicionando las necesarias por cada nacimiento y tomando los índices de nuestro país que son de 14.9 por mil en mortalidad y de 35.1 de natalidad, tendríamos un índice total de 5.92 camas por mil habitantes, que sería una cifra ideal, expresión de la necesidad teórica y deducida del proceso de valoración de las necesidades técnicas que se calculan en 0,333 de cama-año por muerte y 0,0275 cama-año por nacimiento, lo cual equivale a decir que se parte del ideal de que la mitad de las muertes de la comunidad sean atendidas en el hospital, así como todos los nacimientos o sea que cada cama de hospital general haría relación de tres muertes en la comunidad y habría una de maternidad por cada mil habitantes (Cavelier, 1950: 6).

Finalmente, el Plan Hospitalario proponía la construcción o adaptación de 21 hospitales de 500 camas a razón de uno por cada capital de departamento y ciudades de más de 50.000 habitantes. Se necesitarían además 146 hospitales regionales localizables en las cabeceras de otras tantas zonas, equipando a cada uno con 100 camas, para cubrir las necesidades de dichas regiones y se sugería complementarlo con los hospitales municipales cuyo número era de 154 a los cuales era preciso equipar convenientemente en forma que contara cada uno de un cupo de 30 camas con sus servicios adicionales debidamente acondicionados para concentrar los casos que se presentaran en la población de cada uno de dichos municipios. Por último, para aquellos

municipios desprovistos de todo servicio, que según el Plan Hospitalario eran 495, se propuso transitoriamente la fundación de Puestos de Salud para la atención de casos de emergencia o de pequeña cirugía y la orientación y transporte de los demás pacientes a los hospitales regionales (Cavelier, 1950: 7).

En el intento de proyectar para el país los servicios hospitalarios completos que requería, el doctor Cavelier sugirió que de un total de 649 municipios, o sea 154 hospitales municipales y 495 puestos de salud, se obtendría un total de 30 camas en cada uno, suficiente para la atención de los casos de la municipalidad obteniendo en tal forma un total de 44.570 camas, lo cual equivale a un coeficiente para la población del país, calculada en 10.800.000 habitantes, de 4,12 camas por mil habitantes (Cavelier, 1950: 7). En su opinión, relacionando este guarismo a la proporción de médicos existentes, cuyo número según los datos que se habían logrado era de 3.327, se aproximaba bastante a las posibilidades reales.

En respuesta al Plan Hospitalario presentado por el Ministro, fue expedido el 28 de julio de 1950 el Decreto 2554 de Presidencia de la República por el cual se organizó la Asistencia Hospitalaria en el país. En la exposición de motivos del Decreto se considera que:

El Ministerio de Higiene presentó este plan de organización hospitalaria que tiende a asegurar para todo el país la construcción y sostenimiento de una completa red de hospitales que corresponda a las necesidades de la población colombiana y que está destinada a amparar la salud de la comunidad y que cuanto se relacione con el cuidado y preservación de la salud colectiva, fundamento de la nacionalidad, ha de merecer la mayor atención por parte del Gobierno Nacional (Decreto 2554 de 1950).

Por lo cual, en el artículo primero de dicho Decreto se estipula que para atender a las necesidades asistenciales del país, la nación contribuirá económica y técnicamente a la construcción de hospitales y a la modernización¹⁰⁴, ensanche y buen funcionamiento de los existentes.

Bajo estas consideraciones se facultó al Ministerio de Higiene para organizar en el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social, una Comisión Técnica Asistencial y para fijar el personal subalterno y sus asignaciones. Las funciones de la Comisión Técnica Asistencial serían reglamentadas por el Ministerio de Higiene y tendría entre otras las siguientes:

- Hacer la división del país en zonas hospitalarias de acuerdo con la densidad de la población, condiciones climatéricas, patología dominante y facilidades de transporte, en coordinación con las divisiones que el Ministerio de Higiene estableciera para los servicios de salubridad
- Calcular el número necesario de camas para los hospitales de cada zona
- Determinar la clase y tipo de los organismos hospitalarios que debían funcionar en cada zona
- Determinar la prelación para las construcciones asistenciales en el país y en cada zona
- Elaborar los planos de construcción, ensanche y mejoras de cada organismo asistencial y determinar el equipo necesario para su funcionamiento.

¹⁰⁴ Claramente, esta disposición se basaba en el interés del Ministro de consolidar el modelo flexeriano de formación médica para lo cual el hospital moderno debía reunir ciertas características. Ver pg: 39 y 40.

En las capitales de los departamentos y en los municipios funcionarían juntas de beneficencia encargadas de dirigir y fomentar con recursos propios de cada departamento o municipio las obras de asistencia pública y social, dentro de su jurisdicción. Las Juntas Departamentales de Beneficencia o Asistencia tendrían entre otras las siguientes funciones:

- Elaborar sus estatutos, reglamentos, presupuestos, sometiéndolos a aprobación del Ministerio de Higiene
- Organizar las rentas que estarían destinadas exclusivamente al sostenimiento y construcción de hospitales y asilos
- Apropiar las partidas necesarias para el sostenimiento de todos los centros asistenciales que funcionarían en el departamento
- Distribuir con la autorización del Ministerio de Higiene todos los auxilios nacionales destinados a asistencia o beneficencia públicas.

Al Ministerio de Higiene correspondería la reglamentación general de los servicios administrativos, de personal técnico-científico y de las normas bio-estadísticas en todos los hospitales y clínicas del país.

Este es un ejemplo que evidencia cómo el Ministerio evolucionó mediante las acciones conscientes de los actores y que condujeron a su adecuación funcional.

5.5.4. La dirección de Alonso Carvajal en el Ministerio

En octubre de 1949, a su regreso de España, después de un semiexilio por los sucesos del 9 de abril de 1948¹⁰⁵, Laureano Gómez recibió la adhesión del Partido Conservador a su candidatura presidencial. Finalmente, ante la decisión del Partido Liberal de no participar en las elecciones presidenciales, Laureano Gómez resultó electo el 27 de noviembre, sin candidato opositor (Pécaut, 2001[1987]: 550). El 7 de agosto de 1950 asumió oficialmente sus funciones, nombrando dentro de su gabinete al conservador Alonso Carvajal Peralta como nuevo Ministro de Higiene, mediante Decreto 2683 de agosto 7 de 1950 (Perry, 1952: 614).

Este distinguido médico santandereano, egresado de la Universidad Nacional en 1941, se había desempeñado como monitor de Anatomía Topográfica en 1937; como practicante externo de clínica médica en el Hospital San Juan de Dios en el mismo año; como practicante interno de Clínica de Órganos de los Sentidos en el mismo hospital en 1938 y como practicante interno de Clínica Médica y de Clínica Urológica allí mismo en 1939. En 1940 fue interno del Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga y practicante interno del pabellón central del Hospital San José de Bogotá. En 1941 fue practicante interno de Clínica Urológica. Posteriormente actuó como médico residente de cirugía del Hospital San José de 1941 a 1943, como jefe de clínica urológica de la Universidad Nacional, en el Hospital San Juan de Dios de 1943 a 1946 y como profesor agregado en 1947 y titular en 1952, de la misma Universidad. Fue también profesor adjunto de Técnica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana desde 1949 (Perry, 1952: 614). También se vinculó a la Clínica de Marly en el ejercicio de su especialidad (urología) y llegó a ocupar el Ministerio de Educación Nacional en 1958 (González, 1978: 116).

¹⁰⁵ La casa de Laureano Gómez y el periódico *El Siglo* fueron incendiados porque el Ingeniero conservador fue acusado de propiciar la caída de López Pumarejo y de ser el autor intelectual del asesinato de Gaitán (Pardo, 2008: 29).

Tan pronto como asumió el Ministerio de Higiene, el doctor Carvajal continuó la labor de su antecesor y en desarrollo del Decreto 2554 de julio 28 de 1950, fue dictado el número 2727 de agosto 16 de 1950, en el cual se establece la zonificación hospitalaria del país y se fijan las bases para el desarrollo del Plan Hospitalario Nacional. Estas disposiciones se tomaban considerando que era conveniente para el país planificar la asistencia pública sometiéndola a normas permanentes que permitieran asegurar la equitativa distribución de fondos nacionales y la orientación técnica en materia de construcciones hospitalarias.

Con este Decreto el Ministerio por medio de sus dependencias asumía la función de prestar, tanto a las entidades oficiales como particulares que proyectaran o adelantaran obras de asistencia pública, la orientación y ayuda técnica necesarias para que tales obras se cumplieran con sujeción a un plan armónico que fuese garantía de buen servicio y de concepción realista de las necesidades hospitalarias como de la capacidad económica del país. Adicionalmente este Decreto definía las diferentes clases de organismos asistenciales médicos así:

- Hospital central: aquel que, situado en la ciudad capital de departamento o en población mayor de cincuenta mil (50.000) habitantes posea una capacidad mínima de 500 camas destinadas a la atención de casos agudos y cuyos servicios abarquen tanto la medicina interna como la cirugía y las diversas especialidades médicas y quirúrgicas debiendo poseer todos los equipos indispensables para la atención científica y la correcta administración, así como el personal idóneo.
- Hospital regional general: provisto del personal científico y administrativo indispensable y de la dotación necesaria para la correcta atención de los casos de enfermedades agudas que ocurran en el territorio de su jurisdicción y que no se hallen en los hospitales municipales o en los puestos de salud de la respectiva región, las condiciones compatibles con su completa atención médica o quirúrgica.
- Hospital municipal: aquel que esté ubicado fuera de la capital o sede de zona. La capacidad de éstos será como mínimo de 30 camas y deberán tener servicios generales de medicina y cirugía, incluyendo maternidad así como, admisión, consulta externa, laboratorio clínico y farmacia.
- Puesto de salud: el organismo más elemental dentro de la organización hospitalaria, el cual deberá prestar servicios preventivos, debiendo ser la sede del respectivo organismo de salubridad local, así como atención ambulatoria y de emergencia a los pacientes cuya salud lo requiera.

Según el Ministro, estas medidas continuaban la acción decidida del Gobierno Nacional de salirse de los grandes núcleos urbanos o de los centros de población de fácil acceso, para llegar al campo a buscar a sus habitantes para enseñarles cómo defenderse de las enfermedades en lo que en su parecer era una variación fundamental del concepto oficial en relación con las campañas de higiene y asistencia social (Carvajal, 1952: 5).

Pero de la administración del doctor Carvajal lo que hay que destacar son las modificaciones a la estructura del Ministerio de Higiene, que fueron las más numerosas que se realizaron en toda la trayectoria institucional 1946-1953 y que pueden considerarse como una respuesta al pensamiento de Laureano Gómez y a su interés por solucionar los problemas que le traía su mala imagen en los Estados Unidos (Pardo, 2008: 23).

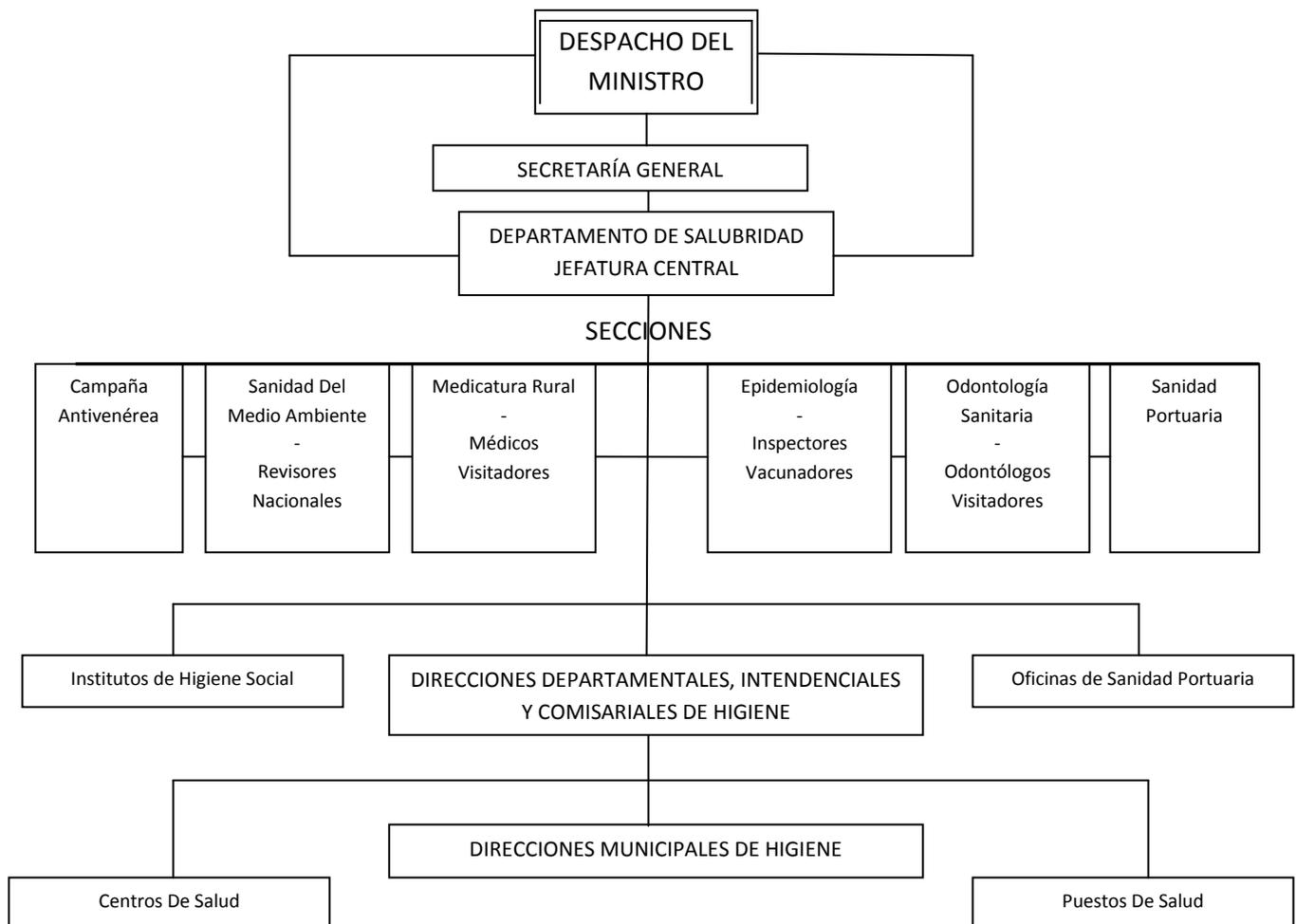
Para ello, como ya se había indicado, el Presidente se propuso seguir las recomendaciones de la primera Misión Curri, convirtiéndolas en su programa de gobierno y comisionando al Ministro Carvajal para cumplirlas al pie de la letra. Para empezar, el Ministro veló por desarrollar la organización de la salud pública y disminuir el paralelismo de funciones al interior de las

diferentes dependencias del Ministerio, tal como lo había sugerido Lauchlin Currie (Currie; 1950: 450).

Entonces, efectuó una reorganización del Departamento de Salubridad que había sido creado en la administración anterior y en enero de 1951 este quedó integrado así:

- Jefatura Central: Tiene a su cargo la organización, orientación, dirección y control técnico y administrativo de las campañas sanitarias, que se efectúan por medio de las siguientes secciones: Medicatura Rural, Sanidad del Medio Ambiente, Epidemiología, Lucha Antivenérea, Odontología Sanitaria y Sanidad Portuaria.
- Organismos de Salubridad: Todos los creados por el Decreto 3842 de 1949 además de las Unidades Móviles, el Centro Mixto de Salud de la zona bananera del Magdalena, las Oficinas de Sanidad Portuaria y los Institutos de Higiene Social. Esta reorganización se ilustra en el organigrama del Departamento de Salubridad (Figura 5-3).

Figura 5-3: Organigrama del departamento de salubridad



Fuente: Carvajal, A. (1952) Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1951. Bogotá, Ministerio de Higiene. Imprenta Nacional.

Adicionalmente, el Gobierno Nacional efectuó por medio del Decreto 95 de enero 19 de 1951 una reorganización técnica de las diversas dependencias del Ministerio, en la que se suprimieron varias de ellas, exponiendo los siguientes motivos:

Que es necesario llevar a cabo una reducción del personal del Ministerio de higiene, que no se considere indispensable y no afecte la labor administrativa de sus dependencias;

Que existe en la actualidad dualidad de funciones de algunas divisiones del Ministerio de Higiene, motivo por el cual se hace necesario establecer la de cada una de ellas encaminadas a desarrollar más eficazmente sus labores en bien de la higiene y la salubridad públicas (Decreto 95 de 1951).

Sobre esta base fue suprimida la **División de Ingeniería Sanitaria**, lo mismo que numerosos cargos que se consideraban innecesarios, porque en el SCISP dependencia del Ministerio, también funcionaba un Departamento de Ingeniería Sanitaria, que cumplía las mismas labores. Posteriormente se encargó al Departamento de Salubridad del Ministerio de las tareas de saneamiento que llevaba a cabo la División de Ingeniería Sanitaria y la División de Sanidad Portuaria.

El mismo Decreto reorgánico suprimió la **Sección Pre-Escolar y Escolar** de la División de Higiene Materno- Infantil, Escolar y Dental, encargada de orientar las tareas de las diversas escuelas de enfermería que funcionaban en el país. Esta medida se adoptó ante la circunstancia de que el Decreto 3708 de diciembre 19 de 1950 dispuso en su artículo 7º incorporar la **Escuela Superior de Higiene** como dependencia de la Universidad Nacional, a partir del 1º de enero de 1951. En el desarrollo de esa providencia fue expedido el Decreto 3939 de diciembre 27 de 1950, que adscribió a la Escuela Superior de Higiene de Bogotá todas las instituciones oficiales y semioficiales de enfermería existentes en Colombia, quedando por lo tanto, sin funciones la correspondiente dependencia de la División de Higiene Materno Infantil, Escolar y Dental del Ministerio de Higiene.

Detrás de estas medidas se puede rastrear el interés del SCISP y la FR de nacionalizar sus proyectos, pues ya es sabido que de estos dos entes surgió la ayuda necesaria para el nacimiento de la Escuela Superior de Higiene y la Escuela Superior de Enfermeras. Ahora, su ubicación en la Universidad Nacional respondía al interés de profesionalizar la salud pública y la enfermería en Colombia, pues hasta entonces eran incipientes en el país y no existían como en los Estados Unidos (Currie, 1950: 266). De hecho, la formación en estas áreas era técnica, la una a cargo del Ministerio de Higiene en cortos cursos de cuatro meses y la otra a cargo de al menos una docena de escuelas de enfermería que no estaban reconocidas por el gobierno, a causa de que sus programas técnicos estaban pobremente organizados y carecían de facilidades para la instrucción práctica (Currie, 1950: 266).

La reorganización del Ministerio comprendió también la supresión de la **División de venéreas y Pián**, que venía duplicando funciones con las Direcciones Departamentales de Higiene y los centros y puestos de salud que, como dependencias de la División de Salubridad del Ministerio establecidos en todo el territorio nacional venían cumpliendo con la campaña antivenérea. Respecto a la campaña contra el Pián, también la estaba llevando a cabo el SCISP, con lo que se hacía innecesaria la existencia de dicha división.

Igualmente, fue suprimida la **División de Enfermedades Comunicables**, porque con el convenio celebrado entre el Ministerio de Higiene y la Unicef a principios del mes de agosto de 1949, se había organizado la campaña para la vacunación contra la tosferina y difteria, con lo que se redujeron las funciones adscritas hasta entonces a la División de Enfermedades Comunicables del Ministerio. Luego las funciones de la División fueron incorporadas al Departamento de Salubridad Nacional.

Así mismo, fue suprimido el **Instituto de Investigación Científica "Federico Lleras Acosta"** que funcionaba en Bogotá dado que el Gobierno tenía el propósito de anexarlo a una colonia para el tratamiento de la lepra que estaba próxima a construirse, para que se pudieran llevar a

cabo investigaciones en la etiopatogenia y terapéutica de la lepra que no se habían podido realizar por la carencia del personal humano indispensable para ello.

También se deben mencionar otros decretos que introdujeron cambios en la estructura y las funciones del Ministerio durante la gestión del doctor Carvajal, entre ellos se encuentran los siguientes:

El Decreto 3708 de diciembre 19 de 1950 que suprimió la **División de Educación Sanitaria** del Ministerio de Higiene y la adscribió al Ministerio de Educación Nacional. También adscribió el **Instituto Nacional de Radium** como dependencia del Ministerio de Higiene. En palabras del Ministro Alonso Carvajal Peralta esta fue una decisión tomada con muy buen criterio, pues anteriormente al depender de la Universidad Nacional carecía en muchas ocasiones de suficientes recursos (Carvajal; 1952: 155). Luego, por medio del Decreto 1234 de junio 5 de 1951 se organizó este Instituto y debió asumir nuevas funciones a saber: a) La prevención y el tratamiento del cáncer, de las enfermedades pre-cancerosas y de aquellas otras cuyo tratamiento solo sea posible por medio de los sistemas fisioterapéuticos, quirúrgicos o médicos de que dispone el Instituto; b) organizar, orientar, dirigir y controlar la campaña anticancerosa en todo el territorio Nacional, c) realizar los estudios de investigación científica relacionados con el cáncer, d) continuar y ampliar la función docente. Además fue expedido el Decreto 1911 de septiembre 13 de 1951 que creó la **Liga Colombiana Contra el Cáncer** como anexa al Ministerio de Higiene para servirle como órgano de acción y de orientación al Instituto Nacional de Radium.

Por otra parte, como consecuencia del Decreto 3182 de septiembre 8 de 1950 se incorporaron al **Departamento de Edificios Nacionales del Ministerio de Obras Públicas** varias Dependencias administrativas de los Ministerios de Guerra, Higiene y Educación Nacional que a la fecha se ocupaban de la construcción de edificios nacionales, considerando que era conveniente centralizar todas las dependencias administrativas que se ocupaban de esa labor.

Finalmente, se debe mencionar el Decreto 772 de abril 9 de 1951 que adscribió el **Instituto de Investigación y Diagnóstico** al Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez.

Cuando el Ministro Alonso Carvajal rindió informe de sus labores al Congreso de 1951 expresó que a pesar de la dificultad de compendiar toda la amplitud de la obra realizada había procurado seguir el orden de importancia de las diferentes campañas adelantadas por el Ministerio de Higiene, de lo cual se resalta que fuese justo el Departamento de Salubridad el primero en ser presentado. Con esto se evidencia que la salud pública había cobrado importancia en la institución y además empezaba a gozar de reconocimiento social. Por ejemplo, las acciones emprendidas por el Departamento de Salubridad a tan solo 2 años de su creación comenzaban a darle al Ministerio visibilidad estratégica pues la sociedad empezaba a reconocer los resultados del trabajo de sus funcionarios. Así lo manifestaba el Ministro:

La opinión pública ha emitido, por conducto de sus diversos órganos de expresión, su concepto altamente favorable, lo que constituye un motivo de legítima satisfacción para el gobierno y para el Ministerio de Higiene, pues pone de presente el reconocimiento ciudadano de que nuestros esfuerzos no han sido estériles y que el pueblo colombiano sí ha recibido positivos beneficios con las actividades oficiales en favor de su bienestar y su salud (Carvajal; 1952: 6).

Presentaba como prueba de tal afirmación la manera como las personas de todas las regiones del país habían recibido la campaña de salubridad rural que había sido iniciada durante la administración anterior y a la que su despacho le había concedido especial interés. También lo manifestaba el Jefe del Departamento de Salubridad, el doctor Emiro Quintero Cañizares, cuando afirmaba: “Notorio interés existe hoy de parte de la ciudadanía hacia la obra de la Medicatura Rural, que se ha hecho patente en la forma como entidades y personas se

preocupan por su continuación y solicitan la creación de nuevos organismos” (Quintero; 1952: 17).

Pero continuando con el informe de gestión del doctor Carvajal, a continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos en las diversas dependencias del Ministerio, que fue rendido al Congreso de 1951:

En el **Departamento de Salubridad** durante el año de 1950 la sección de Sanidad del Medio Ambiente efectuó los siguientes trabajos: visitas de control, destrucción de criaderos de mosquitos, higienización de obras, sanidad por animales y educación. En la Campaña Antivenérea fueron realizados 114.396 exámenes serológicos en los diversos laboratorios dependientes de salubridad nacional. En la Sección de Epidemiología se realizaron 1.310.155 inmunizaciones. En la sección de Odontología Sanitaria fueron atendidas 100.617 personas, se realizó profilaxis dental a 15.201 personas, se brindó tratamiento a 6.165 personas, se realizaron 190.019 exodoncias, 33.292 obturaciones y se dio educación Higiénica a 11.515 personas. En la sección de Protección Materno Infantil y Escolar las labores desarrolladas contemplaron servicio prenatal, servicio posnatal, vigilancia de comadronas, educación, consultas y tratamientos e Higiene Escolar. En la Sección de Medicatura Rural se brindó asistencia médica en consulta general a 63.296 personas, se brindó tratamiento quirúrgico a 439 personas, operaciones de pequeña cirugía a 4.142 personas y se hospitalizaron a 1.498. También se expidieron 11.337 carnets de sanidad.

Durante el año de 1951 también hubo logros en el Departamento de Salubridad, así por ejemplo, durante el primer semestre del año se informaron los siguientes alcances: Se expidió un decreto por el cual el Gobierno Nacional ordenó la construcción de 70 puestos de salud en los Departamentos, Intendencias y Comisarías, para lo cual destinó la suma de \$1.470.000,00, asignada al Ministerio. También se reglamentó la salubridad rural mediante el Decreto 1617 de julio 30 de 1951 con el cual el Ministerio de Higiene asumió la función de determinar, por medio de resoluciones, las poblaciones y zonas rurales en las cuales deberá prestarse el servicio de Medicatura y Odontología Rural. Se cumplió el primer año de labores de la Medicatura Rural en el país de forma exitosa. De otro lado, los servicios de sanidad portuaria existentes permitieron organizar un cordón sanitario en torno al país como defensa contra la epidemia de influenza que afectó a Inglaterra y a otros países europeos durante varios meses. La epidemia no llegó a hasta Colombia debido a la especial vigilancia que se mantuvo contra ella. Estuvieron en funcionamiento 14 unidades móviles equipadas con elementos para exámenes médicos, odontología, botiquín de urgencia, proyector cinematográfico y servicio de Rayos X. En la campaña antivenérea se realizaron 98.163 exámenes serológicos en los diversos laboratorios dependientes de salubridad nacional y se detectaron y trataron en total 19.734 casos. En la Sección de Epidemiología se realizaron en total 1.049.757 inmunizaciones. En la Sección de Odontología Sanitaria se atendieron 99.110 personas, se realizó profilaxis dental a 4.370, se dio tratamiento a 6.026, se realizaron 89.696 exodoncias, 38.788 obturaciones y se dio educación higiénica a 21.520. En la Sección de Medicatura Rural se brindó asistencia Médica en consulta general a 22.690 personas, tratamiento quirúrgico a 1.101, operaciones de pequeña cirugía a 2.362 y fueron hospitalizadas 364 personas. Además fueron expedidos 11.219 carnets de sanidad (Carvajal, 1952: 19-35).

En el **Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social** los Hospitales Generales existentes produjeron en el año 1950 un total de 3.944.073 estancias a un total de 210.359 pacientes. El número de consultas médicas prestadas fue de 1.055.563 y el de intervenciones quirúrgicas de 85.768 (Carvajal, 1952: 64). Durante el año 1951 en el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social hubo progreso de la asistencia hospitalaria. El sostenimiento de las instituciones fue incorporando los aportes comunes, y mediante ellos, conjugándose las apropiaciones directas del Erario Nacional, los recursos públicos dispuestos en su favor y los aportes de los particulares con lo cual se atendió la ampliación, el mejor equipo y el mayor número de construcciones hospitalarias. El aporte nacional a los hospitales

del país aumentó apreciablemente: La Nación aportó en 1951 un total de \$4.404.645,70 con destino a los distintos hospitales del país, esta suma fue distribuida así: En los primeros meses del año \$1.724.645,70, cantidad destinada al sostenimiento, dotación, ampliación y mejoras; y al finalizar el primer semestre, \$800.000, destinados para construcción. En el mes de septiembre y con recursos extraordinarios, fue incrementado el aporte nacional con la cantidad de \$4.000.000 destinados a nuevas construcciones hospitalarias. Además, este departamento, dictó 622 resoluciones de régimen interno (compra de bienes inmuebles, aprobación de estatutos, nombramientos, contratos) (Carvajal, 1952: 61-70)

La División de Tuberculosis obtuvo en 1950, 13.829 dosis de vacuna antituberculosa en el Laboratorio de B.C.G. También fue ampliado el local donde funcionaba el laboratorio. Además se realizaron 5.666 diagnósticos nuevos positivos, 260.892 negativos y 9.724 sospechosos en la campaña antituberculosa. Se abrieron frentes de vacunación en las ciudades de Pasto, Neiva, Honda, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y en Bogotá inició la vacunación antituberculosa el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. La División de Tuberculosis obtuvo de enero a agosto de 1951, un total de 95.270 dosis de vacuna antituberculosa en el laboratorio de B.C.G. Además, se realizó la Quinta Conferencia Nacional de Tuberculosis, en Medellín en Junio y la presentación en esta, de un folleto de divulgación y orientación científicas impreso por la División de Tuberculosis y repartido ampliamente en las dependencias de la lucha antituberculosa en el país. Se realizaron 1.485 diagnósticos nuevos positivos, 67.441 negativos y 1.930 sospechosos en la campaña antituberculosa. Se abrió un nuevo centro de vacunación en la ciudad de Pamplona. Se inició la construcción de los siguientes sanatorios: “El Carmen” en el Chocó, “Santa Sofía”, en Manizales, en “Zaragocilla”, en Cartagena (Carvajal, 1952: 71-79).

El **Servicio “UNICEF”**¹⁰⁶ adelantó la campaña de inmunización contra tos ferina y difteria iniciando los trabajos en Cúcuta el 21 de agosto de 1950. Durante el año 1951 se informó la entrega al Director del Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez del equipo para el laboratorio de producción de vacuna combinada pertussis – difteria remitido por la UNICEF. El Presidente de la República inauguró el 8 de marzo de 1951 del mencionado laboratorio cuyo costo fue sufragado en su totalidad por la UNICEF. Además, se realizaron un total de 102.197 inoculaciones de dicha vacuna en el país en este año (Carvajal, 1952: 121-9).

En el **Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay** se terminaron los estudios y se hizo la publicación del primer caso de toxoplasmosis congénita diagnosticado en Colombia. El Servicio Anti Aegypti fue instalado el 12 de agosto de 1950 en Barranquilla. El 30 de noviembre se iniciaron los trabajos de dedetización en el Atlántico. En el año de 1951 se adquirieron cien viscerótomos que fueron obtenidos en el Brasil. De los 169 puestos existentes solo estuvieron en actividad 80, los cuales enviaron un total de 636 muestras de hígado. Se realizaron un total de 130.216 vacunaciones. En colaboración al Ecuador, dado que en los primeros meses de 1951 se había presentado una epidemia de fiebre amarilla en Santo Domingo de Los Colorados, les fueron remitidas 24.000 dosis de vacuna, las que sirvieron para dominar prontamente la epidemia. En colaboración a Costa Rica se enviaron 50.000 dosis de vacuna y un total de 100.000 dosis para Centroamérica. La producción de vacuna fue

¹⁰⁶ A fines de 1949 se estudió con representantes de la OMS un auxilio al Gobierno colombiano por parte de la UNICEF para una campaña dirigida a la infancia. Se convino en el Ministerio de Higiene escoger una labor de inmunización contra tos ferina y difteria para los niños menores de seis años de edad, la UNICEF ofreció enviar elementos y equipos para la campaña y un laboratorio para producir vacuna combinada pertussis-difteria, por valor total de US\$ 100.000. El 15 de marzo de 1950 se firmó un convenio internacional para protocolizar en forma general dicha ayuda al Gobierno, entre el Doctor Eliseo Arango, a nombre de Colombia, y el Doctor Mauricio Pate, Director Ejecutivo del Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia, de las Naciones Unidas. Los elementos y equipos empezaron a enviarse al país en el mes de julio de 1950. La UNICEF costó el laboratorio para producción de vacuna combinada en el país, en su totalidad con un costo de US\$28.594.40 (Carvajal, 1952: 121-2).

intensificada existiendo en este año una reserva de 317.610 dosis, de acuerdo con el convenio celebrado con la OPS a este respecto (Carvajal, 1952: 139-147).

Por su parte, la **División Técnica de Bio-estadística** implantó el sistema internacional mecanizado de tabulación, el cual alcanzó gran rendimiento y los datos de la mayoría de las estadísticas. Se elaboró el Boletín Anual de 1950, con el objeto de hacer conocer en el país y en los Estados Americanos el movimiento epidemiológico de la Nación. En 1951 se logró obtener una muy completa estadística de enfermedades transmisibles, el volumen de notificación aumentó, lo mismo que la población controlada. La estadística en las campañas antituberculosa y antileprosa tuvo un gran avance ya que se comenzó a plantear el novedoso sistema Mc bee, utilizando tarjetas individuales no sólo para la labor epidemiológica sino también en los trabajos asistenciales (Carvajal, 1952: 169-176).

La **División de Lepra** dispuso los recursos para atender la clausura de la Colonia Sanatorio de Caño de Loro. El número de enfermos segregados en los leprosorios en noviembre de 1951 fue de 6.176. El número de enfermos en tratamiento fue de 2.600. El doctor Lauro de Souza Lima, leprólogo brasileiro, Asesor del Centro Panamericano de la Salud en asuntos de lepra para América del Sur visitó el país (Carvajal, 1952: 80-6).

El **SCISP** realizó las siguientes labores: Atendió una población de 15.000 personas en el Centro de Higiene La Dorada, con un total de 68.109 visitas al centro. En ingeniería sanitaria se realizaron 508.524 actividades de saneamiento. En el Centro de Higiene Bogotá (Barrio Ricaurte) sobre una población de 60.000 personas se atendieron 116.561 visitas al centro. En la campaña antiplágica se inició labores en una nueva zona en el Chocó. El número de enfermos tratados por primera vez fue de 45.924 y de enfermos visitados, quienes habían sido tratados previamente de 34.570. Se informó curación de 17.847 personas. Se encontró progreso satisfactorio en 5.433 casos y no se obtuvo resultado de 459. En la campaña de nutrición se hicieron cursos de educación nutricional, exposiciones, publicaciones. Se brindó auxilio y alimentación popular. Se llevaron a cabo actividades investigativas en nutrición. Se colaboró en la redacción del programa para salud pública de la Misión Currie (campaña de nutrición). En la campaña del bocio simple se realizó yodización artificial de la sal y se hicieron visitas de control. En la campaña de malariología se repartieron 189.109 tratamientos, se trataron 9'172.017 metros cuadrados con DDT. Se realizó el planeamiento y la organización de la educación sanitaria en los programas de higiene pública en colaboración con la Misión Currie. Un importante logro del proyecto 651, de Ingeniería de Salud Pública fue la terminación del Código Sanitario y su impresión. Este código constaba de 38 capítulos y se envió copia en 1951, a todos los técnicos de salud pública para conocer sus cometarios y sugerencias (Carvajal; 1952: 115)¹⁰⁷. En el desarrollo del proyecto 652 se fundó una sala de experimentaciones neuro-psiquiátrica en el hospital de San José. En cuanto al Proyecto 1.000, se hizo entrega de obras de saneamiento en la Zona Negra de Barranquilla. Finalmente, respecto al proyecto 653, sobre higiene industrial, se elaboró el respectivo programa, el cual fue inaugurado en octubre. En este programa se discutieron los peligros a los cuales están expuestos los trabajadores en las industrias colombianas (Carvajal, 1952: 89-121).

En la **División de Higiene Materno-Infantil** durante el año 1951 funcionaron 97 centros de salud, 300 puestos de salud y 112 consultorios prenatales que atendieron a 21.005

¹⁰⁷ Finalmente el código fue aprobado por el Ministro de Salud Pública, Alejandro Jiménez Arango y el 27 de mayo de 1953, fue establecido como Código Sanitario Nacional por medio del Decreto 1371. Este documento era el resultado neto de una secuencia de selecciones de un nuevo conocimiento, maravillosamente adaptado y reflejaba una construcción colectiva en el desarrollo, articulación y especialización de la salud pública en Colombia, hecho de trascendental importancia porque ahora existía bibliografía técnica validadora del conocimiento en salud pública, de carácter nacional y que les serviría como literatura de base a quienes practicaban esa especialidad.

embarazadas. Funcionaron 88 consultorios de higiene infantil con un total de 39.289 atendidos (Carvajal, 1952: 129-134).

En el **Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez** se construyó el edificio de tipificación y estudio experimental de virus aftoso, con la colaboración del Ministerio de Agricultura y Ganadería. Se terminó la ampliación del edificio destinado al laboratorio de Bacilo Calmette Guérin. Se importó una moderna máquina de desecar, para la preparación de plasma liofilizado, lo que constituyó un paso de gran trascendencia, ya que en Colombia no existía este servicio. Las cantidades ingresadas al instituto por concepto de rentas y servicios públicos, que fueron en total de \$1.075.360,06, sobrepasaron en mucho la partida incluida en el presupuesto para su sostenimiento por lo que se obtuvo una utilidad anual de \$362.919,89 (Carvajal, 1952: 134-9).

El **Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco** informó que se fumigaron 4.249 viviendas, con lo cual se benefició a un total de 25.567 habitantes. Se aplicaron un total de 34.000 vacunas (Carvajal, 1952: 150).

El **Instituto Nacional de Radium** pasó a ser dependencia de Ministerio de Higiene el 1 de enero de 1951. El Hospital contaba con 105 camas disponibles. Con la matrícula de 96 profesionales médicos se inició el curso de cancerología el 8 de agosto y durante tres meses se llevó a efecto con todo éxito. Por Decreto 1911 de septiembre 13 de 1951 quedó creada la Liga Colombiana contra el Cáncer. En este año el Instituto adquirió un aparato de radiodiagnóstico de 500 miliamperios considerado lo más moderno que se fabricaba entonces (Carvajal, 1952: 155-9).

En el **Departamento Administrativo** se destacó que las diversas campañas ampliaron sus servicios (Carvajal, 1952: 163).

Por su parte el **Departamento Jurídico** puso especial interés en fallar rápidamente todos los negocios sobre el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud pública e insistió ante las autoridades de higiene para que iniciaran con la debida actividad y fallaran dentro de los términos legales todos los procesos sobre el ejercicio ilegal de las profesiones (Carvajal, 1952: 165-8).

Este balance de gestión fue entregado por el Ministro Carvajal al Congreso de la República en noviembre de 1951, mes en el que presidente Laureano Gómez a raíz de un ataque cardíaco se vio obligado a entregarle el poder a Roberto Urdaneta¹⁰⁸ (Pardo, 2008: 27). Sin embargo, Laureano Gómez siguió gobernando a distancia y desarrollando su Proyecto de Reforma Constitucional (1951-1953), que según los liberales era una clara exposición de las ideas de derecha del mandatario, en su camino por gestar una *Ciudad de Dios* (Pardo, 2008: 64).

Junto con el retiro de Gómez por motivos de salud, llegó la renuncia del Ministro Alonso Carvajal quien tuvo la más larga de todas las administraciones habidas en el periodo 1946-1953, con una duración de 17 meses. Aunque se desconocen los motivos exactos que lo condujeron a esta decisión, se sabe que dejó el cargo en manos de un colega suyo, también conservador, con quien tuvo un contacto muy cercano en el ejercicio de su especialidad (urología), para dedicarse en adelante a la docencia, siendo nombrado casi inmediatamente profesor titular de la Universidad Nacional, de la cual llegó a recibir más tarde la distinción de profesor emérito. Su renuncia le fue aceptada por el presidente designado encargado Roberto

¹⁰⁸ El presidente Laureano Gómez venía sufriendo varios problemas de salud desde su posesión, pero ante la complicación de su estado debió programar la elección de su sucesor, por lo cual expidió el Decreto 2996 de septiembre de 1950, en el cual se estipulaba que sería el Ministro de Gobierno quien tomaría el cargo.

Urdaneta el 8 de enero de 1952 mediante Decreto 11, nombrando como su reemplazo al doctor Miguel Antonio Rueda Galvis.

El doctor Rueda era un médico bogotano, especialista en urología que había cursado sus estudios profesionales en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, obteniendo el grado en 1918. Se había desempeñado como interno en el Hospital San Juan de Dios en 1917; como profesor titular de la Facultad Nacional de Medicina en 1928; como cirujano jefe del Ejército en 1934; como Director de Sanidad Militar en 1943 y como consultor de Urología del Instituto de Radium en 1939 (Perry, 1952: 966). En 1952, una vez nombrado Ministro de Higiene permaneció por un breve lapso de tiempo al frente de esta institución porque el 29 de abril de 1952 mediante Decreto 1114 fue nombrado como su sucesor el doctor Alejandro Jiménez Arango quien estaría en el cargo al momento de producirse la creación del Ministerio de Salud Pública en 1953.

5.5.5. La dirección de Alejandro Jiménez Arango en el Ministerio

El doctor Jiménez al igual que su antecesor era bogotano y había egresado de la Universidad Nacional en 1926. Realizó estudios de neurocirugía en el Instituto de Neurocirugía de Santiago de Chile desde 1946 hasta 1948 y posteriormente en el Montreal Neurological Institute y en el Neurological Institute de New York durante 1948 y 1949; fue Jefe de Clínica por concurso en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en el Hospital San Juan de Dios en 1950 y también por concurso fue nombrado Profesor de Neurocirugía en 1952 (Peña, 1999: 51). Desde 1949 hasta 1952 se desempeñó como Jefe de la Sección de Neurología y Neurocirugía del Instituto Nacional de Radium y luego de convertirse en el primer Ministro de Salud Pública tuvo una larga carrera en la administración pública pues pasó a ser Ministro de Defensa Nacional entre el 13 de noviembre de 1953 y el 16 octubre de 1954. Repitiendo el cargo el 1º de julio de 1957 hasta el 30 agosto de 1958. Luego fue nombrado nuevamente Ministro de Salud Pública del 18 agosto 1958 al 28 febrero 1959 y retomó el Ministerio de Defensa en dos oportunidades más: del 10 de mayo de 1960 al 30 de agosto de 1960 y del 1º de noviembre de 1960 al 15 de septiembre de 1961. Luego trabajó en la Universidad del Valle del 1º de marzo de 1962 al 1º de agosto de 1964 (Ministerio de Salud, 1983: 1-5). Fue Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional desde 1964 hasta 1966. Desde 1966 hasta 1968 se trasladó a Washington donde fue funcionario del Departamento de Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se desempeñó como Asesor Científico del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, del 5 de noviembre de 1968 al 25 de enero de 1971; trabajó en el Hospital Militar Central del 1º de marzo de 1971 al 1º de enero de 1984, donde fue fundador y Jefe del Servicio de Neurocirugía y en la Fundación Santa Fé como Jefe de la Sección de Neurocirugía en 1985 (Peña, 1999: 51).

Al posesionarse del cargo de Ministro de Higiene, el 9 de mayo de 1952, inició una gestión que se caracterizó por su dedicación a consolidar el proyecto del ex ministro Jorge Cavelier. Así lo manifestaba con sus propias palabras:

Es muy satisfactorio expresarles que, mediante los Puestos y Centros de Salud diseminados en todo el país, la Salubridad ha adelantado una transformación de vastas proyecciones en el tratamiento y solución de los problemas sanitarios, lo que ha sido plenamente reconocido por el público colombiano y por los órganos de la opinión nacional (Jiménez, 1952: 7).

Tampoco descuidaba los adelantos que en materia de asistencia pública había alcanzado su antecesor y al respecto comentaba: “El problema Hospitalario del país a cuyo estudio y solución dedicaron el Ministro Profesor Jorge E. Cavelier, mi antecesor y el Doctor Héctor Acevedo, especialísima atención, continúa siendo el más importante de los que corresponde atender a este Departamento” (Jiménez, 1952: 123).

Pero además, el Ministro Jiménez le imprimió a su dirección varias de las ideas propias del Laureanismo, especialmente en la cuestión del ejecutivo, ya que si bien el doctor Laureano Gómez pretendía con el Proyecto de Reforma Constitucional, aumentar el poder del Presidente de la República, lo mismo pretendía el doctor Alejandro Jiménez, en relación con su Despacho a través de varios decretos expedidos durante su gestión en el Ministerio de Higiene.

Así fue que realizó numerosas modificaciones en la estructura institucional, que evidencian su tendencia a dejar en manos del Departamento de Salubridad (dependencia directa del Ministerio) varias funciones que se ubicaban en otros niveles de la organización.

Al Ministro se le atribuye además, el haber abonado el terreno normativo que dio lugar a la creación del nuevo Ministerio de Salud Pública y el haber dado continuidad a los cambios en la estructura y funciones del Ministerio de Higiene propuestos por la Misión Currie en su informe de 1951. A continuación se presentan las modificaciones realizadas en la institución durante el periodo de tiempo en que el Ministro Jiménez estuvo en la dirección, haciendo énfasis en las motivaciones que sustentaron los legisladores para operar dichos cambios:

Se suprimió la **División de Lepra** mediante el Decreto 166 de enero 29 de 1952. Sus funciones y atribuciones fueron adscritas a la División de Tuberculosis que en adelante se denominó Departamento de Tuberculosis y Lepra. Esta medida se tomó considerando que era necesario llevar a cabo una reducción del personal del Ministerio de Higiene, que no se consideraba indispensable y no afectaba la labor administrativa y técnica de sus dependencias. Además se contempló que, dado que la División de Lepra solamente contaba para su campaña, con cuatro dispensarios dermatológicos en tanto que la División de Tuberculosis del Ministerio de Higiene, tenía distribuidos en el país 28 Dispensarios, era viable que estos organismos con una pequeña modificación en su personal, pudieran hacerse cargo de la campaña antileprosa en sus respectivas zonas.

Se cambió el nombre de la División de Sanidad Portuaria por **Sección Sanidad Portuaria** y se ubicó como dependencia del Departamento de Salubridad del Ministerio, mediante el Decreto 873 de abril 2 de 1952. Este cambio se efectuó al considerar que dado que la República de Colombia era signataria de convenios internacionales, en los cuales se obliga a cumplir las normas encaminadas a prevenir la propagación internacional de enfermedades transmisibles y a tomar las medidas necesarias para tal fin, era necesario establecer una adecuada coordinación en las labores de sanidad portuaria para que éstas fueran adelantadas con mayor eficacia y señalar las atribuciones de los funcionarios a su servicio. En este sentido se estipuló que la sección debería tener un médico jefe, cuyas funciones serían las siguientes: a) Dirigir, organizar y fiscalizar los servicios de sanidad portuaria en todos los puertos marítimos, aéreos, terrestres y fluviales en el territorio de la República; b) Calificar el estado sanitario de dichos puertos; c) Visitar periódicamente todos los servicios de sanidad portuaria que funcionen en el país; d) Dictar por medio de resoluciones todas las medidas que considere necesarias para el correcto funcionamiento de tales servicios; e) Hacer cumplir las disposiciones vigentes sobre la materia; f) Aplicar sanciones a los contraventores de las disposiciones sobre sanidad portuaria; g) Rendir informes mensuales al Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene; h) Dictar los reglamentos de los servicios de sanidad portuaria y, i) Dictar medidas profilácticas en los puertos para impedir la importación y propagación de las enfermedades transmisibles.

Se reorganizó el **Instituto Nacional de Radium** por medio del Decreto 1460 de julio 1 de 1952 considerando que aun cuando el anterior Decreto 1234 de junio 4 de 1951 lo organizaba, debía ser derogado, ya que la categoría del Instituto, sus funciones y sus fines, reclamaban crear un nuevo estatuto que en forma científica lo organizara y rigiera su marcha.

Se creó el **Centro Nacional de Adiestramiento Técnico y de Experimentación y Demostración Ambiental** en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana, como una

dependencia del Departamento de Salubridad del Ministerio, mediante el Decreto 1461 de julio 1 de 1952 y con las funciones de entrenar y capacitar al personal que trabajara en las campañas sanitarias; instruir y formar aspirantes según los métodos de la técnica moderna adaptados a las necesidades de las diferentes regiones del país; realizar trabajos de terreno; construir obras modelos; sanificar zonas urbanas y rurales y efectuar trabajos de experimentación y demostración de sanidad ambiental. Según el Decreto, este Centro surgió bajo la recomendación de las instituciones internacionales de salud pública, que en los convenios y programas para las naciones afiliadas, sugieren el funcionamiento de campos de entrenamiento y capacitación del personal sanitarista; y como una necesidad ya que las campañas sanitarias exigían para su efectividad de personal idóneo o especializado, que garantizara su normal desarrollo.

Se suprimió la **Sección de Higiene Dental** de la División de Higiene Materno Infantil del Ministerio de Higiene mediante el Decreto 1651 de julio 14 de 1952 considerando que las funciones asignadas a su personal se venían desarrollando por medio de otros departamentos y divisiones del Ministerio como en el caso del Departamento de Salubridad que adelantaba las labores relacionadas con higiene dental en el territorio de la República, por intermedio de las Direcciones Departamentales de Higiene, de conformidad con los contratos celebrados con los Departamentos sobre organización y sostenimiento de las campañas sanitarias.

De otra parte, mediante el Decreto 1913 de agosto 12 de 1952, por el cual se dictan medidas sobre asistencia pública, previsión social y salubridad nacional, se estableció una nueva función para los funcionarios dependientes del Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene según la cual, tendrían también el carácter de visitantes de las Instituciones de Utilidad Común.

Por último, considerando que la gran mayoría de ciudades importantes cuya densidad de población y presupuestos eran elevados, no solamente tenían deficientes servicios de higiene y descuidada la atención de la salubridad pública, sino que por este concepto se habían constituido en gravosa carga para el fisco nacional, perjudicando así la atención de los pequeños municipios que no disfrutaban de esa clase de servicios, el Decreto 2273 de septiembre 24 de 1952 autorizó al Gobierno para la organización y funcionamiento de las Direcciones Municipales de Higiene. En consecuencia, se dispuso que los municipios capitales de departamento y los demás, cuya población fuera de cincuenta mil o más habitantes, o que tuvieran un presupuesto anual de o mayor de seiscientos mil pesos (\$600.000.00), así como aquellos que en el futuro llenaran cualquiera de esas condiciones, quedaban obligados a sostener las respectivas Direcciones Municipales de Higiene. En esta forma se dio el paso para que la labor directa de la salud pública estuviera a cargo de las autoridades locales y seccionales, quedando a cargo del Ministerio de Higiene las funciones normativas, lo cual por supuesto, coincidía con las recomendaciones del Plan Currie. Así lo deja claro el Ministro Jiménez cuando comenta que “esta orientación está de acuerdo con la propuesta al respecto por la Misión del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento” (Jiménez, 1952: V).

Pero lo llamativo de esta medida fue que además de la descentralización¹⁰⁹ administrativa territorial que caracterizaba la organización de la salubridad nacional, ahora sería también de índole financiera.

¹⁰⁹ La Corte Constitucional, en su sentencia C-727 de 2000, explicó: “La descentralización es una forma de organización administrativa propia de los Estados de forma unitaria (como lo es el Estado colombiano), que atenúa la centralización permitiendo la transferencia de competencias a organismos distintos del poder central, que adquieren autonomía en la gestión de las respectivas funciones”.

Seguido de los múltiples cambios en la estructura ya vistos, finalmente, acontece la reorganización del Ministerio. El 20 de diciembre de 1952, se expide el Decreto 3123, por el cual se autoriza al Gobierno Nacional para reorganizar el Ministerio de Higiene, determinando sus funciones, dependencias, personal y asignaciones y para realizar los traslados y apropiaciones presupuestales correspondientes, así como para hacer los nombramientos a que hubiera lugar, y como resultado de ello, a los cuatro meses se organizó el nuevo Ministerio de Salud Pública mediante Decreto 984 de abril 16 de 1953.

Esta medida firmada por el presidente designado Roberto Urdaneta Arbeláez, refleja el interés ya existente en 1952 de cambiar la organización del Ministerio de Higiene y podría entenderse como el antecedente más contundente de la creación del Ministerio de Salud Pública, pues pasa de ser una idea, emanada por primera vez, como recomendación de la Misión Currie, a ser una disposición de carácter normativo para la cual se destinaron los recursos necesarios para su cumplimiento.

Pero desde la autorización hecha en diciembre de 1952 de reorganizar el Ministerio de Higiene, hasta su cabal cumplimiento en abril de 1953, hubo algunos cambios en las dependencias de la institución y en sus funciones que no pueden pasarse por alto.

En primer lugar, fue creado, como dependencia del Ministerio de Higiene, el **Departamento “Servicio Médico del Ferrocarril del Río Magdalena”**, mediante el Decreto 99 del 17 de febrero de 1953. Su surgimiento se relaciona con el Decreto 2490 de octubre 18 de 1952, por el cual se dictaron medidas encaminadas a realizar la colonización del Valle del Río Magdalena. Posteriormente por Decreto 99 de enero 17 de 1953 se ordenó el saneamiento de la Hoya del Río Magdalena y en el artículo 3° se indicaba que: “El Gobierno prestará los servicios médicos a que esté obligado por las disposiciones laborales al personal que trabaje en la construcción del ferrocarril del Río Magdalena” (Decreto 99 del 17 de febrero de 1953).

Para responder a esta ordenanza, se creó la nueva dependencia, que asumió las funciones de coordinación entre los departamentos, divisiones e institutos del Ministerio de Higiene para la prestación de los servicios médicos, y de su prestación directa.

Adicionalmente, mediante el Decreto 946 de abril 6 de 1953, se creó el **Consejo Nacional de Práctica Profesional** con las funciones que hasta entonces habían tenido las Juntas de Títulos Médicos, Odontológicos, Farmacéuticos, Veterinarios, de Laboratorio Clínico y de Enfermería, y que fueron suprimidas inmediatamente. El periódico *El Tiempo* en su edición del 7 de abril de 1953 registró esta noticia de la siguiente manera: “Cuando le preguntamos al Ministro de higiene doctor Alejandro Jiménez Arango, el objeto de la creación del nuevo organismo, manifestó que ello obedecía a la necesidad de darle una orientación más estricta a las labores que cumplía antes la Junta de Títulos Médicos” (El Tiempo, 7 de abril de 1953: 17).

Pero en realidad lo que estaba detrás de ello, era la instrucción del Presidente Laureano Gómez de seguir las recomendaciones de la Misión Curie, dentro de las que estaba la creación del Consejo Nacional de Práctica Profesional (ver Figura 5-2), cuyos miembros serían escogidos por el Presidente de la República de listas de candidatos presentadas por las sociedades profesionales correspondientes (Currie, 1952: 287). Esta conformación del Consejo coincidía con uno de los rasgos determinantes en el Proyecto de Reforma Constitucional de Gómez, el cual era el del los gremios (Pardo, 2008: 35). Así, el gremio médico que comenzaba a organizarse tendría una fuerte presencia en dicha instancia, desde la cual se centralizaba el control de la práctica médica y de las profesiones que se habían desarrollado más recientemente.

De otra parte, el Instituto Nacional de Radium, dependencia del Ministerio de Higiene, cambió de nombre por el de **Instituto Nacional de Cancerología** mediante el Decreto 519 de febrero

27 de 1953, considerando que la denominación que llevaba este establecimiento hasta la fecha no especificaba claramente las funciones que tenía, ya que los tratamientos que se hacían con radium en los casos de cáncer, solamente correspondían al 10%, utilizándose en el 90% restante, medios quirúrgicos, roentgenoterapia y elementos radioactivos; y que como entidad nacional dedicada a la prevención y el tratamiento del cáncer, a la organización, orientación y dirección de la campaña anticancerosa nacional, así como a la investigación y a la docencia en lo relacionado con el cáncer, el Instituto Nacional debía estar acorde con las modernas ideas científicas aceptadas universalmente. Más tarde, el periódico *El Tiempo* publicaría con fecha del 19 de abril de 1953 la organización de dicho Instituto, mediante el Decreto 982 de abril 16 de 1953; así registró la noticia: “Por decreto ayer fue reorganizado el Instituto Nacional de Cancerología y se fijaron sueldos y el personal de este importante organismo” (*El Tiempo*; 19 de abril de 1953: 9).

Finalmente, como último cambio registrado en el Ministerio de Higiene, fue expedido el Decreto 983 de abril 16 de 1953, el cual fijó la Dirección Técnico Administrativa del Instituto de Enfermedades Tropicales “Roberto Franco” de Villavicencio y derogó el Decreto 2505 de julio 26 de 1950.

Pero la gestión del Ministro Jiménez fue más allá del terreno normativo y abarcó otra serie de acciones ejecutadas por las dependencias del Ministerio. A continuación se presentan las más llamativas entre las que fueron registradas en las memorias del Ministerio de Higiene y presentadas al Congreso de 1952:

En el **Departamento de Salubridad Nacional** estuvieron en funcionamiento un total de 498 organismos sanitarios, de los cuales 306 eran puestos de salud. Hubo un incremento importante del personal de medicatura y odontología rural siendo en total 280 médicos y 85 odontólogos. El Ministerio obtuvo de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, la adjudicación de 7 becas para médicos, a fin de cursar estudios de Salud Pública en diversas universidades del exterior y de igual manera 5 becas para funcionarios de saneamiento. También se efectuaron sencillos cursos para inspectores en los Departamentos del Tolima, Boyacá, Norte de Santander y Caldas. La vacunación fue en el lapso comprendido entre 1951 y el año 1952, tres veces superior a la realizada en total en los años de 1949 y 1950 (Jiménez, 1952: 19-26).

En el **SCISP**, en el curso de todo el año se cumplió eficazmente el programa de lucha antipalúdica que se adelantaba bajo su dirección técnica. En el Centro Modelo de Higiene de La Dorada las labores que se desarrollaron en el último semestre comprendieron: la campaña contra el parasitismo, la campaña de aguas potables, la campaña antilarvárica, el control de alimentos, el control de habitaciones sirviendo a un total de 15.000 habitantes. En el Centro de Higiene N° VI de Bogotá se realizaron labores de saneamiento y la campaña antirrábica sirviendo a 60.000 personas. En cuanto al proyecto n° 116, sobre la campaña anti-piánica se tiene que había sido exitosa pues no se encontraron casos nuevos en la costa del Pacífico donde su incidencia era extremadamente alta. En cuanto al proyecto n° 300 sobre la campaña general de malariología se informó que dos médicos colombianos se trasladaron a Venezuela a hacer un curso de enfermedades metaxénicas y su control por medio del DDT. La División de Malariología, como parte de su programa hizo un curso de adiestramiento al personal en sus diferentes secciones y al personal que trabajaba en la zona del Caribe y Medellín en labores de rociamiento, a los cuales se les hizo el curso antes de entrar a trabajar. La División también dictó cursos al personal de algunas Direcciones Departamentales de Higiene que había solicitado colaboración. En el proyecto n° 500 de educación sanitaria los logros alcanzados estuvieron dados por las siguientes actividades: Educación sanitaria escolar, programas básicos de salud e higiene, elaboración de material educativo, cursos y seminarios de educación sanitaria para maestros, inspectores y personal de los centros de higiene, conferencias para maestros y grupos organizados. A través del proyecto n° 502 el SCISP efectuó entrenamiento

en el exterior para diez profesionales y entrenamiento dentro del territorio colombiano para mil trescientos cuarenta y nueve profesionales. La Fundación Kellogg otorgó becas completas por un año de estudios en los Estados Unidos a tres enfermeras durante este periodo (Jiménez, 1952: 183-254).

En la **campana antivenérea** se unificaron y estandarizaron los sistemas de tratamiento. Se realizó la campaña en todos los organismos, aunque de un modo más intenso en los institutos especializados de Higiene Social que funcionaban en Cali, Tunja, Ibagué, Bucaramanga, Medellín, Cúcuta, Girardot, Montería, Cartagena, Barrancabermeja, Villavicencio, La Dorada, Pereira, Armenia y Florencia (Jiménez, 1952: 8).

En la **Sanidad Portuaria** estuvieron en funcionamiento los organismos existentes en los puertos marítimos y fluviales, en las ciudades fronterizas, como en Cúcuta, y donde no existían todavía entidades especiales encargadas de esta labor, se cumplió por medio de organismos de la salubridad (Jiménez, 1952: 9).

Por último, en la **División de Higiene Materno-Infantil**, la defensa de la madre y el niño se desarrolló por medio de todos los organismos, desde las Direcciones Municipales de Higiene que gozaban de mayores presupuestos, hasta los organismos del más lejano y humilde municipio, a través de un puesto de salud (Jiménez, 1952: 9).

6. Capítulo III: El cambio institucional

6.1 Se perfila un nuevo Ministerio

La evolución del sector produjo un perfilamiento del Ministerio de Salud Pública, con funciones particulares dentro del ejecutivo y con una estructura propia.

A través de la trayectoria institucional comentada en el Capítulo anterior, el Ministerio tuvo un proceso de ajuste en el cumplimiento funcional vía decretos sin que esto significara un reajuste estructural, es decir que se fueron modelando cambios dentro de una dinámica sobre la estructura forjada, sin que a la postre ocurrieran complicados procesos de reestructuración.

En este proceso las funciones de dirección, vigilancia y reglamentación de la higiene y la asistencia pública en el país, asignadas al Ministerio de Higiene desde su creación, se mantienen, pero se incorporan otras nuevas debido al tránsito hacia la salud pública¹¹⁰. Ahora, dentro de las nuevas funciones están:

- **Garantizar el adiestramiento del personal.** Un primer paso en el desarrollo de esta función se dio con la expedición de la Ley 86 de diciembre 26 de 1947, que destinó al Instituto de Enfermedades Tropicales “Roberto Franco”¹¹¹ el adiestramiento del personal técnico necesario para las campañas de higiene pública especializada que adelantara el Ministerio en el ramo de enfermedades tropicales y luego, se orientó hacia la salud pública con el Decreto 1461 de julio 1° de 1952, que creó el Centro Nacional de Adiestramiento Técnico y de Experimentación y Demostración Ambiental¹¹², dependiente del Departamento de Salubridad del Ministerio con la función de entrenar y capacitar al personal que trabajara en las campañas sanitarias.

Pero desde tiempo atrás, el Gobierno Nacional, a través de convenios firmados con los organismos internacionales como la FR, el SCISP, la OSP, la OMS, entre otros, promovió la capacitación de los funcionarios que trabajaban en la salubridad nacional. A continuación se presentan algunos de estos acuerdos:

El SCISP: En el periodo de estudio, el último acuerdo fue firmado en noviembre de 1950, prorrogando el programa cooperativo de salud y saneamiento hasta junio 30 de 1955 (Roger, 1955:1). Pero con motivo del surgimiento del Ministerio de Salud Pública, fue necesario establecer un nuevo acuerdo financiero, el cual se firmó con el SCISP en junio de 1954. Este acuerdo estipulaba las contribuciones que el Gobierno de Estados Unidos y

¹¹⁰ Este proceso de tránsito de la higiene a la salud pública es abordado ampliamente por (Quevedo, et. al, 2004), obra en la que se expone cómo entre 1919 y 1933 se dio la irrupción del modelo salubrista norteamericano y la estructuración de la higiene nacional, y entre 1933 y 1953 se dio la institucionalización definitiva de la salud pública norteamericana.

¹¹¹ Sobre la participación de la FR en la creación de este Instituto ver pg: 75

¹¹² Sobre la participación de la OPS en la creación de este Centro ver pg: 121

el Gobierno de Colombia harían al servicio, para el periodo comprendido entre el 1° de enero de 1954 y el 31 de diciembre del mismo año. Por este medio los Estados Unidos suministraba los fondos necesarios para el pago de salarios y demás gastos de un grupo de técnicos, así como otros gastos de orden administrativo. En cuanto a fondos suministrados para la ejecución misma del programa cooperativo, el Gobierno de Colombia se haría cargo progresivamente de esta obligación (Roger, 1955:2).

En el informe que el Servicio Cooperativo, entregó al Ministro de Salud Pública en 1958 se establece que desde 1943, año en que comenzaron a desarrollarse estos proyectos, fueron traspasados al Ministerio de Salud Pública más de 80 proyectos, financiados con fondos aportados por los dos Gobiernos, en cantidad aproximada de 20 millones de dólares.

La OSP: Fue, justamente en la década de cincuenta, que consolidó su presencia en Colombia. Esta institución era considerada un referente para la acción sanitaria por lo que el Estado colombiano, acogió muchos de sus planteamientos, validó las acciones de asistencia técnica que le ofrecía y las incorporó a su labor de definición de políticas en salud (Hernández, et al; 2002: 13). Para citar un ejemplo, durante el lapso comprendido entre el 1° de julio de 1950 y el 31 de agosto de 1951, el Instituto de Estudios Especiales “Carlos Finlay”, “gozó de un presupuesto anual de \$450.000, de los cuales \$300.000 fueron aportados por el Gobierno de Colombia y \$150.000 por la OSP en virtud de un convenio entre ambas partes (Carvajal; 1952: 140).

La OMS: Realizó una importante cooperación al Gobierno de Colombia por medio del Convenio Básico de Asistencia Técnica firmado el 24 de noviembre de 1950, por el Ministro de Higiene, Alonso Carvajal Peralta, por el Gobierno de Colombia y por el Director Regional para las Américas, Fred L. Soper, por la OMS; y ratificado en Bogotá, el 18 de septiembre de 1951 en el cual se pactó que la asistencia sería financiada con los fondos de la OMS (República de Colombia, OMS; 1951). Posteriormente, el 17 de diciembre de 1954 se firmó un nuevo Acuerdo Básico que reemplazó el concertado en 1950 con el propósito de “poner en práctica las resoluciones y las decisiones referentes a la asistencia técnica de las Organizaciones, cuyo objeto es favorecer el progreso económico y social y el desarrollo de los pueblos” (República de Colombia, OMS; 1954: 10).

Este convenio fue realizado entre el Gobierno de Colombia y las siguientes instituciones: las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización de Aviación Civil Internacional y la Organización Mundial de la Salud. En los Artículos III y IV del acuerdo se establecieron las responsabilidades administrativas y financieras de las organizaciones internacionales y del Gobierno colombiano, respectivamente. Para las primeras fueron las siguientes:

a) Sueldos de expertos; b) gastos de transporte y dietas de los expertos durante su viaje de ida y hasta el punto de entrada en el país y regreso desde este punto; c) Cualesquiera otros gastos de viaje fuera del país; d) Seguro de los expertos; e) Compra y gastos de transporte al país respectivo de toda clase de material o suministros que hayan de facilitar las Organizaciones interesadas; f) Cualesquiera otros gastos que haya fuera del país y que sean aprobados por las Organizaciones interesadas (República de Colombia, OMS; 1954: 6).

Respecto al Gobierno de Colombia sus obligaciones fueron suministrar las siguientes facilidades:

a) Los servicios de personal local, técnico y administrativo incluso los servicios locales necesarios de secretaría, interpretación y traducción y actividades afines; b) las oficinas y otros locales necesarios; c) el equipo y los suministros que se produzcan en el país; d) el transporte dentro del país y con fines oficiales, incluso el transporte local, del personal, del equipo y de los suministros; e) los gastos de correo y telecomunicaciones con fines oficiales; f) los servicios y facilidades médicas para el personal de asistencia técnica, en las mismas condiciones en que puedan disponer de ellos los funcionarios públicos del país (República de Colombia, OMS; 1954: 6).

Adicionalmente, las dietas de los expertos, las pagarían las organizaciones, pero el Gobierno de Colombia contribuiría con una suma que debería ascender al 50 % del monto de la dieta fijada. De igual forma el Gobierno debería poner la mano de obra, el equipo, los materiales y demás servicios que se necesitaran para la ejecución del trabajo de los expertos (República de Colombia, OMS; 1954: 6-7).

- **Reglamentar el ejercicio profesional**, especialmente de las nuevas profesiones como la farmacia y la enfermería. De acuerdo con la Ley 11 de septiembre 29 de 1948 el Ministerio de Higiene debía reglamentar de común acuerdo con la Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional, el examen de aprobación sobre farmacia magistral para la obtención de la respectiva licencia. También, con el Decreto 3550 de septiembre 20 de 1948 por el cual se creó la Junta de Títulos de Enfermería, dependiente del Ministerio de Higiene, los diplomas, títulos, certificados o licencias que expidieran las Escuelas de Enfermeras o las entidades que dirigieran o patrocinaran cursos de enfermería o de salubridad pública serían revisados por dicha Junta después de haber sido refrendados por el Ministerio de Higiene que también suministraría los carnets a costa de los interesados. Finalmente, con el Decreto 946 de abril 6 de 1953 se creó el Consejo Nacional de Práctica Profesional, como dependencia del Ministerio de Higiene con las funciones que tenían las Juntas de Títulos Médicos, odontológicos, farmacéuticos, veterinarios, de Laboratorio Clínico y de Enfermería.
- **Dirigir la salubridad nacional**. La División de Inspección Nacional de Salubridad, creada por el Decreto 25 de enero 9 de 1947, aunque solo contaba con dos instancias (Sanidad Rural e Inspectores Sanitarios), ya había iniciado la organización de los servicios y de los organismos sanitarios, empezando por la creación de las Direcciones Departamentales e Intendenciales de Higiene, de forma que dichas direcciones respondían directamente ante el Ministerio por la buena marcha de los organismos locales de Higiene. Luego, con el Decreto 3842 de diciembre 3 de 1949, esta función se amplió encargando al Ministerio de la organización de la Salubridad Nacional. En cumplimiento de esta función se creó un Departamento de salubridad en el Ministerio y se comenzó un importante proceso de transformación en los organismos sanitarios, que prestarían variados servicios entre ellos: higiene personal, medicina preventiva, medicina curativa, higiene del ambiente y control de endemias. Además se dio una incipiente prestación de servicios por niveles de atención mediante la creación de puestos de salud, centros de salud, y Direcciones Municipales y Departamentales de Higiene, cada una con unas competencias y un personal de acuerdo a la población atendida. Otro importante logro derivado de esta nueva función adoptada por el Ministerio resultó de la elaboración del mapa sanitario de la República, empleado como metodología para la focalización de la población a atender, así como la creación del servicio de Salubridad Rural, organizado por el Ministerio, que amplió la cobertura de atención en salud pública.

Como conclusión se puede señalar que la adopción de esta nueva función en salubridad le significó al país un importante desarrollo por todos los logros ya mencionados, a través de la descentralización administrativa territorial que más tarde, a través del Decreto 2273 de septiembre 24 de 1952, fue también de índole financiera al obligar a los municipios con

capacidad económica a sostener las respectivas Direcciones Municipales de Higiene. También se destaca en la normatividad, que por Decreto 95 de 1951 la división de enfermedades comunicables, lo mismo que la de venéreas y de sanidad portuaria, fueron incorporadas al Departamento de Salubridad Nacional, lo cual implicó que los organismos de salubridad existentes en el territorio colombiano asumieran la ejecución de esas funciones y que las acciones en esta materia dejaran de ser aisladas, alcanzando una mayor integración de los servicios de salubridad.

- **Organizar la asistencia pública.** Ya en 1947 mediante el Decreto 25 de enero 9, el Ministerio de Higiene había asumido funciones en lo referente a la asistencia pública, sin embargo, en el periodo de estudio ocurrieron importantes avances en esta materia. En primer lugar, durante la administración de Jorge Bejarano se dio la separación entre la higiene y la asistencia pública y previsión social porque con el Decreto 408 de febrero 4 de 1947, se modificó la existente División de Asistencia Pública y Previsión Social, creando el Departamento del mismo nombre, como dependencia directa del Ministerio; con ello, se extrajo a la asistencia pública de las divisiones técnicas del Ministerio, donde se hallaba junto con otras a cargo de la higiene. Esta separación se considera importante en el proceso de institucionalización de la salud pública por cuanto evitará que la función del Estado se limite a las acciones prestadas a quienes carezcan de medios de subsistencia o a la atención de las instituciones de utilidad común, como venía ocurriendo, y se oriente hacia el desarrollo de servicios de salubridad de cobertura nacional, yendo más allá de la campaña de erradicación para presionar hacia formas de integración de los servicios preventivos y curativos de los Centros Mixtos de Salud (Hernández, 2000: 19-20) y como consecuencia de dicha separación, en adelante la salubridad y la asistencia pública se desarrollaron con total autonomía y fueron ganando sus propios éxitos en materia legislativa.

Por su parte, el Ministro Pedro Eliseo Cruz hizo su aporte al imprimir dentro de las funciones del Ministerio un interés por la extensión de la cobertura de los servicios de asistencia pública hacia las grandes masas de población y en especial, hacia ciertos grupos vulnerables mediante la creación del Instituto Nacional de Puericultura, por medio del Decreto 2378 de julio 18 de 1947 y el Instituto Nacional de Nutrición, por la Ley 44 de diciembre 15 de 1947.

Finalmente, se debe destacar que el mayor avance en las funciones del Ministerio respecto a la dirección de la asistencia pública nacional se dio durante la administración del doctor Jorge Cavellier, quien diseñó un sistema mediante el cual el Ministerio ya no se limitaba a la supervigilancia de las instituciones de utilidad común, sino que además asumía la organización de la asistencia hospitalaria en el país, para lo cual debía elaborar el plan hospitalario nacional, tal como lo estipuló el Decreto 2554 de julio 28 de 1950. De igual forma, el Decreto 2727 de agosto 16 de 1950, con la zonificación hospitalaria del país, asignó nuevas competencias al Ministerio en la implementación de estrategias para la ampliación de cobertura, la focalización y la administración hospitalaria.

Además de los anteriores decretos, deben citarse otros sobre los cuales se asignaron nuevas funciones al Ministerio, entre ellas, sobre fiebre amarilla, con el Decreto 322 de febrero 15 de 1949; sobre campaña anticancerosa, con el Decreto 1234 de junio 5 de 1951; y sobre el Servicio del Ferrocarril del Río Magdalena, mediante Decreto 99 de enero 17 de 1953, los cuales pueden consultarse en el Anexo D.

Sin embargo, en el proceso, el Ministerio debe también restringirse de actuar en ciertos ámbitos, en los que tradicionalmente se actuaba y no solo asumir y apropiarse otros que no habían sido considerados (Barrera, et al., 2008: 97). En nuestro caso, en la trayectoria 1946-1953, el entonces Ministerio de Higiene se transformó en un proceso que implicó no solo la adscripción de funciones sino también, la delimitación de sus parámetros de acción,

evidenciado en la supresión o modificación de funciones, entre ellas las de: Policía Sanitaria Nacional; registro de toxicómanos; vigilancia de los servicios administrativos de los lazaretos; organización de la estadística nacional; campaña entre el clero¹¹³, el cuerpo médico nacional y los hospitales para el denuncia obligatorio de las enfermedades; organización de exposiciones de higiene; control, planeamiento y funcionamiento de todas la obras sanitarias que se llevan a cabo en el país, entre otras. Para la consulta de los decretos por los cuales se efectuaron tales cambios se remite al Anexo D.

Así pues, el Ministerio comienza a sufrir modificaciones en su estructura tal como se apreció en la trayectoria institucional, pues año tras año se van creando, suprimiendo o fusionando sus dependencias a través de un largo proceso normativo (Anexo B).

Aunque ya se documentaron en cada caso particular las consideraciones que motivaron a los legisladores a tales cambios, estas se podrían resumir de la siguiente manera:

- Necesidad de una instancia especial que asuma determinadas funciones y facultades.
- Nacionalización de los servicios.
- Influencia de organismos internacionales y obligación en el cumplimiento de convenios.
- Interés de centralización de funciones.
- Evitar duplicación de funciones y establecimiento de mayor coordinación interna.
- Ajuste entre las funciones de la instancia y su denominación.
- Déficit en los recursos y el personal.
- Poca eficiencia administrativa y funcional de las instancias existentes.

De otra parte, se debe resaltar que en la trayectoria institucional los Institutos dependientes del Ministerio de Higiene, también tuvieron cambios en su estructura, que respondieron algunas veces a la necesidad de especialización en las áreas de investigación o al mejoramiento de su capacidad científica y en otros casos a la necesidad de facilitar sus procesos administrativos. Por ejemplo, en el Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez”, se creó la Sección de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos, la Sección de Virus, la Sección de B.C.G. y por disposición del Gobierno Nacional se le adscribió el Laboratorio de Investigación y Diagnóstico que dependía del Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Así mismo, el Instituto Nacional de Radium, sufrió modificaciones con la organización de sus secciones por Decreto 1234 de junio 5 de 1951, su posterior reorganización en 1952 y su cambio de nombre a Instituto Nacional de Cancerología y la reorganización de sus dependencias en 1953.

¹¹³ En cuanto a las relaciones con la Iglesia, siempre fueron muy estrechas debido al arraigado catolicismo que caracterizó al conservatismo colombiano, por lo tanto, alrededor de 1949, debido a la incapacidad del Ministerio de Higiene de asumir la totalidad de sus funciones de asistencia pública, la Iglesia participó en el manejo de 11 hospitales (Cavelier; 1949b:18). Al parecer, el clero también apoyaba las funciones de higiene, prestando su colaboración en la tarea educativa, para lo cual el SCISP remitía material educativo periódicamente a las direcciones de las parroquias y realizaba visitas a estas informando sobre las actividades, siempre bajo la autorización del Obispo de la Diócesis y el Vicario (Roger, 1952 :47). Pero poco a poco las labores técnicas que desempeñaban las comunidades religiosas fueron reduciéndose al igual que su permanencia al frente de las instituciones, porque su trabajo en estas materias fue considerado mediocre y en algunos casos obstaculizante (Cavelier; 1949^a: 16).

Por su parte el Instituto de Enfermedades Tropicales “Roberto Franco” se nacionalizó por Decreto 1162 de abril 27 de 1949, se fijó su dirección técnico-administrativa por Decreto 983 de abril 16 de 1953 y por el mismo Decreto asumió la dirección del Instituto de Estudios Especiales “Carlos Finlay”.

También, se debe mencionar la creación del Instituto Nacional de Nutrición e Investigaciones Fisiológicas, mediante Ley 44 de diciembre 15 de 1947.

Esta dinámica institucional, refleja que la salud pública se fue abriendo paso al interior del Ministerio de Higiene, alcanzando un mayor desarrollo, que el que se tenía en esta materia, al momento de la creación del Ministerio de Higiene. Dicho desarrollo estuvo relacionado con la nacionalización de los servicios de salud pública en Colombia, pero el reajuste estructural en la organización solo se dio hasta 1953, cuando finalmente se creó el Ministerio de Salud Pública. A la vez permite comprender que la institucionalización es un proceso histórico, pues como se verá, varios de los cambios aquí señalados se conservarán en la estructura organizacional del nuevo Ministerio.

6.2 Un Ministerio de Salud Pública en Colombia

A comienzos del año 1953 los indicadores de salud mostraron algunos avances a los registrados en la década del 40, los desarrollos en la infraestructura se hicieron evidentes al punto que el país ya contaba con 498 organismos sanitarios (Jiménez, 1952: 25), pero en efecto, la mortalidad debida a la violencia continuaba siendo elevada, ocasionando más de ocho mil muertes en ese año y en esto la coyuntura sociopolítica del momento jugó un papel decisivo, cuyo conocimiento permite explorar simultáneamente algunos de los objetivos planteados para el Ministerio de Salud Pública con su creación.

Frente a la confirmación de Roberto Urdaneta Arbeláez como Presidente encargado el 5 de noviembre 1951, los colombianos guardaban la esperanza de que el nuevo Presidente sería un cambio positivo que pondría fin a la violencia, sin embargo, pese a las conversaciones de Urdaneta con la guerrilla, esto no fue posible pues los líderes guerrilleros sabían que Laureano estaba detrás del mando presidencial y habían jurado no negociar hasta que este dejara el poder (Henderson, 2006: 521).

En el año de 1952, la violencia continuó extendiéndose y parecía escapar progresivamente al control de las élites tradicionales. Por su parte, las relaciones entre los dirigentes de los partidos Liberal y Conservador estuvieron en su peor momento, mientras que la escena política estuvo ocupada por el intento de reforma constitucional¹¹⁴ con la que Laureano Gómez pretendió imponer su ideología legal y social a la nación (Henderson, 2006: 516), para lo cual tenía a su total servicio una Comisión de Estudios Constitucionales¹¹⁵ y al Congreso que instaló en 1951 (Pardo, 2008: 26). Pese a la satisfacción expresada por Laureano Gómez con el trabajo realizado por los redactores de su proyecto de constitución, al ser publicada, esta sólo recibió apatía y crítica generalizada.

¹¹⁴ Para un análisis detallado de la reforma ver: Pardo Mota Diego Nicolás. Laureano Gómez Castro y su Proyecto de Reforma Constitucional (1951-1953), Bogotá, Universidad del Rosario, 2008.

¹¹⁵ El Decreto 1338 de 1952 creó la Comisión de Estudios Constitucionales y reglamentó su funcionamiento. La Comisión estaría integrada por once miembros, designados por el gobierno y por los presidentes de Senado y Cámara.

En el transcurso de este año el orden público continuó deteriorándose y Colombia era un “erial¹¹⁶ político” a comienzos de 1953 (Henderson, 2006: 526). Las operaciones militares se ampliaron en los Llanos Orientales donde se habían instalado varios millares de guerrilleros liberales (Pécaut; 2001: 579) y la violencia conservadora se mantuvo a través de las acciones de la policía “chulavita” que promovía el clima de terror en la masas campesinas (Pécaut; 2001: 594).

En enero de 1953, ocurrió el ataque a la base aérea de Palenquero, con la que los hostigamientos de la guerrilla liberal llegaban cada vez más cerca a Bogotá. Las masacres se extendieron al oriente del Tolima y Sumapaz y en febrero se desarrollaron cruentos combates en estos dos lugares. En marzo tuvieron lugar unas elecciones con abstención liberal y como muestra del autoritarismo presidencial, el Gobierno prohibió una manifestación de conmemoración del 9 de abril de 1948 que estaban organizando los seguidores de Mariano Ospina Pérez en la Plaza de Bolívar de Bogotá. Frente a la prohibición, el evento fue reprogramado para el día 11 de abril de 1953, fecha en la cual se anunció que se lanzaría la candidatura presidencial de Ospina Pérez para las elecciones de 1954. Llegada la ocasión, que tuvo lugar en un restaurante de Bogotá llamado “Temel”, el candidato lanzó serias críticas dirigidas contra Laureano Gómez y su gobierno. Este último se defendió prontamente en un discurso radial y en varios artículos publicados en *El Siglo*, uno de los periódicos conservadores de mayor importancia de la época. Inició así un intenso debate político entre Ospina y Gómez, que reveló la vuelta a la escena política del Presidente que muchos creyeron, no se recuperaría de su enfermedad. El intercambio continuó en la prensa y el 16 de abril, el periódico *El Tiempo*, publicó en uno de sus artículos titulado “*Nueva embestida del Siglo contra Ospina*”, una defensa contra los argumentos presentados por este diario:

El siglo ha continuado la ofensiva contra el ex presidente candidato [Mariano Ospina], por sus declaraciones del sábado pasado. Nuevamente trata ayer este periódico de descubrir “aspectos liberalizantes e indoctrinarios” en el ex presidente y otra vez hace violenta crítica a los conceptos por él expresados en su discurso del 11 de abril en el restaurante “Temel” (El Tiempo, Abril 16 de 1953: 15).

Al día siguiente, el mismo periódico informaba en otro artículo titulado “*Tensión conservadora por la declamación del doctor Gómez*” que como resultado de la confrontación se había producido una crisis ministerial, el artículo anunciaba que:

El ministro de correos y telégrafos, doctor Carlos Albornoz, manifestó a un redactor de este diario que la crisis ministerial se produciría a mediados de la semana entrante. Expresó el ministro que era casi seguro que la renuncia colectiva fuese presentada al jefe del ejecutivo el viernes próximo, indicando que aún no había acordado si el ministro de gobierno la presentaba por separado, asunto éste el más probable (El Tiempo, Abril 17 de 1953: 9).

Aunque en la noticia no se informaba quienes serían los ministros que permanecerían frente a su despacho, si se anunció que el Ministro de Higiene, doctor Alejandro Jiménez Arango había reiterado su decisión de retirarse a ejercer la medicina, pero manifestó su lealtad al presidente Gómez cuando afirmó que en cuanto a él, cumpliría lo que dispusiera el primer mandatario (El Tiempo, Abril 17 de 1953: 9).

Pero este ambiente de tensión política no opacaría el surgimiento del primer Ministerio de Salud Pública pues la noticia de la expedición del Decreto 984 del 16 de abril de 1953, orgánico de las dependencias, personal y asignaciones, apareció en primera plana del mismo

¹¹⁶ Término empleado por James D. Henderson (2006), que significa cualquier cosa material o espiritual desagradable o de la que no se puede sacar provecho.

periódico al día siguiente. El diario *El Tiempo*, en su edición del 18 de Abril de 1953 bajo el título “*Creado Ministerio de Salud Pública, Mediante Decreto*” informaba que:

Por medio de decreto del órgano ejecutivo, se modificó el nombre del Ministerio de Higiene, que en adelante se llamará Ministerio de Salud Pública y se constituyeron las respectivas dependencias. En total el Ministerio de Salud Pública tendrá seis dependencias, incluido el servicio médico del ferrocarril del Magdalena (El Tiempo, Abril 18 de 1953: 1).

Posteriormente, la noticia se desarrollaba en la página 23, en la cual se afirmaba que el Decreto también establecía las secciones y fijaba el sueldo para todo el personal del servicio, de acuerdo a lo cual, el Ministro tendría en adelante un sueldo mensual de \$ 3.000.00. Además listaba todas las dependencias del nuevo Ministerio, así como las modificaciones a institutos y entidades dependientes del mismo, como el Instituto Roberto Franco, de Villavicencio y el Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay (El Tiempo, Abril 18 de 1953: 23).

Así pues, la creación del Ministerio se dio al final, mediante un procedimiento legal, en el cual un actor específico tomó la decisión (Roth, 2002: 75). En este caso en particular, correspondió al Presidente encargado, Roberto Urdaneta Arbeláez; al Ministro de Hacienda y Crédito Público, Antonio Álvarez Restrepo; y por supuesto al Ministro de Higiene, Alejandro Jiménez Arango; plasmar su firma en el Decreto por el cual se creó el Ministerio de Salud Pública. Según Roth (2002) este acto simbólico “se constituye en un acto de legitimación que atribuye a la nueva decisión una fuerza particular” (Roth, 2002: 75).

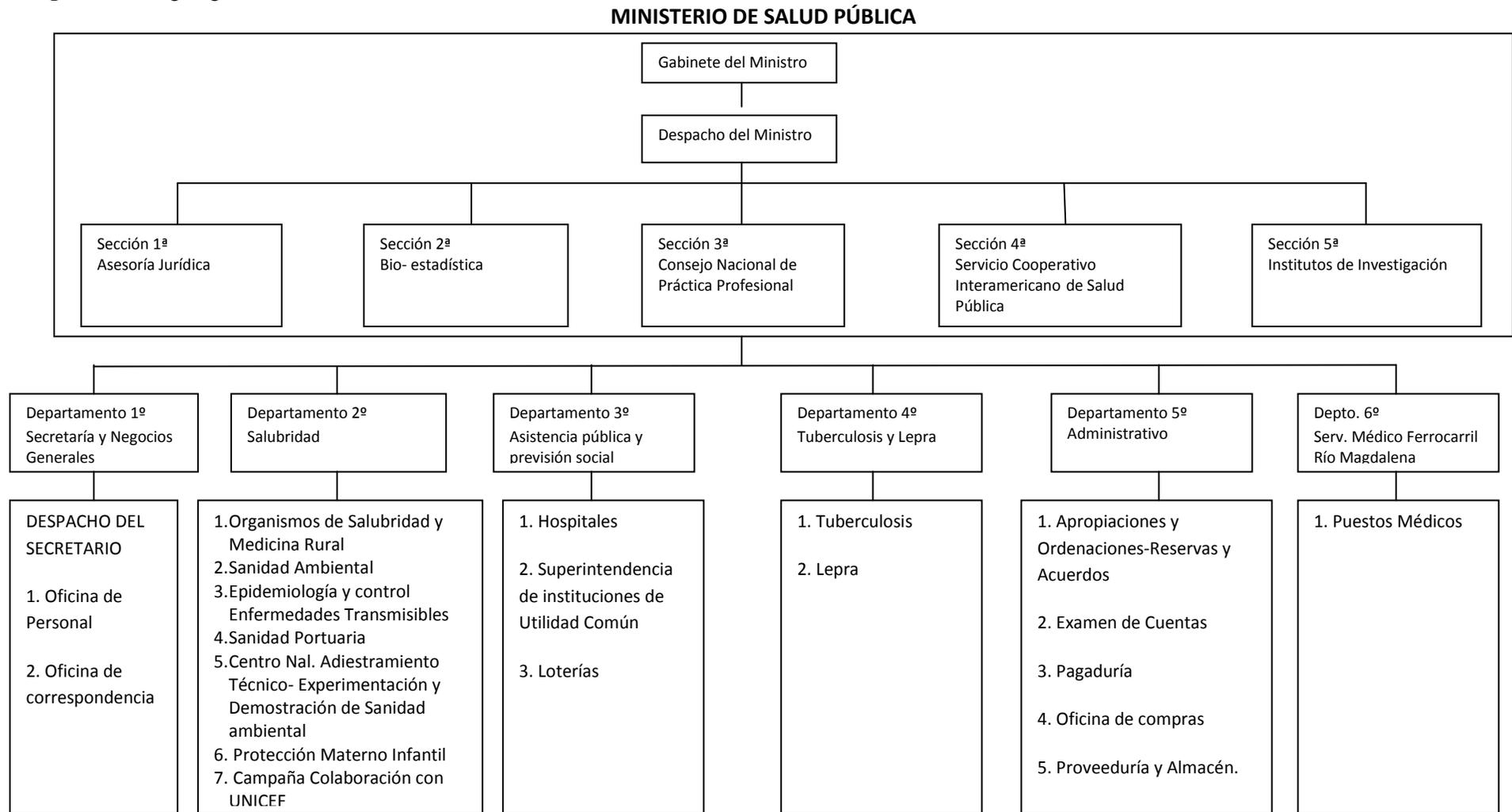
Con ello, se puede decir que el doctor Laureano Gómez había alcanzado uno de sus objetivos en el propósito de enderezar las instituciones fundamentales de gobierno, antes de que el poder le fuera arrebatado mediante un golpe de Estado, el 13 de junio de 1953¹¹⁷.

Pero el golpe militar no afectó la estructura del nuevo Ministerio de Salud Pública (Figura 6-1), pues esta habría de mantenerse hasta 1960, cuando fue reorganizado, entre otras causas, por el interés del Gobierno Nacional de delegar a los entes territoriales mayores funciones en el estudio y solución de los problemas sanitarios locales; por la influencia de la introducción del nuevo concepto de salud de la OMS¹¹⁸, que llevó a pensar en un reasignamiento de funciones a la institución; y por una serie de problemas que presentaba en su funcionamiento, como la falta de presupuesto, la insuficiencia de la labor sanitaria y la deficiencia hospitalaria (Ministerio de Salud/OPS; 1979 :40).

¹¹⁷ Para profundizar sobre el golpe de Gustavo Rojas Pinilla, ver (Henderson, 2006:529-533)

¹¹⁸ El nuevo concepto de salud según la OMS, era: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, de incapacidad o de invalidez”

Figura 6-1: Organigrama del Ministerio de Salud Pública en 1953



Fuente: Ministerio de Salud República de Colombia & OPS (1979) Historia Social de las Instituciones de salud en Colombia. Bogotá, OPS: 36

6.3 ¿En qué cambió el Ministerio?

Ahora interesa saber qué fue lo que realmente cambió con la creación del Ministerio de Salud Pública, para ello, se hace necesario compararlo con su antecesor, el Ministerio de Higiene en varios aspectos y verificar a la vez si el cambio coincidió con lo propuesto por la Misión Currie.

6.3.1 Estructura organizacional

La comparación que se presenta a continuación se hizo utilizando la organización formal del Ministerio de Higiene en 1953, justo antes de que se produjera el cambio. Así se evidencia que no solo hubo un cambio de nombre sino que se dio una reorganización administrativa como sigue:

En el Ministerio de Salud Pública se crearon siete dependencias: el Gabinete del Ministro y seis Departamentos. Esta organización correspondía totalmente a la propuesta de la Misión Currie que había sugerido que el Ministro debería entenderse directamente, solo con los Jefes de siete dependencias, en vez de veinte, como ocurría hasta entonces (Currie, 1952: 289).

A su vez, el Gabinete del Ministro, se organizó en 5 secciones: 1ª: Asesoría Jurídica, 2ª: Bioestadística, 3ª: Consejo Nacional de Práctica Profesional, 4ª: Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, y 5ª: Institutos de Investigación.

En el Ministerio de Higiene, estas 5 secciones quedaban organizadas por fuera del despacho ministerial, por lo cual, el cambio introducido coincidía con el interés del presidente Laureano Gómez de fortalecer el poder del ejecutivo, desarrollando un fuerte Gobierno central. Coincidía también con las recomendaciones de la Misión Currie de darle al Ministro una mayor capacidad en la toma de decisiones y una mayor gobernabilidad de los asuntos que antes estaban más distanciados de sus labores inmediatas (Currie; 1952: 267-269). Pero llama la atención que se está tratando de posicionar al SCISP en la dirección de la estructura sanitaria nacional, otorgándole un mayor control sobre las reglas formales de la institución, sobre la información sanitaria disponible, sobre la práctica del talento humano y sobre el desarrollo científico de la salud pública en Colombia.

En cuanto a las cinco secciones del Gabinete del Ministro, se encuentra que en el Ministerio de Higiene ya existía un Departamento Jurídico y una División Técnica de Bioestadística, siendo la única variación su denominación como secciones 1º y 2º, ahora en el Ministerio de Salud Pública. Respecto a esta última División, no se siguió la recomendación de la Misión Currie de cambiarle el nombre por el de “Oficina de Estadística” .

Por su parte, en la sección 3º, quedaba el Consejo Nacional de Práctica Profesional que ya había sido creado con anterioridad por el Ministro Alejandro Jiménez Arango en cumplimiento de la sugerencia del plan Currie de garantizar una “preparación de un personal profesional más eficiente y numeroso” (Currie, 1952: 282).

Adicionalmente, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública salió de la Dependencia de Organismos Internacionales, donde estaba ubicado en el Ministerio de Higiene para quedar como Sección 4º del gabinete del Ministro de Salud Pública, cumpliendo de esta forma con la recomendación de Lauchlin Currie de velar por un “aprovechamiento de los organismos internacionales en beneficio de la administración” (Currie, 1952: 288).

Finalmente, los institutos de investigación fueron unificados en la Sección 5°, ya que venían operando de manera aislada el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay, el Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco y el Instituto de Higiene Samper Martínez. Este cambio daba cumplimiento a una de las recomendaciones de la Misión Currie que hasta la fecha no se había efectuado (Currie, 1952: 278).

Ahora, abordando los seis departamentos del Ministerio de Salud Pública, estos reflejan una reorganización de las diferentes dependencias ya existentes en el Ministerio de Higiene. A continuación se analiza cada uno de ellos.

Departamento 1°: Secretaría y Negocios Generales. La única novedad que se observa es la nueva denominación como departamento, puesto que la misma secretaría ya existía en el Ministerio de Higiene. Además, se debe mencionar que en este caso no se siguió la recomendación de la Misión Currie de suprimir el cargo de Secretario General y reemplazarlo por el de Ministro Delegado o Adjunto (Currie, 1952: 289).

Departamento 2°: Salubridad. Con la creación del Ministerio de Salud Pública, este departamento es reorganizado y en esencia se conserva su estructura, pues permanece la separación entre la salubridad y la asistencia pública. El cambio consiste en agrupar a los organismos de salubridad y a la medicina rural en la sección 1° de este departamento, pues eran dos secciones separadas. A esta sección también se le otorgan las funciones de la sección de Odontología Sanitaria del Ministerio de Higiene, la cual fue suprimida. Se creó como sección 3° la de Control de Enfermedades Transmisibles, debido a que al Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene venía cumpliendo las funciones correspondientes, sin tener una sección especialmente destinada a ello. En esta sección también se ubicó la ya existente Sección de Epidemiología y la campaña antivenérea, porque la lucha contra estas enfermedades venía siguiendo los mismos lineamientos del control de las enfermedades comunicables, con algunas variaciones en la práctica (Cavelier, 1949a: 46). También el cambio incluyó la eliminación de la División de Higiene Materno Infantil que era una División Técnica del Ministerio de Higiene, por su duplicación de funciones con la Sección de Protección Materno infantil del Departamento de Salubridad, ahora ubicada como sección 6° del Ministerio de Salud Pública. Además se creó la sección 7°, de la Campaña en Colaboración con UNICEF, pues desde el 15 de marzo de 1950 se había firmado un convenio entre el Gobierno de Colombia y la UNICEF, para el desarrollo de una campaña de vacunación contra Tos ferina-difteria y las labores se venían llevado a cabo sin que para ello existiese una dependencia especial en el Ministerio. Las secciones 2°, de Sanidad Ambiental, 4° de Sanidad Portuaria y 5° del Centro Nacional de Adiestramiento Técnico- Experimentación y Demostración de Sanidad ambiental, no fueron modificadas. Finalmente se debe resaltar que no fue seguida la recomendación de la Misión Currie de cambiarle el nombre a esta dependencia por el de División de Medicina Preventiva y Servicios Locales, tampoco se creó la Sección de Servicios Locales, pues la sección 1° fue llamada Organismos de Salubridad y Medicina Rural, y la Sección de Epidemiología no se mantuvo como una sección independiente.

Departamento 3°: Asistencia Pública y Previsión Social. Este Departamento cuando fue creado en 1947 se organizó con las siguientes secciones: Instituciones de Utilidad Común; Seguro Social; Servicio Social y Estadística de Necesidades, Planes y Construcciones de Edificios u Obras Asistenciales; Organización de Servicios de Emergencia para Catástrofes; Coordinación con las Divisiones Técnicas, la Cruz Roja Nacional y los Ministerios; pero por motivos diferentes no todas entraron en funcionamiento. Luego, en 1950 se creó la Comisión Técnica Asistencial en este Departamento y así permaneció hasta el surgimiento del Ministerio de Salud Pública con el cual hubo un cambio total, pues ninguna de las secciones mencionadas se conservó y solo fueron creadas tres secciones nuevas: la Jefatura, la Superintendencia de Instituciones de Utilidad Común y la Sección de Loterías. Al parecer, la Superintendencia fue creada en reemplazo de la Inspección Nacional de Salubridad y Asistencia Pública, que existió hasta entonces como una División Técnica del Ministerio de Higiene. En cuanto al plan Currie,

se evidencia que no se siguió la recomendación de llamar a este Departamento “División de Asistencia Médica y Social”, dejándole el mismo nombre que traía del Ministerio de Higiene y tampoco se efectuó el enlace propuesto con el ICSS.

Departamento 4º: Tuberculosis y Lepra. El cambio radicó en que dejó de ser una División Técnica del Ministerio de Higiene para convertirse en un Departamento del Ministerio de Salud Pública, con lo que se observa que estas dos enfermedades continuaban ocupando un capítulo esencial de la salubridad pública y por tanto ameritaban un trato independiente.

El Departamento 5º: Administrativo. No hubo cambios en esta dependencia.

El Departamento 6º: Servicio Médico Ferrocarril Río Magdalena. Este Departamento no sufrió modificaciones dado que había sido recientemente creado en el Ministerio de Higiene por el Decreto 99 del 17 de febrero de 1953.

En términos generales se puede decir que con la creación del Ministerio de Salud Pública se dio mayor énfasis a la dirección, al ampliar el control de una gama de asuntos en el despacho del Ministro. Además se observa una reorganización destinada a limitar el número de dependencias, para lo cual se reubicaron las Divisiones Técnicas, los Organismos Nacionales e Internacionales de Higiene, al interior de las 7 dependencias del nuevo Ministerio. Finalmente, se puede concluir que en la estructura organizacional no hubo cambios drásticos dado que en la trayectoria institucional ya se había perfilado esta organización.

Estamos hablando entonces, que con la expedición del Decreto 984 del 16 de abril de 1953 se comenzó a llamar al Ministerio con un nombre que se ajustaba más al perfil funcional del mismo y en cuanto a su estructura, reflejaba el resultado de un proceso de institucionalización de la salud pública, pues en sus dependencias, el Ministerio ya no tenía Escuela Superior de Higiene, ni Organismos Internacionales y Nacionales de Higiene, ni Divisiones Técnicas de Higiene, ni Departamento de Coordinación de Higiene, sino que ahora tenía Departamento de Salubridad, Organismos de Salubridad y Medicina Rural, Sanidad Ambiental, Epidemiología y control Enfermedades Transmisibles y un Centro Nacional Adiestramiento Técnico-Experimentación y Demostración de Sanidad Ambiental encargado de la preparación de personal en salud pública, entre otros.

Este cambio en las Dependencias del Ministerio, es el reflejo de un desplazamiento de los intereses hacia ciertas áreas de la salud pública como la epidemiología, la ingeniería sanitaria y la bioestadística y muestra la prioridad que se dio progresivamente a este nuevo enfoque atendiendo una amplia gama de actividades como las inmunizaciones, el control de brotes epidémicos, la pesquisa de fuentes de contagio, la pesquisa de contactos, el descubrimiento y tratamiento de portadores, las encuestas epidemiológicas, la revisión y tabulación de los datos estadísticos para la toma de decisiones, la planeación y la destinación de recursos más acorde con la evidencia científica que arrojaban dichas áreas.

Los factores que determinaron este cambio en la estructura, en el perfil funcional y en el nombre del Ministerio se han dilucidado en el desarrollo de este estudio, pero en este punto conviene entrar a delimitarlas, antes de continuar con el análisis de otros aspectos que cambiaron en la institución. Así pues dentro de los factores promotores del cambio se encuentran los siguientes:

- **Integración a procesos internacionales:** La influencia política y económica que ejerció Estados Unidos en América Latina después de la Segunda Gran Guerra, implicó que el Estado colombiano se interesara por la modernización y la integración al mercado mundial, por lo cual debió asumir modificaciones en su dinámica local y global. En este sentido, los ministerios como eje central de la actividad del ejecutivo fueron blanco de

reformas. A través de una misión económica, el Banco Mundial sugirió cambios gubernamentales como prerrequisito para lograr una utilización más eficiente de los recursos en Colombia, dentro de los que estuvo el cambio del Ministerio de Higiene por uno de Salud Pública. Adicionalmente, Estados Unidos tenía intereses de crear defensa hemisférica, por tanto utilizó la cooperación técnica con el fin de garantizar aliados en los países latinoamericanos, intención que fue aceptada por los gobernantes de Colombia, sin ningún reparo, pues tanto Ospina como Gómez se valieron de esta cooperación para garantizar la modernización de la salud en Colombia que supuso la negociación con el modelo de la salud pública norteamericana. Respecto a la cooperación técnica de entidades internacionales de salud pública que requirió el Ministerio de Higiene se incluyen la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana, el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (UNICEF), la Fundación Rockefeller y el Instituto de Asuntos Interamericanos de Washington, representado por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (Carvajal, 1952: 13).

- **El desarrollo macroorganizacional sectorial:** Toda organización hace parte de un campo organizacional y dentro de este a un sector social, los cuales le marcan pautas de comportamiento (Barrera, et al., 2008: 49). En Colombia con el surgimiento del Instituto de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión Social y el Ministerio de Higiene, se había dado una nueva configuración en la estructura del sector salud donde el Ministerio asumió sus propias funciones, de acuerdo con el objeto que la sociedad le asignó. Con el tiempo, el Ministerio amplió sus ámbitos de intervención al desarrollar la salubridad nacional, por lo cual, el Gobierno bajo sus intereses derivados del auge agro exportador, prácticamente le dio carta abierta al Ministerio, con la política sanitaria. De igual forma, con el regreso del Partido Conservador al poder tras ganar las elecciones de 1945 y después de dieciséis años de Gobiernos liberales, se marcó una nueva pauta en las relaciones entre el Gobierno y el sector salud y especialmente en el mandato de Laureano Gómez la institución se vio favorecida, debido a que este Presidente adoptó el plan Currie como su programa de desarrollo económico en el que se hacían recomendaciones que le atribuían mayor autonomía institucional y fortalecían la toma de decisiones en la dirección del Ministerio.
- **El ajuste institucional:** En la trayectoria de la institución hay sucesivos desequilibrios localizados y transitorios que provienen de fluctuaciones externas y perturbaciones del propio sistema (Barrera, et al., 2007: 33). Estas dificultades fueron resumidas por el Ministro Alejandro Jiménez Arango en 1952, de la siguiente manera:

Falta de presupuesto adecuado, inadecuada capacitación en salud pública (a pesar de la Escuela Superior de Higiene); incumplimiento de los municipios y departamentos en los contratos con el Ministerio de Higiene; crítico problema hospitalario, por deficiencia de los existentes en cuanto a drogas y servicios médicos asistenciales adecuados; dudosa efectividad o comprobada ineficacia de los medicamentos que se expenden al público a pesar de las abundantes disposiciones existentes y diversas disposiciones existentes en medicina y odontología, las que han dado lugar a numerosos litigios, llegando a ejercer dichas profesiones individuos que no están lo suficientemente preparados (Ministerio de Salud, OPS; 1979: 36).

Aunque la creación del Ministerio de Salud Pública no significó la erradicación de estos problemas, sí significó la puesta en marcha de un conjunto nuevo de reglas y de acción social, a partir de lo cual se genera, una relativa estabilidad, porque un repertorio de símbolos y significados fueron reconocidos y utilizados para reducir la incertidumbre y asegurar la regularidad de las relaciones sociales (Chevalier, citado por Barrera, et al., 2007:44)

- **El papel de los actores sociopolíticos:** Aunque está claro que los desarrollos teóricos de la salud pública y su puesta en práctica presionaron una forma de institucionalización específica, también es cierto que las decisiones concernientes al cambio institucional estuvieron inscritas en un proceso sociopolítico en el que los actores jugaron un papel relevante.

Así por ejemplo, el proceso de cambio institucional se vio favorecido porque todos los Presidentes elegidos desde 1945 y durante toda la década del cincuenta se declararon enfáticamente en contra del comunismo y se ajustaron claramente al perfil político requerido de quienes recibían ayuda del Banco Mundial o del Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (Henderson, 2006 [2001]: 483). Los Presidentes siguieron las recomendaciones hechas por las misiones de fomento económico y de administración pública enviadas al país como requisito para la entrega de las ayudas económicas, dentro de las cuales estuvo crear un Ministerio de Salud pública. Por su parte, al presidente Mariano Ospina se le atribuye el haber aceptado las misiones y haber brindado apoyo al desarrollo de las mismas, al presidente Laureano Gómez, el haber adoptado los informes como su plan de gobierno y al presidente encargado Roberto Urdaneta Arbeláez, el haber firmado el Decreto 984 de 1953, por el cual se creó el Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, a pesar de la dificultad de vincular la conducta individual con la institución, a lo largo del documento se ha tomado por cierto que los funcionarios identifican las circunstancias cambiantes de su entorno y se van adaptando a ellas, ejerciendo un liderazgo que promueve el cambio institucional. Sin embargo, se entiende que en el proceso de cambio hay cierta reciprocidad, pues la institución también moldea la conducta del individuo cuando el sujeto se ha identificado con esta y la tiene como un bien valioso. El individuo se interesa entonces en seguir un conjunto de expectativas de comportamiento que la institución define para los individuos ubicados dentro ella y refuerza ese comportamiento considerado “adecuado” y sanciona el “inadecuado” (Peters: 2003: 52).

En este sentido, se pueden citar algunos ejemplos del modo en que el individuo moldea la institución y a la vez es moldeado por ella. Respecto al primer caso, la creación de dependencias en el Ministerio estuvo sujeta en ciertas ocasiones a la voluntad política de algún actor con la influencia y la capacidad específica de generar el cambio. Como ejemplo está, que la idea de crear un Ministerio de Salud Pública nació de un grupo de personas representantes de Gobierno estadounidense, que tuvieron la misión de proponer una reforma de la rama ejecutiva en Colombia, más conocida como Misión Currie y de los funcionarios del Ministerio de Higiene que los acompañaron en ese trabajo. Luego, el liderazgo fue ejercido por el Ministro Alejandro Jiménez Arango quien anunció su intención de seguir dicha recomendación y a quien en últimas se le atribuye el cambio de nombre a Ministerio de Salud Pública (Peña, 1999: 52), por lo que hablamos aquí de diseño institucional y de acciones conscientes que promovieron el cambio.

Respecto al segundo caso, también es claro que la institución utiliza las normas como medios para estructurar el comportamiento de los individuos. En el tema que nos atañe, el siguiente es un ejemplo de la normatividad que fue expedida en el Ministerio para moldear considerablemente a sus propios funcionarios:

En vista de la notoria falta de preparación en medicina preventiva y salud pública del personal que presta sus servicios en tales Centros de Higiene, se elaboraron las circulares números 56 y 101, que contiene, la primera, normas concretas sobre la manera como un centro de higiene debe ser organizado, y la segunda, las normas que específicamente se deben seguir en cada una de las vacunaciones (Cavelier, 1949b:254).

Respecto a la sanción en el seguimiento de las normas el siguiente texto es ilustrativo:

Sería del caso que el señor Ministro estudiara la posibilidad y conveniencia de que una visita fuera hecha a todos y cada uno de los Centros de Higiene y se estableciera cuáles están prestando un servicio efectivo y cuáles no, de acuerdo con determinadas normas establecidas y que la continuación o clausura de tales organismos no se hiciera sobre la base de recomendaciones o de contratos, sino sobre la base de su efectividad o falta de ella (Cavelier, 1949b: 255).

Pero además de la normatividad que coacciona a los individuos a actuar bajo la lógica de lo adecuado, existen también las rutinas, que tornan más racional el comportamiento de la institución. Dichas rutinas al parecer surgen naturalmente una vez que las personas empiezan a actuar en el ambiente institucional y a medida que se fortalecen y adquieren mayor significado para los participantes, aumenta el grado de institucionalización dentro de la estructura (Peters, 2003: 55). Vale la pena citar un ejemplo, en el cual el Jefe de la División Técnica de Bio-Estadística establece rutinas en la oficina a su cargo:

Durante la última parte del año de 1947, la División Técnica de Bio estadística se limitó a seguir la rutina establecida por las estadísticas que se llevaban en el antiguo Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social (...). Al hacerme cargo nuevamente de dirigir la División, a fines del año 1947, resolví hacer un estudio detallado de los sistemas y orientación de la oficina, tratando de acoplar en lo posible los conocimientos adquiridos por mí en los Estados Unidos, a las necesidades y modalidades del país en lo referente a este importante ramo de la higiene pública (Cavelier, 1949b:283).

Lo mismo manifestaba el Jefe de la División de Enfermedades Comunicables del Ministerio de Higiene en 1949: “Creemos haber impreso un ritmo de actividad a la Oficina, acorde con las necesidades de tecnificación de los servicios de lucha contra enfermedades comunicables en el país” (Cavelier, 1949b:261).

Pero, para no quedarnos con las figuras centrales que intervinieron en el cambio institucional, deben ser tenidos en cuenta otros actores sociopolíticos del Ministerio, que aunque no fueron protagonistas, sí participaron, bajo sus propios intereses en el proceso de institucionalización de la salud pública en Colombia. Estos eran todos los profesionales de diferentes disciplinas que se apropiaron del modelo de la salud pública y tuvieron algún papel en la génesis de ese campo profesional en Colombia.

El médico, la enfermera o cualquier otro profesional fueron accediendo a un nivel de competencia de la disciplina de la salud pública, principalmente a través del proyecto 502 del SCISP, sobre entrenamiento de personal, con el cual se otorgaban becas de especialización en el exterior, principalmente en Estados Unidos de América; y que, una vez de regreso al país, les permitía ocupar puestos de relevancia en el aparato sanitario nacional, desde donde ejercieron el papel de difusores y traductores de las pautas salubristas aprendidas (Eslava, 2004: 52).

Fue por este medio que en 1948, fueron becados once profesionales (Cavelier, 1949b: 143), cantidad que se mantuvo en los siguientes años, de modo que entre julio 1° de 1951 y junio 30 de 1952, el SCISP efectuó entrenamiento en el exterior para diez profesionales, en ingeniería de salud pública, administración de salud pública y carreras afines. Estas becas se continuaron otorgando aún después de la creación del Ministerio de Salud Pública, con lo cual el personal formado en esta materia iba en incremento. Sin embargo, la profesionalización en salud pública también se dio a través de la formación local. El SCISP también efectuó entrenamiento en territorio colombiano, capacitándose mil trescientos cuarenta y nueve profesionales por año (Roger, 1952: 79).

A esto también contribuyó el que las altas directivas del Ministerio exigieran la formación local en salud pública, pues en su función administrativa habían notado se hacía necesario el replanteamiento de las bases formativas del personal que empezaba a ser indispensable para ejercer con eficacia el trabajo sanitario desde el aparato estatal. De lo anterior se tiene como evidencia el siguiente comentario del Ministro Jorge Cavelier:

Con el funcionamiento de la futura Escuela de Higiene podremos contar pronto con personal debidamente preparado para emprender campañas de beneficio colectivo, pues hemos encontrado que la mayor dificultad en campañas higiénicas de esta naturaleza reside en la falta de personal periférico entrenado en salud pública (Cavelier, 1949b: 261).

Con su incremento en número y la consolidación como grupo profesional, los salubristas desarrollaron la capacidad de ejercer el monopolio de la formación en salud pública, para lo cual se valieron de los medios institucionales. Muestra de ello fue la expedición del Decreto 105 de enero 18 de 1950 que estipuló la obligatoriedad de que los profesionales que obtuvieran sus títulos en facultades nacionales o privadas los registraran en la Junta de títulos correspondiente. De esta forma, a través del Ministerio ejercieron un control sobre las universidades y la cantidad de recurso humano existente. Más tarde, a través del Consejo Nacional de Práctica Profesional, encargaron al Ministerio de reconocer los títulos de doctor en Salud Pública, con lo cual se legitimó su práctica y según lo estipulado por el Decreto 883 de 1954, por el cual se exigió que para desempeñar los cargos de Secretario o Director de salud pública, en los departamentos y municipios, se requería ser colombiano, médico graduado o doctor en higiene o salud pública, garantizaron ser quienes llevarían las riendas de la salud pública a nivel nacional.

Además, a través de la institución promovieron su educación continuada, con las comisiones que encargaban a los funcionarios del Ministerio para que se actualizaran en los últimos adelantos de la salud pública a nivel internacional. En el año 1953 se otorgó un importante número de comisiones como se aprecia en el Anexo C.

Paralelamente, los salubristas fueron reclamando, como era de esperarse, la infraestructura propia para el ejercicio profesional. Con este propósito, fue expedido el Decreto 984 de 1953 que creó el Ministerio de Salud Pública, desde donde podían estar al frente de la salubridad a nivel central.

6.3.2 Recurso Humano

Continuando con los cambios que se dieron con la creación del Ministerio de Salud Pública, se encuentra que la reducción en las dependencias no implicó recortes en el personal, pues si bien, en su planta inicial el Ministerio de Higiene contaba con 345 funcionarios del nivel central, ahora, con el Ministerio de Salud Pública esta cifra aumentó a 449. En el Anexo F se realiza una comparación del personal con que fueron organizados ambos Ministerios, el análisis fue hecho tanto por niveles, como por dependencias.

A partir de allí, se extrae que la creación del nuevo Ministerio trajo consigo cambios en la estructura de los recursos humanos, dados por el aumento en el número de funcionarios y de su profesionalización. La Tabla 6-1 resume la cantidad de funcionarios de acuerdo a la clasificación por niveles, que revelan que los cambios del nivel asistencial fueron muy significativos pues tuvo un incremento en 55 personas en el periodo de estudio. Se destaca además el incremento que mostró la planta en el nivel profesional, pues se incrementó en 19 personas y esto refleja a groso modo el resultado del proceso de profesionalización de la Salud Pública que vivió el país. Como conclusión se encontró que todos los niveles mostraron un incremento, excepto el nivel directivo que se redujo en 4 personas.

Tabla 6-1: Cambios en la estructura de recursos humanos en el Ministerio

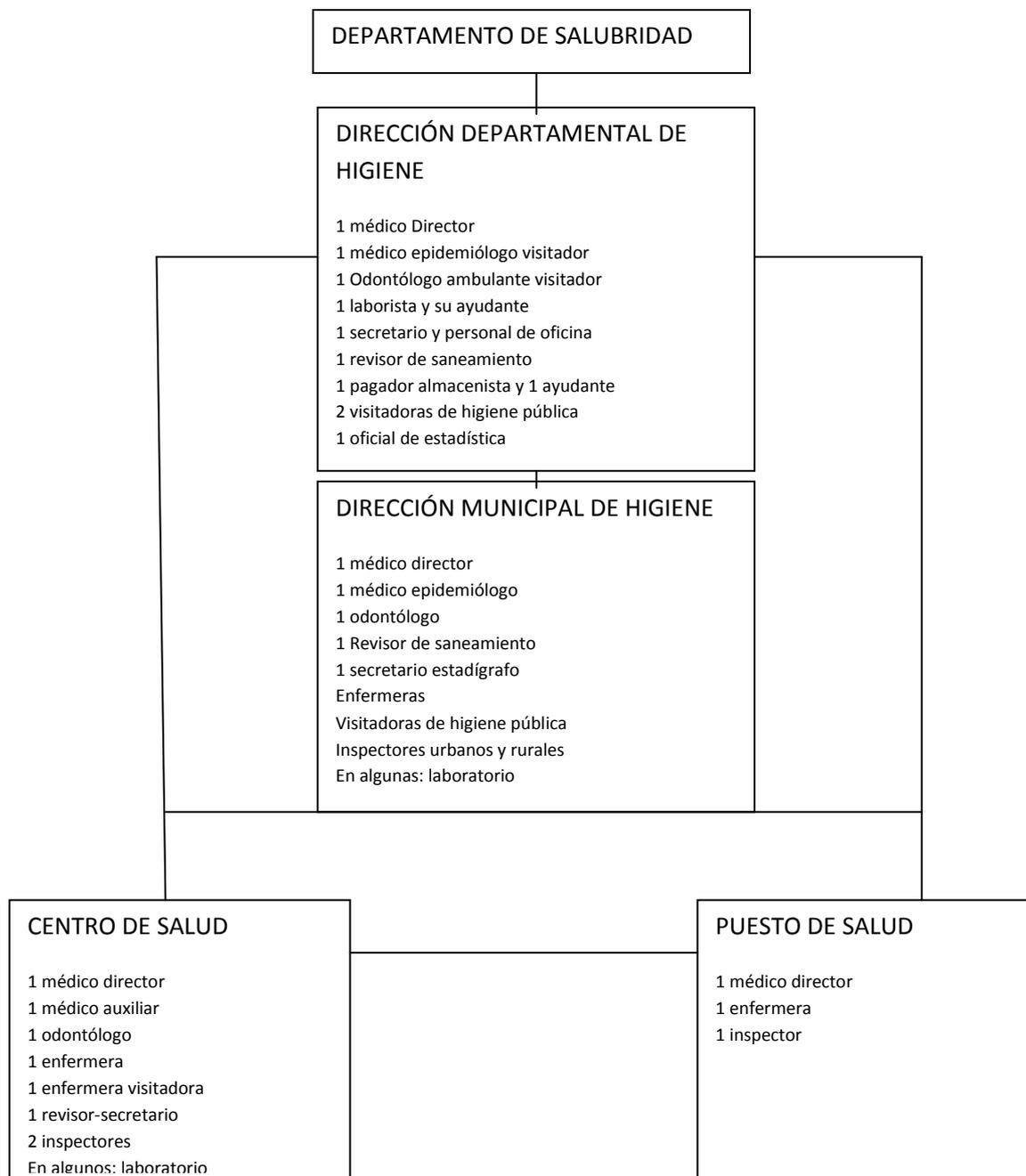
Planta	Directivo	Asesor	Ejecutivo	Profesional	Técnico	Asistencial	Total ¹¹⁹
Ministerio de Higiene	69	0	16	55	92	113	345
Ministerio de Salud Pública	65	3	30	74	109	168	449

En cuanto al análisis por dependencias, se observaron incrementos en el recurso humano en dos de ellas, que fueron: Secretaría y Bioestadística, así como recortes en la planta de las siguientes dependencias: Departamento Jurídico, Enfermedades Transmisibles, Protección Materno Infantil, Tuberculosis y Lepra, Ingeniería Sanitaria y Sanidad Portuaria.

La cantidad de personal asignado a cada dependencia permaneció constante en la trayectoria institucional acontecida entre el 9 de enero de 1947 y el 16 de abril de 1953, excepto en algunos casos en que hubo cambios de nomina por la creación o eliminación de cargos, pero que en cada dependencia siempre fue menor de 3 personas. En el Anexo G se listan los decretos por medio de los cuales se efectuaron estos cambios y otros relacionados con el personal.

Debe terse presente que en el análisis del personal, no se incluyó aquel que desempeñaba funciones en los niveles descentralizados de la organización. Dado que la salubridad Nacional se organizó en Direcciones Departamentales de Higiene, Intendenciales y Comisariales, Direcciones Municipales, Centros y Puestos de salud. La Figura 6-2 da cuenta del recurso humano que desempeñaba funciones a este nivel.

¹¹⁹ En este total no se incluye el recurso humano del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública debido a que se carece de esta información.

Figura 6-2: Organismos de la salubridad nacional

Fuente: Jiménez, Alejandro (1952) Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1952. Bogotá: 18

Para el cálculo del cambio en la cantidad de personal que tenía el Ministerio en el nivel descentralizado de la organización, debe tenerse en cuenta que durante el periodo 1946-1953 se dio un importante incremento en el número de organismos sanitarios. En 1947 funcionaban en la República solo 159 Centros de Higiene, de los cuales 10 eran sostenidos directamente por la Nación y 149 venían funcionando por contratos entre la Nación y los Departamentos. Además estaban los organismos sanitarios que funcionaban por decreto, estos eran: la Campaña Sanitaria de Nariño, el Centro Mixto de salud de la Zona Bananera y los puestos de socorro del

Departamento de Bolívar (Cruz, 1948b: 23). Adicionalmente, Colombia contaba con el Centro de Higiene de Popayán, La Dorada, Buenaventura y el Centro Modelo del Barrio Ricaurte de Bogotá que funcionaban mediante el apoyo del SCISP. Para esta época también funcionaban el Hospital Antivenéreo de Bucaramanga y el Centro de Higiene de Tunja (Cruz, 1947a: 91).

Pero a finales de 1952 había acontecido un crecimiento impresionante de la infraestructura y el total de organismos existentes era de 498, como lo muestra la Tabla 6-2.

Tabla 6-2: Organismos sanitarios del Ministerio de Higiene al finalizar el año 1952

Organismo	Total
Direcciones Departamentales, Intendenciales y Comisariales de Higiene	26
Direcciones Municipales de Higiene	37
Centros de salud	103
Puestos de salud	306
Unidades Móviles	15
Instituto de Higiene Social	6
Oficinas de Sanidad Portuaria	4
Centro Nacional de Adiestramiento Técnico	1
Total	498

Fuente: Jiménez, Alejandro (1952) Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1952. Bogotá: 25

Con el incremento de estos organismos, surgió la necesidad de contar con suficientes directivos preparados en la administración de tales instituciones que muchas veces estuvieron en manos de personas que servían con muy buena voluntad, pero que conocían relativamente poco las cuestiones relacionadas con el funcionamiento de establecimientos de esta naturaleza. En el Capítulo II ya se había comentado la escasez que se tuvo de estos inicialmente, pero este problema vino a resolverse hasta cierto punto con la creación de la medicatura rural, pues en 1951 se afirmaba que:

Los médicos que se han distinguido en este servicio, pasarán a formar parte del Personal de Reserva del Ministerio, dentro del cual serán seleccionados en el futuro los médicos que el ramo de la Higiene Pública necesite para la dirección de nuevas campañas o para la ejecución de planes que se hallan ya en marcha. En esta forma el Ministerio podrá disponer, en cualquier momento, de un equipo de profesionales experimentados y conocedores de la realidad Colombiana (Carvajal; 1952:18).

En efecto, como se había previsto a fines de 1952 ya se contaría con el recurso humano calificado y así lo confirma el Ministro Alonso Carvajal, cuando se refiere a la ejecución del trabajo que realiza el personal al servicio del Ministerio: “Aunque todavía hay deficiencias es notorio el mejoramiento que se ha obtenido gracias a la mejor preparación del personal” (Carvajal; 1952:28).

Además, el personal también fue formado gracias al surgimiento de carreras profesionales afines a la salud pública en algunas universidades del país. Como ejemplo de ello, está la Escuela Superior de Higiene, que en 1951 se incorporó a la Universidad Nacional y luego se transformó en la Escuela de Salud Pública de esta Universidad (Eslava, 2004: 55-57).

6.3.3 Apropiación y uso de recursos financieros

Finalmente, se abordará este tema, pues con la creación del Ministerio de Salud Pública también hubo cambios a este nivel.

En la Tabla 6-3 se muestra el presupuesto nacional y se determina el porcentaje destinado al Ministerio de Higiene en 1947, año en que comenzó a funcionar, hasta el año de 1953, año en el que se creó el Ministerio de Salud Pública.

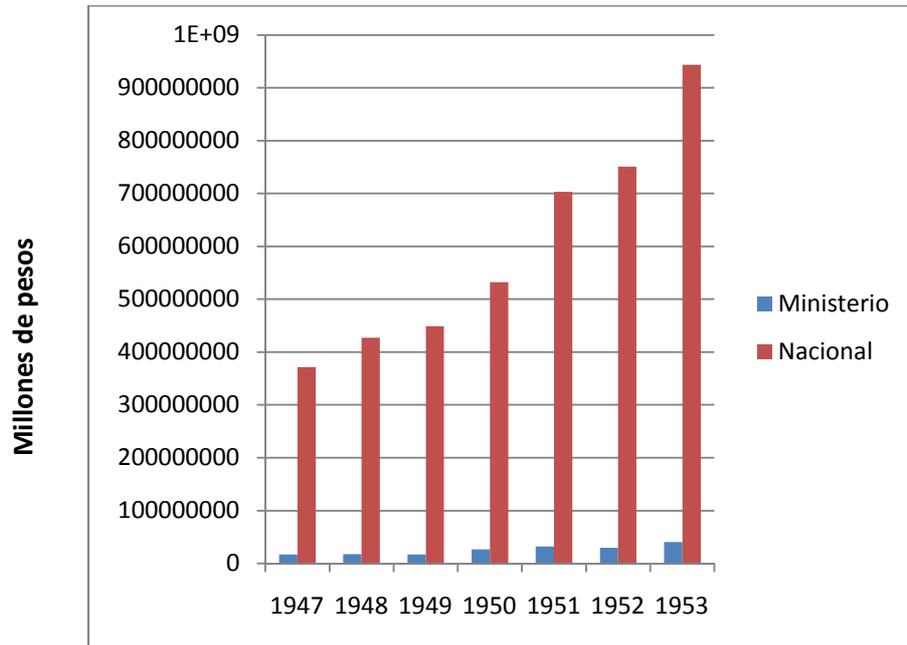
Tabla 6-3: Asignación presupuestal para el Ministerio dentro del presupuesto nacional

Años	Presupuesto nacional	Presupuesto para el Ministerio	porcentajes
1947	371.688.707.36	17.158.792.12	4.6%
1948	427.005.959.61	17.608.000.87	4.1%
1949	449.001.485.46	16.803.683.11	3.7%
1950	532.294.283.61	26.655.774.00	5.0%
1951	703.135.263.36	32.019.577.82	4.5%
1952	750.940.992.44	29.937.860.06	3.9%
1953	943.559.452.86	40.608.046.04	4.3%

Fuente: Llinás, Juan Pablo (1958) Memoria del Ministro de Salud Pública al Congreso Nacional 1958. Bogotá, Imprenta Nacional: 190

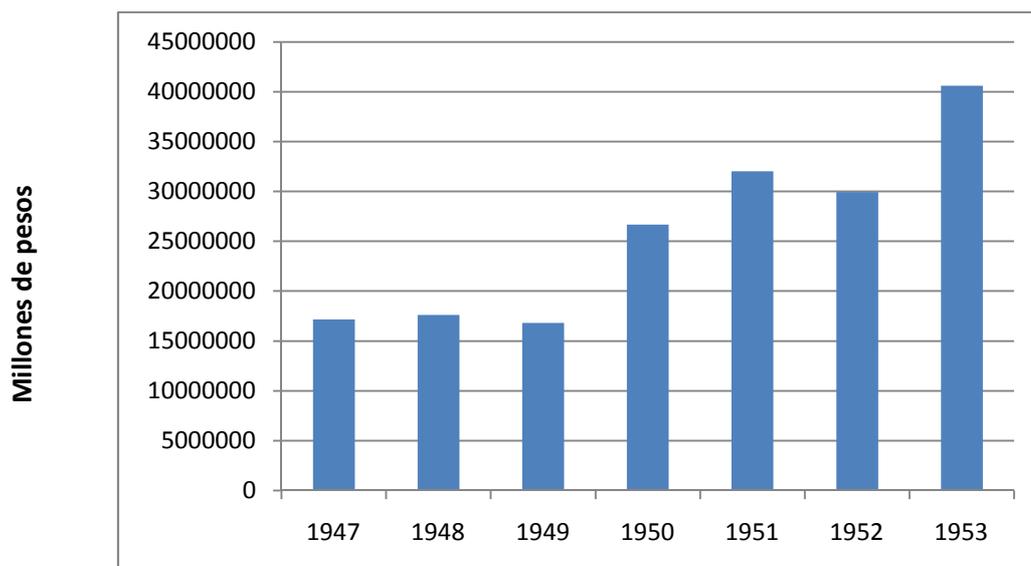
Como se observa, solo un bajo porcentaje de los ingresos nacionales se destinaron al Ministerio de Higiene durante el periodo de estudio¹²⁰. Esto justifica las dificultades que en cumplimiento de sus funciones tuvieron los jefes de las diversas campañas sanitarias y los jefes de los departamentos y secciones del Ministerio. La Figura 6-3 ilustra mejor, esta asignación de recursos:

¹²⁰ Para su comparación con la situación actual, téngase presente que el Presupuesto General de la Nación para el año 2011 es de ciento cuarenta y siete billones doscientos cuarenta y cinco mil doscientos cincuenta y dos millones quinientos cuarenta y nueve mil ciento ochenta y seis pesos moneda legal (\$147,255.252.549.186), de los cuales se contempla un presupuesto total para el Ministerio de la Protección Social de \$24,557.839.917.998 pesos moneda legal (Ley 1420 de diciembre 13 de 2010: pg 50). Lo que representa el 16.78% del presupuesto total. Aunque posteriormente, el Decreto 145 del 21 de enero de 2011 le adicionó al Presupuesto de Gastos del Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2011, la suma de (\$5.694.254.801.822), de los cuales le correspondieron al Ministerio de la Protección Social (\$105.755.376.599) adicionales. Quedándose el Ministerio con el 16.13% del presupuesto total.

Figura 6-3: Recursos del presupuesto nacional destinados al Ministerio de Higiene 1947-1953

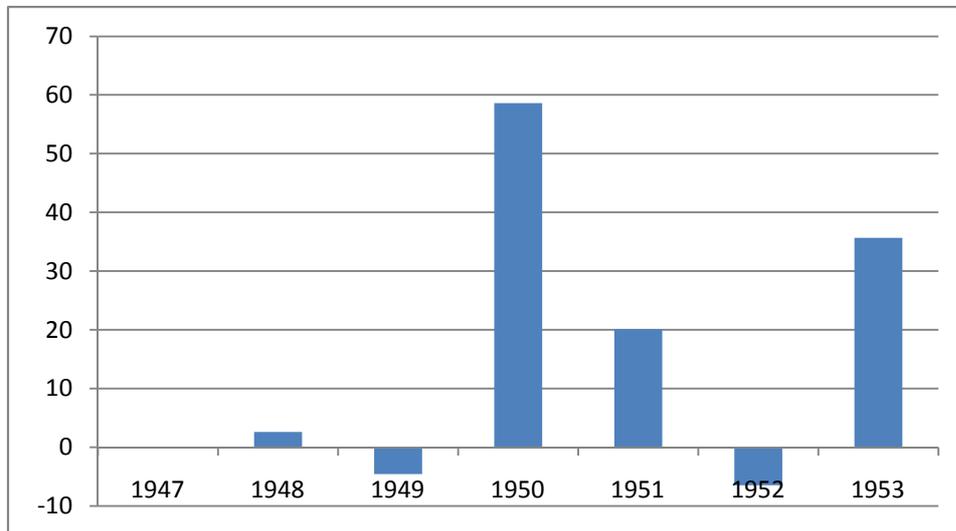
En 1958, el Ministro de Salud Pública, Juan Pablo Llinás, comentaba que “a estos exiguos presupuestos anuales de gastos se deben las deficiencias y tropiezos en el desarrollo de las funciones que le corresponden al Ministerio, en defensa de la salud y en la labor asistencial del pueblo colombiano” (Llinás; 1958: 190).

La Figura 6-4 permite observar con más detalle la destinación de recursos al Ministerio de Higiene entre 1947 y 1953.

Figura 6-4: Recursos del presupuesto nacional destinados al Ministerio 1947-1953

Se observa que la tendencia no siempre fue al aumento, pues en los años 1949 y 1952 se registró una disminución en los recursos asignados al Ministerio en comparación con la vigencia inmediatamente anterior. Vale la pena analizar esta información tomando el porcentaje de aumento o disminución anual en el presupuesto asignado al Ministerio en el periodo 1947-1953 (Figura 6-5).

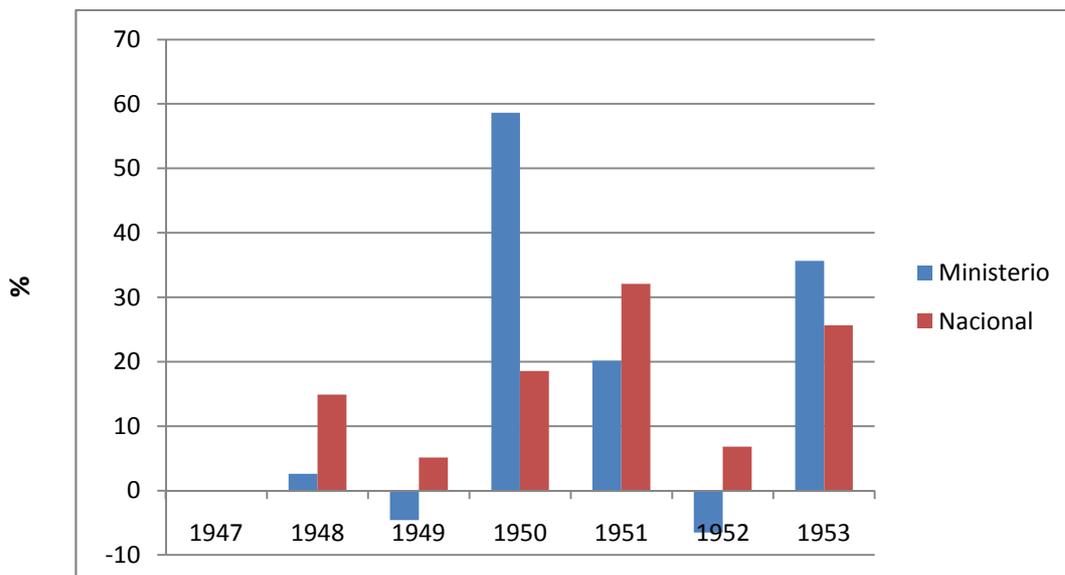
Figura 6-5: Porcentaje de incremento anual en el presupuesto del Ministerio



El porcentaje más bajo del presupuesto asignado al Ministerio, fue el de los años 1949 y 1952, en los cuales se observó una reducción de (4.6%) y de (6.5%) respectivamente, en relación con la vigencia anterior. Esto se puede atribuir a que en estos mismos años, el presupuesto nacional tuvo su menor incremento: (5.15 %) en 1949 y (6.79%) en 1952.

En la Figura 6-6 se observa el porcentaje de incremento anual en el presupuesto asignado al Ministerio, en comparación con el porcentaje de incremento anual en el presupuesto nacional.

Figura 6-6: Comparación del porcentaje de incremento anual en el presupuesto del Ministerio y el presupuesto nacional



En el año 1953, se evidencia que el aumento en el porcentaje del presupuesto asignado al Ministerio de Higiene (35.64%), con respecto a la vigencia anterior, fue más alto que el porcentaje de incremento del presupuesto nacional (25.65%) con respecto al mismo año. Esto puede interpretarse como la necesidad que hubo en aquel momento de inyectarle un mayor presupuesto al Ministerio previendo el cambio que se daría con la creación del Ministerio de Salud Pública.

Para el año 1950, se observa esta misma tendencia: el porcentaje de incremento presupuestal para este año en el Ministerio es mayor que el porcentaje de incremento del presupuesto nacional. Esta situación puede explicarse por la expedición del Decreto 3842 del 3 de diciembre de 1949, por el cual se organiza la salubridad nacional y se crea el Servicio de Salubridad Rural, que debieron requerir un adecuada asignación presupuestal para cumplir con estas disposiciones.

Además es importante considerar que los cambios orgánicos del Ministerio que acontecieron en 1953, trajeron consigo nuevas asignaciones presupuestales en 1954 (Tabla 6-4).

Tabla 6-4: Asignación presupuestal en el Ministerio de Salud Pública para el año 1954

Instancia	Forzosos	Accidentales
Gabinete del Ministro, departamentos 1° y 5°	5.095.720.00	2.000.00
Departamento 2° Salubridad	1.841.965.00	12.158.035.00
Departamento 3° Asistencia Pública y Previsión Social	57.120.00	8.942.880.00
Departamento 4° Tuberculosis	1.553.180.00	3.846.820.00
Departamento 7° Lepra	4.630.592.00	569.408.00
Organismos Internacionales		1.255.400.98
Gastos Varios	545.000.00	501.879.02
Totales	13.723.577.00	27.276.423.00
Total Ministerio	\$41.000.000.00	

Fuente: Ministerio de Salud República de Colombia & OPS (1979) Historia Social de las Instituciones de salud en Colombia. Bogotá: 37

La columna “forzosos” se refiere a gastos de personal y gastos personales y la columna “accidentales”, equivale a gastos por el desarrollo de determinados programas y proyectos. Al comparar este presupuesto con el asignado para 1953 (Tabla 6-5), cuando todavía se encuentra en la ley de presupuesto como correspondiente a su antiguo nombre Ministerio de Higiene tenemos que:

- La asignación presupuestal global de Ministerio incrementó en: 7,47 %.
- La asignación presupuestal en salubridad en cuanto a gastos forzosos aumentó en: 604,11%.
- La asignación presupuestal en salubridad para gastos accidentales aumentó en: 24.46%.

Esto refleja la importante inyección de presupuesto a nivel de gastos de personal que significó el paso de un Ministerio de Higiene a un Ministerio de Salud Pública.

Tabla 6-5: Asignación presupuestal en el Ministerio de Higiene para el año 1953

Instancia	Forzosos	Accidentales
Ministerio	423.700.00	94.920.00
División de Organismos de Salubridad	261.600.00	9.768.716.84
Departamento de Tuberculosis y Lepra	5.532.400.00	2.384.000.00
Organismos Nacionales de Higiene	1.901.560.00	250.000.00
Organismos Internacionales de Higiene		3.993.923.45
Departamento de Asistencia Pública y Previsión social	37.200.00	13.192.604.00
Gastos Varios	200.000.00	109.921.75
Totales	8.356.460.00	29.794.086.04
Total Ministerio de Higiene	\$38.150.546.04	

Fuente: Ministerio de Salud República de Colombia & OPS (1979) Historia Social de las Instituciones de salud en Colombia. Bogotá: 37

7. Conclusiones

La creación del Ministerio de Salud Pública, fue el resultado de un proceso acumulado de transformación de la higiene y la salud pública en Colombia, que venía desde las primeras décadas del siglo XX. En dicho proceso, tuvo lugar la llegada de la salud pública norteamericana a Colombia y la expansión del campo de la higiene entre 1920 y 1945.

A partir de 1946, se dio un primer intento de institucionalización de la salud pública en cabeza de un ministerio, esto es, el Ministerio de Higiene, en el cual, la salud pública yacía aún, de forma incipiente y poco organizada.

Más tarde, en la trayectoria institucional (1946-1953), la salud pública alcanzó un mayor desarrollo cuando mediante el Decreto 3842 de 1949 fue nacionalizada, creando para ello el Plan Nacional de Salubridad, vía a través de la cual, los organismos de la salubridad extendieron su acción a todo el País.

La creación del Ministerio de Salud Pública en 1953, fue el máximo desarrollo institucional de la salud pública en Colombia en el periodo de estudio. Con su creación se dio mayor énfasis a la dirección, al ampliar el control de una gama de asuntos en el despacho del Ministro. Además se logró una reorganización destinada a limitar el número de dependencias, para lo cual se reubicaron las Divisiones Técnicas, los Organismos Nacionales e Internacionales de Higiene, al interior de las 7 dependencias del nuevo Ministerio. Sin embargo, en la estructura organizacional no hubo cambios drásticos dado que en la trayectoria institucional ya se había perfilado esta organización.

En la reconstrucción institucional jugó un papel importante la lucha de los actores sociopolíticos en una dinámica a través de la cual estos moldearon la institución y recíprocamente fueron moldeados por esta. Sin embargo, existieron otros factores promotores del cambio entre los que se encuentran la integración a procesos internacionales, el desarrollo macroorganizacional sectorial y el ajuste institucional.

No siendo el interés de esta investigación definir si las instituciones emergen accidentalmente, evolucionan automáticamente o si son producto del diseño deliberado; en este caso particular, sí se puede inferir que la evidencia histórica apunta hacia que la adopción de la nueva estructura organizacional del Ministerio respondió al acatamiento del concepto de expertos, que actuaron como poderosas reglas institucionales. Así, se concluye que hubo diseño institucional, toda vez, que hay evidencia de la intencionalidad de varios actores en la planeación de la organización de un nuevo Ministerio, aunque el proceso de cambio haya conducido finalmente a un resultado no esperado, en el cual, el Ministerio de Salud Pública fue en efecto, distinto a la propuesta hecha en un principio por la Misión Currie. De esta forma se quiere afirmar que el diseño institucional es posible, pero tiene riesgos, puesto que no se tiene la certeza de que los deseos individuales de cambio coincidan con las necesidades reales de cambio y porque en las instituciones existe un considerable espacio de adaptabilidad, que es difícilmente controlable, como los cambios abruptos en las rutinas o en las reglas.

La creación del Ministerio de Salud Pública en 1953, se entiende como el resultado del proceso de institucionalización de la salud pública en Colombia, porque de allí deriva su reconocimiento y legitimidad. Es decir, que esta nueva institución, es la aceptación de lo que se estaba institucionalizando desde 1920 (la salud pública) y aparece como una forma social que crea una estabilidad que la hace menos vulnerable a intervención, un nuevo orden establecido.

Desde 1946 ya se venía perfilando el cambio en la estructura organizacional y el perfil funcional, hacia un Ministerio de Salud Pública. El cambio, se vió favorecido por la incorporación del país al capitalismo, el giro de la economía y la política nacional hacia la órbita norteamericana, los nuevos patrones socio demográficos, la transformación del Estado colombiano en su lucha por la industrialización y modernización, las orientaciones presidenciales pro norteamericanas, la cooperación de los organismos multilaterales, las nuevas relaciones del Estado con la salud, en fin, a un sinnúmero de factores contextuales, a partir de lo cual se concluye que como fenómeno social, la creación del Ministerio de Salud Pública no puede ser encadenado lógicamente a una única causa determinante por lo que el interés debe dirigirse a reconstruir la lógica de la situación, en la que se desarrolla esta acción racional.

El panorama que resulta de estudiar el fenómeno de institucionalización de la salud pública en Colombia durante el periodo 1946-1953 muestra toda la complejidad de niveles en los que una institución y sus procesos de transformación pueden abordarse.

De manera sintética pueden señalarse los siguientes aspectos que arroja el análisis institucional del proceso de creación del primer Ministerio de Salud Pública en Colombia:

La historia de la creación del Ministerio de Salud Pública se remonta al siglo XIX con la consolidación del aparato administrativo nacional. Las funciones relativas a la higiene fueron asumidas desde entonces por diferentes instancias y dependencias de diversos ministerios en cada momento. Finalmente, con la llegada de la salud pública norteamericana a Colombia en 1920, se inicia su proceso de institucionalización, que tiene finalmente expresión en cabeza de un ministerio en 1946, al ser asumida por el Ministerio de Higiene.

A partir de ese momento y como tendencia natural de toda institución comenzó un proceso en el que confluyen alternativas frente a lo establecido. Como resultado de esta dinámica llega un momento en que se da la incorporación definitiva de la salud pública norteamericana, encontrando institucionalidad finalmente con la creación de un Ministerio de Salud Pública en Colombia, lo cual requirió de un periodo previo de ajuste en el que se dio una evolución en el sector, inmerso en una relación dialéctica, en la cual el contexto perfiló el funcionamiento del nuevo Ministerio y este modificó la realidad sanitaria del país. Esta trayectoria institucional se caracterizó por:

A comienzos del periodo 1946-1953 las problemáticas registradas en el país en cuanto al sector salud se refiere, eran la escasez de recursos, carencia de equipamiento técnico, escasez de personal capacitado, deficiente infraestructura física, problemas de cobertura, debilidad organizacional, inadecuado estado de salud de la población reflejado en los indicadores de morbi-mortalidad del momento, entre otros. En correspondencia, el Ministerio de Higiene debió sufrir una modificación de su estructura orgánica para satisfacer a estas demandas sociales. Lo mismo sucedió, en cuanto a su perfil funcional, pues aunque el Ministerio de Higiene, ya venía desarrollando acciones en salud pública desde su creación, se observó que el cambio institucional condujo a que el Ministerio de Salud Pública asumiera como una nueva función la organización y dirección de la salubridad nacional. Adicionalmente, amplió sus funciones de capacitación y adiestramiento del personal, y reglamentación del ejercicio profesional; y desarrolló la función de asistencia pública y previsión social. Además en su adecuación funcional suprimió otras funciones como las de policía sanitaria, registro de toxicómanos, vigilancia de servicios administrativos de lazaretos, organización de la estadística

nacional, planeación y control de todas las obras sanitarias que se llevaban a cabo en el país, entre otras.

Respecto al direccionamiento hubo un frecuente cambio de Ministro, siendo anual el nombramiento, lo que pudo afectar la continuidad en la ejecución de compromisos adquiridos.

En cuanto a la estructura organizacional, en el mismo periodo se dieron transformaciones en las dependencias del Ministerio, motivadas por la necesidad de una instancia especial que asumiera determinadas funciones y facultades, la nacionalización de los servicios, la influencia de organismos internacionales y la obligación en el cumplimiento de convenios, el interés de centralización de funciones, la necesidad de evitar duplicación de funciones y el establecimiento de mayor coordinación interna, el ajuste entre las funciones de la instancia y su denominación, el déficit en los recursos y el personal y la poca eficiencia administrativa y funcional de las instancias existentes.

Como resultado de este periodo de adecuación del Ministerio, a las nuevas demandas sociales, aunque muchos de los problemas persistieron, se observó mejoría en algunos de ellos, tal es el caso del incremento en la capacidad técnica de los servicios de salubridad y de asistencia pública, el aumento en el personal capacitado que ejerció funciones en ellos, el incremento en la cobertura en salud y en general, el avance que mostraron los indicadores de salud hacia 1953, tales como el aumento en la expectativa de vida y el descenso de los indicadores de mortalidad infantil.

La escasez de recursos fue una constante en el periodo, por el persistente bajo porcentaje de los ingresos nacionales que se destinó al Ministerio de Higiene, lo cual muestra una más eficiente administración de los mismos para alcanzar las mejoras ya mencionadas.

Con relación a la estructura macroorganizacional sectorial, se dio un importante desarrollo de la autonomía institucional en el Ministerio de Higiene, así como el apoyo de los Presidentes de la República a los procesos de reestructuración. Existió además un estrecho vínculo con otros Ministerios, como el de Trabajo y Educación y se dio un fortalecimiento de la relación con las universidades. Se reforzó además la cooperación financiera y técnica de entes internacionales como el SCISP, la OPS, la OMS y la Unicef.

En el periodo 1946-1953 se dio un ajuste funcional del Ministerio de Higiene vía decreto sin que esto significara un complejo proceso de reestructuración, en tal sentido, fueron expedidas numerosas leyes y decretos por el órgano legislativo del país, cuyo contenido buscaba dar respuesta a las necesidades sanitarias, a los requerimientos de infraestructura adecuada, a la adquisición de nuevas competencias del Ministerio en materia de salubridad y a las presiones de los actores sociopolíticos.

En el periodo se dio la profesionalización de la salud pública en Colombia y la configuración de un nuevo campo profesional que afectó también la estructura de los libros de texto y las publicaciones posteriores.

El cambio institucional muestra una configuración del Ministerio más acorde con el perfil funcional adquirido en el proceso, desplazando a la higiene e invirtiendo su capacidad operativa y financiera en actividades de interés en salud pública. Así mismo, con el nuevo Ministerio, se unificaron los servicios administrativos, se redujo la duplicación de funciones, se dio relevancia a ciertas áreas de la salud pública como la epidemiología y se desarrollaron las funciones rectoras y de supervigilancia a nivel central, con mayor descentralización administrativa y funcional a fin de establecer la coordinación necesaria entre los organismos nacionales y los de las entidades territoriales que eran afines a las funciones del Ministerio.

Respecto a la estructura de recursos humanos, la creación del nuevo Ministerio mostró un incremento en el personal, principalmente asistencial y profesional, como reflejo de la profesionalización de la salud pública en Colombia. También se dio un incremento en la asignación presupuestal, especialmente en lo relativo a gastos de personal.

Anexo A: Perfil funcional del Ministerio de Higiene

<p>PERFIL CREACIÓN: Ley 27 de 1946 (Diciembre 2)</p>
<p>Dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus ramas y la asistencia pública en el país.</p>
<p>PERFIL ORGANIZACIÓN: Decreto N° 25 de 1947 (Enero 9)</p> <p>Funciones de las Dependencias del Ministerio</p>
<p>Departamento Jurídico:</p> <p>Conocer los convenios internacionales sobre sanidad y comercio de drogas heroicas, resolver lo conveniente en relación con las diferentes demandas o negocios que se instauren por la violación de las disposiciones vigentes.</p> <p>Conocer y estudiar las solicitudes de licencias para importar, fabricar o vender en el territorio de la República especialidades farmacéuticas, drogas, oficinales y alimentos.</p> <p>Vigilar la publicación en el Diario Oficial de providencias relacionadas con el ramo de la higiene y hacer la compilación de todas las disposiciones vigentes sobre la materia.</p> <p>Organizar y reglamentar la Policía Sanitaria Nacional. Hacer cumplir las disposiciones vigentes o que se dicten sobre el comercio y control de estupefacientes e hipnóticos.</p> <p>Dar dictamen sobre los diferentes asuntos que digan relación con las sanciones por infracciones a las prescripciones que regulan la higiene, y conocer de todos los negocios que se le asignan a la Policía Sanitaria Nacional en el artículo 3° del Decreto N° 316 del 23 de febrero de 1932.</p> <p>Tramitar las solicitudes relacionadas con la expedición de licencias para la fabricación, importación y venta de drogas heroicas o de específicos que las contengan, para la importación y venta de jeringas y agujas hipodérmicas, etc.</p> <p>Velar por el cumplimiento de las disposiciones vigentes o que se dicten por el Ministerio o por las entidades de higiene pública sobre anuncios y propaganda de productos medicamentosos o alimenticios licenciados.</p> <p>Dictar las normas que deben seguir los agentes de la Policía Sanitaria Nacional para el cumplimiento de sus funciones.</p> <p>Depósito, custodia y guarda de todas las drogas heroicas o sus similares que sean importadas por el Ministro de Higiene a efecto de mantener el control del comercio de dichas sustancias de acuerdo con leyes y convenios internacionales.</p> <p>Manejo del Fondo Rotatorio de Estupefacientes.</p> <p>Llevar un registro de toxicómanos de todo el país y notificar a las autoridades sanitarias nacionales, departamentales, intendenciales, comisariales y municipales, los nombres de los toxicómanos que sean denunciados en cada sección de la República.</p> <p>Controlar los toxicómanos y denunciar a las autoridades los establecimientos o lugares en donde se haga comercio o consumo clandestino de drogas heroicas.</p> <p>Mantener especial vigilancia en lo relativo a los cultivos de coca o de marihuana, según las disposiciones vigentes; impedir el tráfico y la venta de hojas de coca y de marihuana.</p> <p>Practicar visitas a las farmacias, droguerías y boticas; a los depósitos de drogas, laboratorios, fábricas de vinos, de cervezas, de chicha, de gaseosas y demás bebidas alcohólicas, así como a las fábricas de productos alimenticios.</p>

<p>Departamento Administrativo</p> <p>Dictar las normas que deben regir en la administración y almacenes de todas las dependencias del Ministerio establecidas en cualquier lugar de la República.</p> <p>Vigilar todos los servicios administrativos de los Lazaretos.</p> <p>Hacer cumplir las disposiciones legales sobre campaña antileprosa y las medidas emanadas de la Sección Científica, la cual tiene a su cargo lo relacionado con la profilaxis de la lepra.</p> <p>Visitar e inspeccionar las leproserías de la República y ejercer un eficiente control en todo lo relativo a la compra e inversión de materiales para los Lazaretos, control de obras que se ejecuten en ellos y en general lo relacionado con las actividades administrativas.</p> <p>Intervenir en los asuntos de policía y conocer de los reclamos que se relacionen con las personas residentes, tanto en el perímetro interno como en el externo de los Lazaretos.</p> <p>Dictar y hacer cumplir todas las disposiciones para mantener un aislamiento efectivo de los enfermos y el orden interno de los leprocomios</p>
<p>Divisiones Técnicas</p> <p>División de Bio-Estadística:</p> <p>La organización de la Estadística Nacional en todo lo que interese a la salubridad como nupcialidad, natalidad, morbilidad, mortalidad, en el territorio de la República de acuerdo con la Contraloría General de la República.</p> <p>El Intercambio de Datos con las instituciones internacionales de carácter estadístico.</p> <p>El envío de informes a los organismos internacionales de Salubridad y Estadística y que esté obligado el país por tratados o convenios y a su vez, la solicitud de todo dato que tenga interés para la salubridad del país en materia de estadística.</p> <p>Hacer una campaña activa entre el Clero, el cuerpo Médico Nacional, los Hospitales, Clínicas de Maternidad, enfermeras, parteras, etc., para que se lleve a cabo el denuncia obligatorio de las enfermedades infecto- contagiosas, el de la mujer en estado de embarazo y el de la natalidad.</p> <p>Registrar la estadística de las actividades de higiene nacional en los departamentos, municipios, intendencias y comisarías.</p>
<p>División de Enfermedades Comunicables:</p> <p>Corresponde todo lo referente al estudio, estadística, campañas y profilaxis de las enfermedades comunicables y a las medidas que deban dictarse para combatirlas.</p>
<p>División de Higiene Materno Infantil Escolar y Dental:</p> <p>El estudio de todos los problemas concernientes a la madre y al niño; a la organización de la familia, a la protección del niño abandonado, a las campañas de educación en lo relativo a la maternidad, crianza y defensa del niño.</p> <p>La profilaxis de todas las enfermedades infecto-contagiosas de la primera y segunda infancia.</p> <p>La reglamentación y fiscalización de todas las instituciones oficiales o particulares, escuelas y colegios públicos y privados, salas de maternidad, servicios hospitalarios para niños, consultorios, sala-cunas, gotas de leche, refugios maternos, hospicios, asilos, jardines infantiles, restaurantes escolares, restaurantes maternos, colonia de vacaciones, escuelas talleres, preventorios de tuberculosis o de lepra y la de todas las otras instituciones que particular u oficialmente se funden en el territorio de la República con fines de higiene materno-infantil.</p> <p>Establecer la coordinación de todas las instituciones que hagan labor materno-infantil y mantener comunicación con los organismos internacionales que se ocupen del problema del niño y de la madre</p> <p>Estudiar el estado del niño y de la madre indígenas, fiscalizar y visitar las instituciones que reciben auxilios del Estado con fines a la incorporación de los núcleos de indígenas a la población colombiana.</p> <p>Organizar la higiene dental sobre bases científicas y estadísticas de acuerdo con los últimos conocimientos que rijan sobre la materia.</p> <p>Elaborar y desarrollar un plan de educación sobre higiene dental.</p>

<p>División de Educación Sanitaria: Organizar y desarrollar cursos de perfeccionamiento de higiene dental mientras se organiza la Escuela Superior de Higiene, y procurara que de ellos hagan parte también los Directores y Maestros de las escuelas oficiales de la República. Organizar exposiciones de higiene que deberán llevarse sobre todo al medio rural. Publicar folletos, revistas o prospectos de fácil comprensión; organizar lecciones por la radio, la prensa y el cine y dictar conferencias. Hacer programas de campaña. Buscar la cooperación con todos los organismos científicos y de otro orden que puedan interesar de alguna manera a la marcha y buen desarrollo de la higiene (Academias, Ministerios de Economía Nacional y de Educación, Dirección de Sanidad del Ejército, Policía, Ministerio de Obras Públicas, Ferrocarriles Nacionales, Compañías Petroleras, Federación Nacional de Cafeteros, Sociedad de Agricultores, Prensa, etc.)</p>
<p>División de Nutrición y Alimentos: El estudio de todos los problemas relacionados con el valor nutritivo de de los alimentos del niño y del adulto, el estudio de las necesidades alimenticias del pueblo y de los problemas relacionados con las enfermedades de la nutrición. La coordinación y orientación de las actividades que en materia de nutrición y alimentos se acuerden a instituciones oficiales, semioficiales o privadas y las campañas de educación y propaganda que juzgue necesarias para la instrucción y educación del pueblo en esta materia.</p>
<p>División de Malariología: La coordinación y orientación de los servicios públicos ya establecidos o que se establezcan en el futuro, relacionados con la lucha contra la malaria, ya se trate de servicios nacionales, departamentales, intendenciales, comisariales, municipales o de cualesquiera otras entidades oficiales, semioficiales o particulares. La Dirección y ejecución de proyectos o planes epidemiológicos necesarios para aclarar dentro del país los diferentes vectores de malaria y orientar la lucha antimalárica sobre bases técnicas. La dirección y ejecución de las encuestas maláricas y la escogencia de los sitios para las obras de control permanente. La dirección técnica, planeamiento, administración ejecución y conservación de las obras de control permanente de malaria La Dirección técnica y administración de suministro de drogas antimaláricas, insecticidas y demás elementos usados en la lucha contra la malaria. La adopción de las medidas que sean necesarias para evitar los problemas maláricos creados por actividades industriales, agrícolas o de cualquier otro orden. El control del desarrollo urbano con relación al problema malárico. El cumplimiento de los convenios de carácter internacional en relación con la lucha antimalárica y la aplicación de las leyes y decretos colombianos que se relacionen con el problema del paludismo.</p>
<p>División de Tuberculosis: La Dirección técnica, administrativa y la organización de todas las entidades que adelantan la campaña de Tuberculosis en el territorio nacional dependientes del Ministerio de Higiene. Dictar las normas de funcionamiento, coordinar y fiscalizar todas las instituciones que hagan labores antituberculosas en el país. En colaboración con el Departamento de Ganadería del Ministerio de la Economía Nacional y con la facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional, se ocupará del cumplimiento de todas las disposiciones legales que se refieren a la lucha contra la tuberculosis en los animales y en especial en el ganado bovino. Tener bajo su cuidado los problemas de higiene industrial que se relacionen con enfermedades del aparato respiratorio.</p>

<p>División de lepra:</p> <p>Organizar, dirigir, coordinar y vigilar todas las actividades públicas y privadas relacionadas con la profilaxis de la lepra en el territorio de la República, y tener a su cuidado la atención científica de todas las dependencias presentes y futuras de la organización de la lepra.</p> <p>Orientar científicamente la propaganda especializada en relación con la profilaxis y tratamiento de la lepra.</p> <p>Organizar y dirigir las actividades médicas de las distintas dependencias de la División de Lepra, tales como consultorio para enfermedades de la piel, leprocomios, colonias-sanatorios preventivas, etc.</p> <p>Preparar y adiestrar el personal técnico, para lo cual dispondrá de los servicios científicos del Instituto “Federico Lleras Acosta”</p> <p>Dictar medidas sobre higiene de los leprocomios.</p>
<p>División de Venéreas y Pián:</p> <p>La organización en todo el país de las campañas contra las enfermedades venéreas y las de la endemia del pián en las regiones donde existe esta enfermedad.</p> <p>Visitar las zonas invadidas por el pián a fin de informarse del estado de la campaña actual, organizarla y dictar el sistema de tratamiento que debe seguirse contra la enfermedad, unificándola en todas las regiones en donde ella está realizándose en la actualidad.</p> <p>El estudio de todo lo relacionado con el problema de la prostitución y de las medidas que hayan de adoptarse para restringirla, para luchar por los métodos adecuados contra ella y para organizar la educación sanitaria antivenérea en forma intensa.</p> <p>Hacer la estadística de todas las instituciones que en el país se ocupan de campaña antivenérea, examinar su organización y unificar los métodos serológicos, de tratamiento y organizar las instituciones necesarias para prevenir la prostitución.</p>
<p>División de Asistencia Pública y Previsión Social:</p> <p>Dirigir administrativa y técnicamente la asistencia pública y privada y la beneficencia en todo el país.</p> <p>Reglamentar todas las instituciones de asistencia pública y previsión social, públicas y privadas.</p> <p>Ejercer control técnico y fiscal sobre rentas y loterías.</p> <p>Coordinar sus labores y dar las normas o pautas sobre alimentación, dotación de elementos, servicios médicos, repartición de servicios o salas en hospitales y establecimientos de asistencia pública o de beneficencia.</p>
<p>División de Ingeniería Sanitaria:</p> <p>El control, planeamiento, construcción y funcionamiento de todas las obras sanitarias y de asistencia pública que se lleven a cabo en el país con fondos públicos o privados.</p>
<p>División “Instituto Nacional Samper- Martínez”:</p> <p>Producción de sueros, vacunas y demás productos biológicos o químicos destinados a la lucha contra las enfermedades comunicables o producidas por mordeduras de animales venenosos.</p> <p>La investigación sobre enfermedades infecto-contagiosas.</p> <p>La reglamentación, organización y fiscalización de todos los laboratorios de Higiene Pública que existan.</p> <p>El estudio y control de sustancias medicamentosas o alimenticias que se produzcan en laboratorios o establecimientos particulares.</p> <p>La vigilancia, reglamentación y examen de productos biológicos para usos terapéuticos o profilácticos como sueros, vacunas, etc., preparados en laboratorios oficiales o particulares.</p> <p>El análisis de sustancias o productos farmacéuticos que le sean enviados para otorgamiento de licencia y venta en el territorio de la República.</p> <p>La preparación de la vacuna antirrábica y organización de la campaña contra la rabia, a través del “Instituto Nacional Samper Martínez”</p>

<p>División de Sanidad Portuaria: Organizar, dirigir y fiscalizar los servicios de sanidad portuaria, sea marítima, aérea, terrestre o fluvial, en el territorio de la República. Hacer cumplir las disposiciones vigentes en materia de Sanidad Portuaria y establecer los requisitos de salud de inmigrantes, así como los que rigen sobre higiene veterinaria en materia de importación de animales. Visitar periódicamente todos los puertos marítimos, aéreos, fluviales y terrestres que existen y hacer efectivas todas las disposiciones sobre sanidad de barcos, aviones, automóviles, etc., así como las relacionadas con las condiciones higiénicas que debe llenar el personal que trabaje en las compañías de transportes.</p>
<p>División de Inspección Nacional de Salubridad y Asistencia Pública: La orientación, fiscalización, reglamentación y unificación de todos los organismos sanitarios que integran el Ministerio de Higiene y los de todo el país. Realizar vistas y fiscalización de los establecimientos de asistencia y beneficencia pública. Inspeccionar las obras de carácter sanitario que se realicen en cualquier punto del país.</p>
<p>Escuela Superior de Higiene Preparar todo el personal técnico que requiere el desarrollo y funcionamiento de la higiene en el país, a través de la Escuela Superior de Higiene.</p>
<p>Organismos Nacionales de Higiene Consejo de Sanidad: Estudiar los diferentes problemas de cada una de las Divisiones y Departamentos del Ministerio. La representación de las autoridades sanitarias en forma permanente. Consejo Nacional de Alimentación Y Nutrición: Estudio de todos los problemas relacionados con la alimentación, la organización y desarrollo de restaurantes populares y escolares; acordar programas de educación en materia de alimentación, estudiar todo lo referente a la producción, transporte de alimentos, lo conducente a la sustitución de alimentos de alto costo por otros equivalentes, elaborara un plan y programa de enseñanza sobre higiene alimenticia para maestros y estudiar con los Ministerios de Educación y Economía la coordinación y apoyo a todas las campañas que se hagan con el fin de mejorara la alimentación en el país.</p>
<p>Organismos internacionales: El Ministerio de Higiene tiene a su cargo la aprobación y fiscalización de tratados y contratos vigentes con organismos internacionales.</p>
<p>El Ministerio de Higiene reglamentará las diversas dependencias que lo integran por medio de Resoluciones.</p>
<p>Corresponde al Ministerio de Higiene la supervigilancia, control y coordinación de las distintas entidades relacionadas con salubridad y asistencia pública que existan en otros ministerios o en otros organismos oficiales y particulares.</p>
<p>Suspender mediante Resolución motivada el pago de auxilios provenientes del Tesoro Nacional a las entidades de Asistencia Pública, Previsión Social e Higiene Materno-Infantil, escolar y dental, que no se sometan a las disposiciones y reglamentos de las respectivas Divisiones, o a las que con anterioridad rijan la materia y que no cooperen en la obtención de los fines buscados.</p>
<p>Corresponde al Ministerio de Higiene mantener relaciones con los organismos internacionales con los cuales medien convenios o adhesión y que se refieran a cuestiones sea de higiene o de asistencia social.</p>
<p>Adelantar de acuerdo con la Contraloría General de la República el estudio del Plan Hospitalario del País.</p>

Anexo B: Decretos que modifican la estructura organizacional del Ministerio de Higiene (1947-1953)

DECRETO	CAMBIO
25 de 1947	por el cual se organiza el Ministerio de Higiene
408 de 1947	Crea el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social del Ministerio de Higiene, como dependencia directa.
0750 de 1947	Crea la Sección de Análisis de Especialidades Farmacéuticas, que funcionará en el Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez”
1471 de 1947	Reorganiza el Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez”. Suprímense las Secciones “Enfermedades Comunicables” y “Entomología y Parasitología”. Crea en la sección de bacteriología y Microscopía tres cargos; además establece que esta Sección se dedicará exclusivamente a la higiene pública y que las pruebas para el diagnóstico y el control de las enfermedades comunicables serán gratuitas.
2369 de 1947	Se crean las Secciones de Saneamiento en la División de Ingeniería Sanitaria y el Consejo Nacional de Saneamiento
2371 de 1947	Se organiza la Sección de Hospitales, Hospicios y Asilos del Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social
2378 de 1947	Se crea el Instituto Nacional de puericultura
2379 de 1947	Crease la Sección de Farmacia dependiente del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene. La Sección de Análisis de Especialidades farmacéuticas, creada por el decreto 0750 de 1947, se llamará Sección de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos.
0986 de 1948	Se crea el Departamento de Coordinación de Higiene
1346 de 1948	Se suprime provisionalmente la sección de Policía Sanitaria del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene. ¹²¹
03342 de 1948	Organiza la División Técnica de Bioestadística del Ministerio de Higiene. Créanse cargos.
03715 de 1948	Se organiza la Sección de Instituciones de Utilidad Común
00322 de 1949	Se organiza la Dependencia del Ministerio de Higiene denominada “Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay”
00437 de 1949	Organiza la Sanidad Portuaria en las Ciudades de Barranquilla y Buenaventura. Estos servicios de Sanidad Portuaria serán prestados exclusivamente por el Ministerio de Higiene a partir del 28 de febrero de 1949
1162 de 1949	Se nacionaliza el funcionamiento del Instituto de Enfermedades Tropicales

¹²¹ A pesar de ello, mediante la Ley 32 de 1948, se crear la Inspección General de Laboratorios y Farmacias, y se le asignan las funciones de la Policía sanitaria Nacional, ya desaparecida.

	“Roberto Franco”
02841 de 1949	Se constituye el Comité Colombiano de Protección a la Infancia en colaboración con la Naciones Unidas a través del Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia (UNICEF)
3842 de 1949	Se organiza la Salubridad Nacional
3708 de 1950	Fue adscrito el Instituto Nacional de Radium como dependencia del Ministerio de Higiene. Dispuso en su artículo 7° incorporar la Escuela Superior de Higiene como dependencia de la Universidad Nacional, a partir del 1° de enero de 1951.
00014 de 1950	Se reglamenta el Servicio de Salubridad Rural
002450 de 1950	Se reorganiza la sanidad portuaria en las ciudades de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y Buenaventura
002554 de 1950	Se faculta al Ministerio de Higiene para organizar en el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social una Comisión Técnica Asistencial.
3182 de 1950	Se incorporan al Departamento de Edificios Nacionales del Ministerio de Obras Públicas varias Dependencias administrativas de los Ministerios de Guerra, Higiene y Educación Nacional que a la fecha se ocupan de la construcción de edificios nacionales.
3939 de 1950	Adscribió a la Escuela Superior de Higiene de Bogotá todas las instituciones oficiales y semioficiales de enfermería existentes en Colombia Suprime la División de Educación Sanitaria del Ministerio de Higiene y la adscribe al Ministerio de Educación Nacional
95 de 1951	El Gobierno Nacional efectuó una reorganización técnica de las diversas dependencias del Ministerio de Higiene, por medio de este Decreto: Fue suprimida la División de Ingeniería Sanitaria. Suprimió la Sección Pre-Escolar y Escolar de la División de Higiene Materno- Infantil, Escolar y Dental. Suprimió la División de venéreas y Pián. Igualmente fue suprimida la División de Enfermedades Comunicables. Así mismo fue suprimido el Instituto de Investigación Científica "Federico Lleras Acosta" que funcionaba en Bogotá. También conforme a esta reorganización del Ministerio de Higiene, las funciones de la división de enfermedades comunicables, lo mismo que venéreas y sanidad portuaria, fueron incorporadas al Departamento de Salubridad Nacional.
772 de 1951	Adscribe el Instituto de Investigación y Diagnóstico al Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez
1234 de 1951	Se organiza la Dependencia del Ministerio de Higiene denominada “Instituto Nacional de Radium
1911 de 1951	Crea la Liga Colombiana Contra el Cáncer como anexa al Ministerio de Higiene
0166 de 1952	Se Suprime la División de Lepra y sus funciones y atribuciones son adscritas a la División de Tuberculosis que en adelante se denominará Departamento de Tuberculosis y Lepra.
0873 de 1952	La División de Sanidad Portuaria. Organizada por el Art. 34 del Decreto 25 de 1947, se denominará Sección de Sanidad Portuaria y será una Dependencia del Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene.
1460 de 1952	Se reorganiza el Instituto Nacional de Radium. Deroga el Decreto 1234 de 1951
1461 de 1952	Crease el “Centro Nacional de Adiestramiento Técnico y de Experimentación y Demostración de Sanidad Ambiental”, que funcionará en Fusagasugá como entidad dependiente del Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene.
1651 de 1952	Suprímase la Sección denominada Higiene Dental de la División de

	Higiene Materno Infantil del Ministerio de Higiene
3123 de 1952	Se autoriza la reorganización del Ministerio de Higiene
0099 de 1953	Créase como Dependencia del Ministerio de Higiene el Departamento "Servicio Médico del Ferrocarril del Río Magdalena"
0519 de 1953	El Instituto Nacional de Radium, Dependencia del Ministerio de Higiene, se denominará Instituto Nacional de Cancerología
0946 de 1953	Crease como Dependencia del Ministerio de Higiene, el Consejo Nacional de Práctica Profesional y suprimase las Juntas de Títulos Médicos, Odontológicos, Farmacéuticos, Veterinarios, de Laboratorio Clínico y de Enfermería.
0982 de 1953	Por el cual se organiza el Instituto Nacional de Cancerología, dependencia del Ministerio de Higiene. Deroga el Decreto 1460 de 1952.
0983 de 1953	Se fija la Dirección Técnico Administrativa del Instituto de Enfermedades Tropicales "Roberto Franco" de Villavicencio. Deroga el Decreto 2505 de 1950.
0984 de 1953	Orgánico de la Dependencias, personal y asignaciones del Ministerio de Salud Pública.

Anexo C: Comisiones encargadas a funcionarios del Ministerio en el año 1953

FUNCIONARIO	COMISIÓN
Doctores Luis E. Cerra y Jesús Llamas Mendoza, Jefe de la Sección de Sanidad Portuaria de Barranquilla y Médico de Puerto de Cartagena respectivamente	Comisionase para que asistan a la Ciudad de México al curso de salubridad.
Carlos S. Ferrero, jefe de la División Técnica de Bioestadística del Ministerio de Higiene	Comisionase para que se traslade a Santiago de Chile a seguir los cursos que sobre Bio-Estadística se dictaran en la Escuela de Salubridad de esa ciudad, del 2 de marzo al 31 de diciembre de 1953.
Doctor Horacio Toro Upegui, médico Jefe del Centro Epidemiológico Antituberculoso de Pereira	Comisionase para que se traslade a Estados Unidos de Norte América, con el fin de estudiar la organización de los sanatorios tuberculosos, así como los últimos sistemas de tratamiento.
Doctor Juan E. Mariño Rivas, Jefe del Departamento Administrativo del Ministerio de Higiene	Comisionase para que viaje a los Estados Unidos y realice un curso de observación hasta por cuatro meses sobre los sistemas de administración en los servicios de salud pública
Doctores José A. Jácome Valderrama, José del Carmen Acosta, Marco T. Aguilera Camacho, Jorge Camacho Gamba y Eugenio González Arenas	Comisionase ad-honorem para que asistan a la III Asamblea general de la Confederación Médica Panamericana y IV Congreso Medico Social Panamericano, que tendrá lugar en la ciudad de San Salvador, República de El Salvador, en el mes de abril.
Doctor Antonio Rafael Porras López, Director del Laboratorio del Instituto de Higiene Social de Cali	Comisionase ad-honorem para que en su próximo viaje a los Estados Unidos visite las plantas de pasteurización y a su regreso al país rinda un informe detallado al Ministro de Salud Pública, sobre las observaciones que saque de su visita, a fin de estudiar la posibilidad de ponerlas en práctica, donde haya plantas de esta naturaleza.
Doctor Mario Gaitán Yanguas, Médico Jefe del Departamento de Radioterapia del Instituto Nacional de Cancerología del Ministerio de Salud Pública	Comisionase para que se traslade a las ciudades de Copenhague y Erlagen, a fin de que asista al Congreso Internacional de Radiología y al Curso especial de Roentgenoterapia, del 10 de julio al 30 de agosto de 1953.

Doctor Augusto Gast Galvis, director del Instituto de Estudios Especiales “Carlos Finlay” del Ministerio de Salud Pública,	Comisionase para que se traslade a Kampala, Uganda, a fin de que asista al Comité de Expertos de Fiebre Amarilla, que tendrá lugar en esa ciudad, del 1º al 30 de septiembre de 1953.
Doctor Arturo Vélez Gil, Secretario General del Ministerio de Salud Pública	Comisionase para que se traslade a las ciudades de Londres y La Haya, a fin de asistir a la primera Conferencia Mundial de Enseñanza Médica y a la VII Asamblea General de The World Medical Association, por el término de 30 días.
Doctores José Antonio Concha y Venegas, médico Director de la División de Malariología y Gerardo López Narváez, médico Jefe de la Campaña General Antipiánica en Colombia.	Nombrase delegados de Colombia al Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria que tendrá lugar en la ciudad de Estambul, Turquía, del 28 de agosto al 4 de septiembre del año 1953.
Doctores Darío Maldonado Romero, Jefe del Departamento de Lepra, y Julio Laserna Robledo, Director del Dispensario Dermatológico de Bogotá.	Nombrase delegados de Colombia al VI Congreso Internacional de la Lepra que se celebrará en Madrid, España, en octubre de 1953.
Doctores José Góngora y López, médico Jefe y Norton Young López, Director adjunto y jefe del Laboratorio del Instituto Nacional de Nutrición del SCISP del Ministerio de Salud Pública	Nombrase delegados de Colombia a la tercera Conferencia sobre problemas de la nutrición en la América Latina que tendrá lugar en Caracas, Venezuela del 19 al 28 de octubre de 1953.
Doctor Julio Medina Medina, radiólogo del Instituto Nacional de Cancerología,	Comisionase ad-honorem, para que en su próximo viaje a Estados Unidos adelante estudios relacionados con el diagnóstico del cáncer en las instituciones especializadas en esta rama de la medicina, con el objeto de que a su regreso al país ponga en práctica los conocimientos adquiridos por él.
Doctor Bernardo Uribe Londoño, en su carácter de Director Departamental de Higiene de Antioquia	Nombrase delegado de Colombia a las reuniones del Comité ejecutivo y del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, que se celebrará en Washington del 5 al 22 de octubre de 1953.
Doctor Policarpo González, médico epidemiólogo del Departamento de Salubridad y al Señor Jaime Vergara Uribe, Asesor Técnico, encargado de la Sección de Bio-Estadística del Ministerio de Salud Pública.	Comisionase por el término de 20 días para que asistan al seminario de Enfermedades Transmisibles que se llevará a cabo en la ciudad de Santiago de Chile en el mes de diciembre.

Fuente: (COLOMBIA, CONGRESO 1953)

Anexo D: Perfil funcional del Ministerio de Higiene en el periodo 1947-1953

La siguiente tabla contiene una lista de todos los Decretos expedidos por presidencia de la República que asignan, suprimen o modifican funciones del Ministerio de Higiene o de sus dependencias en el periodo de estudio:

NORMA	ASUNTO
-Ley 27 de 1946 (dic. 2)	Crea el Ministerio de Higiene
-Decreto 25 de 1947 (ene 9)	Organiza el Ministerio de Higiene
-Decreto 408 de 1947 (feb. 4)	“Crea el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social del Ministerio de Higiene “ Función: Todas las Instituciones de Utilidad Común quedan bajo la Supervigilancia del Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social
-Decreto 974 de 1947(mar 14)	“Por el cual se delega en la Contraloría General de la República el control y fiscalización de las Instituciones de Utilidad Común” -Función: Deléguese en los Directores Departamentales e Intendenciales de Higiene la inspección y vigilancia técnicas de los establecimientos de beneficencia y asistencia social
-Decreto 1536 de 1947 (mayo 6)	“Por el cual se adscriben alguna funciones a los inspectores de policía sanitaria nacional.” Función: Los inspectores de policía sanitaria podrán adelantar a prevención, las investigaciones relativas al ejercicio ilegal de la medicina, odontología, farmacia y veterinaria.
-Decreto 2055 de 1947 (jun. 20)	“Por el cual se crea la junta de compras del Ministerio de Higiene y se reglamenta el procedimiento para las adquisiciones” Función: La Junta de Compras tendrá a su cargo la adquisición de las drogas, medicamentos, equipos, e instrumental de cirugía y de salas de operaciones quirúrgicas y en fin, de los elementos técnicos similares destinados al desarrollo y mantenimiento de la higiene y Asistencia Pública y que necesite el Ministerio del Ramo para sus dependencias.
-Decreto 2109 de 1947 (Jun. 27):	“Por el cual se aclara y adiciona el Decreto número 25 de 1947.” Función: Entre las atribuciones y funciones del Ministerio de Higiene quedan incorporadas todas las normas legales vigentes relativas a los extinguidos Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública y Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en cuanto hagan relación a la Higiene y Asistencia Públicas. En consecuencia el Ministerio de Higiene adelantará y exigirá el cumplimiento de todas las disposiciones vigentes sobre higiene pública y privada en todas sus ramas, y la Asistencia Pública en el país, dictadas con anterioridad a la creación de tal Ministerio.
-Decreto 2374 de 1947 (Jul.	“Se modifican los Decretos 25 de enero 9 de 1947 y el 1905 del 12 de junio del mismo año”

18)	<p>Función: La División de Lepra estará a cargo de un jefe, cuyas funciones serán: Organizar, dirigir coordinar y vigilar todas las instituciones y actividades públicas y privadas, relacionadas con la profilaxis y el tratamiento de la lepra en el territorio de la República.</p>
-Decreto 2378 de 1947 (jul. 18)	<p>“Se crea el Instituto Nacional de Puericultura , se determinan sus funciones y se dictan otras disposiciones”</p> <p>Función: Son Funciones del Instituto Nacional de Puericultura: establecer cátedras obligatorias de observación y práctica para todos los médicos, enfermeras, visitadoras de higiene pública y asistentes sociales, que estén trabajando o vayan a trabajar en los servicios de higiene materno infantil de carácter oficial o semi-oficial, y en todos aquellos que se ocupen en labores de protección a la madre y al niño, desde el punto de vista higiénico-social</p>
-Decreto 2379 de 1947 (Jul. 18):	<p>Crea la sección de Farmacia, dependiente del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene.</p> <p>Función: Vigilancia y control de la Policía Sanitaria y de Farmacia. Vigilar y coordinar las labores de fiscalización encomendadas a los Inspectores de Farmacias y Laboratorios de producción farmacéutica; Levantar el registro de todos los farmacéuticos en ejercicio legal de su profesión; Llevar el Kárdex de clasificación de las farmacias, droguerías, etc.; Vigilar y coordinar el funcionamiento del Laboratorio de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos; Cumplir y hacer cumplir las disposiciones legales sobre drogas, alimentos y cosméticos, Compilar las disposiciones dictadas o que se dicten , en relación con la profesión farmacéutica.</p> <p>El Ministerio de Higiene dotará a los Inspectores y a sus secretarios, de carnets de identificación para acreditarlos ante las autoridades de la república y ante las entidades particulares, las cuales están obligadas a prestarles el apoyo que requieran en el desempeño de sus funciones.</p> <p>La sección de Análisis de Especialidades Farmacéuticas, creada por el artículo 35 del Decreto 759 de 1947, se llamará Sección de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos.</p>
-Ley 44 de 1947 (dic. 15)	<p>Crea el Instituto Nacional de Nutrición como dependencia del Ministerio</p> <p>Función: Estudiar y resolver los problemas de la alimentación del pueblo colombiano.</p>
-Ley 70 de 1947 (dic. 23)	<p>Crea cinco Comisiones Sanitarias Ambulantes, dependientes del Ministerio de Higiene.</p> <p>Función: Atender y recetar gratuitamente a los colonos que lo necesiten; organizar y llevar a cabo las campañas contra las endemias y epidemias predominantes en la región.</p>
-Ley 80 de 1947 (dic. 24)	<p>“Por el cual se procede al saneamiento antimalárico de las riberas del río Magdalena”</p> <p>Función: Para todos los trabajos de saneamiento antimalárico de los puertos del río Magdalena y otros que se adelanten con el dinero del Gobierno Nacional, el Gobierno podrá organizar la División de Malariología, Ministerio de Higiene, en forma conveniente para adelantar los trabajos.</p>
- Ley 86 de 1947 (dic. 26)	<p>“Por el cual se crea el Instituto de Enfermedades Tropicales ROBERTO FRANCO”</p> <p>Función: El instituto se destinará al adiestramiento del personal técnico necesario para las campañas de Higiene Pública especializada que adelante el Ministerio en el ramo de enfermedades tropicales.</p> <p>El Instituto de Enfermedades Tropicales actuará como asesor técnico del Ministerio de Higiene en las campañas sanitarias sobre enfermedades tropicales.</p> <p>Facultase al Ministerio de Higiene para reglamentar ampliamente el funcionamiento del instituto.</p>

-Decreto 321 de 1948 (ene 30):	<p>“por el cual se reglamentan los numerales s) d) e) h) i) del artículo 1° de la Ley 39 de 1947.</p> <p>Función: El Ministerio de Higiene dictará las normas para el saneamiento de las casas ocupadas por enfermos de lepra y destinará las partidas necesarias para el saneamiento de las habitaciones de enfermos que carezcan de recursos para efectuarlas por su cuenta.</p> <p>El Ministerio de Higiene podrá autorizar la experimentación en instituciones oficiales de cualquier producto terapéutico destinado al tratamiento de la lepra sin costo ninguno para el Estado ni para los enfermos, siempre que el interesado acepte el control científico de la experimentación.</p>
-Decreto 0986 de 1948 (mar 13)	<p>“Por el cual se crea el Departamento de Coordinación de Higiene y se adscriben unas funciones”.</p> <p>Función: El Departamento de Coordinación de Higiene organizará la educación Higiénica que han de avanzar por su parte, las distintas dependencias del Ministerio de Educación y se encargará, además de dar las orientaciones generales para la organización de los restaurantes escolares y la construcción de las edificaciones escolares. Elaborará los programas requeridos para la estrecha colaboración entre los Ministerios de Higiene y de Educación.</p>
-Decreto 1346 de 1948 (abr. 27):	<p>“Por el cual se dicta una disposición”</p> <p>Función: Se suprime provisionalmente la sección de Policía Sanitaria del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene. Declárese insubsistente el personal de Inspectores y Secretarios de Policía Sanitaria y de Farmacia.</p>
-Decreto 2454 de 1948 (jul. 17)	<p>“por el cual se adscriben unas funciones”</p> <p>Función: Adscribanse a los Directores Departamentales de Higiene las funciones encomendadas a los Inspectores de Policía Sanitaria Nacional.</p>
-Decreto 2554 de 1948 (jul. 23)	<p>“por el cual se suprimen unos cargos y se dictan otras disposiciones”</p> <p>Función: Desde el 1° de julio de este año quedan suprimidos los cargos de Subjefe de la Sección de Farmacia del Departamento Jurídico del Ministerio de higiene, y el Médico especializado en Farmacodinamia de la Sección de Control de Drogas, Alimentos y Cosméticos.</p>
-Decreto 2594 de 1948 (jul. 24)	<p>“por el cual se determina un procedimiento”</p> <p>Función: Apelaciones. Solo el Ministro conoce de las apelaciones de las providencias dictadas por la Junta Central de Títulos Médicos, Odontológicos y Farmacéuticos.</p>
-Decreto 2596 de 1948 (jul. 24):	<p>“por el cual se hace una modificación al Decreto número 25 de 1947”</p> <p>Función: La Administración General de Lazaretos, como Sección Administrativa de la División de Lepra, funcionará independientemente del Departamento Administrativo del Ministerio de Higiene.</p>
-Ley 11 de 1948 (sep. 29)	<p>“Por el cual se adiciona el inciso d) del artículo 1° de la Ley 84 de 1946”</p> <p>Función: El Ministerio de Higiene debe reglamentar de común acuerdo con la Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional, el examen de aprobación sobre farmacia magistral, para la obtención de la respectiva licencia, de las personas que iniciaron la práctica de farmacia como ayudantes en el despacho de fórmulas magistrales, con anterioridad a la vigencia de la Ley 44 de 1935, y que hasta la vigencia de la presente Ley hayan continuado de manera permanente dicha práctica.</p>
-Decreto 3550 de 1948 (oct. 20):	<p>“Créase la Junta de Títulos de Enfermería, dependiente del Ministerio de Higiene “</p> <p>Función: Los diplomas, títulos, certificados o licencias que expidan las Escuelas de Enfermeras o las entidades que dirijan o patrocinen Cursos de Enfermería o de Salubridad Pública serán revisados por la Junta de Títulos de Enfermería después de haber sido refrendados por el Ministerio de Higiene. La Junta procederá a expedir el correspondiente carnet de identificación</p>

	<p>profesional. Los carnets serán suministrados por el Ministerio de Higiene a costa de los interesados.</p>
-Ley 32 de 1948 (nov. 4)	<p>Suprímase la sección de Farmacia del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene y créanse los puestos de Oficial Mayor y Oficial de Kárdex del Departamento Jurídico del mismo Ministerio. Crease la Inspección General de Laboratorios y Farmacias dependiente del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene. Función: Esta Desempeñará las funciones señaladas para la Policía Sanitaria Nacional y las demás que le asigne el Gobierno Nacional. Las funciones encomendadas a la extinguida Comisión de Especialidades Farmacéuticas por las Leyes 11 de 1920 y 116 de 1937, serán desempeñadas conjuntamente por el Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene y por el Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez”. Esta última entidad rendirá los conceptos técnicos, a los que se ceñirá el Departamento Jurídico para expedir o negar las licencias solicitadas para importación, preparación y venta de drogas, alimentos y cosméticos en el territorio Nacional. La revisión de las licencias que actualmente adelanta dicho Departamento tendrá como objetivo principal la protección de la salud colectiva.</p>
-Ley 34 de 1948 (nov. 5)	<p>“por la cual se fijan las condiciones para la fabricación de bebidas fermentadas y se dictan otras disposiciones.” Función: Estas bebidas, además de los requisitos químicos que fijará el Ministerio de Higiene, sólo podrán contener hasta el 4% de alcohol etílico en volumen. Todo establecimiento destinado al expendio de bebidas fermentadas para el público, deberá reunir las condiciones higiénicas y requisitos de personal, muebles, utensilios y local que prescriba el Ministerio de Higiene para restaurantes, bares y cafés, etc., dentro de los plazos que señale el Ministerio de Higiene</p>
-Decreto 00322 de 1949 (Feb. 15)	<p>“Se organiza la Dependencia del Ministerio de Higiene denominada “Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay”” Función: Sus funciones serán: a) La campaña contra la Fiebre amarilla en el país, b) Servicio de Viscerotomía, c) preparar, distribuir, y aplicar la vacuna contra la fiebre amarilla, d) realizar estudios sobre el tifo exantemático y otras enfermedades de la misma categoría, produciendo al mismo tiempo las vacunas contra tales enfermedades, e) realizar estudios en general de las enfermedades producidas por virus.</p>
-Decreto 00437 de 1949 (feb. 22)	<p>“Organiza la sanidad portuaria en las ciudades de Barranquilla y Buenaventura” Función: Estos servicios de Sanidad portuaria serán prestados exclusivamente por el Ministerio de Higiene a partir del 28 de febrero de 1949</p>
-Decreto 3842 de 1949 (Dic. 3)	<p>“Organiza la Salubridad Nacional, crea el Servicio de Salubridad Rural y dicta normas.” Función: El Ministerio de Higiene hará la División del País en zonas de salubridad que faciliten la prestación de los servicios de salubridad, mediante la cooperación de los departamentos y los municipios. 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 Ministerio de Higiene, de acuerdo con las universidades reconocidas por el Estado organizará cursos de corta duración con el objeto de preparar previamente los estudiantes de medicina que vayan a cumplir con el Servicio</p>

	<p>De salubridad rural.</p> <p>El Ministerio de Higiene expedirá el certificado de cumplimiento del servicio de salubridad rural.</p> <p>El Ministerio de Higiene por medio de resoluciones determinará las personas que por la índole de las actividades a que se dediquen, requieren el certificado o carnets de sanidad, de que trata el aparte f) del artículo 2º de la Ley 98 de 1948. Igualmente determinará los inmuebles o establecimientos que requieran para su uso o funcionamiento de la patente de sanidad a que se refiere la misma ley.</p>
-Decreto 2554 de 1950 (jul. 28)	<p>“Por el cual se organiza la Asistencia Hospitalaria en el país”</p> <p>Función: Facultase al Ministerio de Higiene para organizar en el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social, una Comisión Técnica Asistencial y para fijar el personal subalterno y sus asignaciones. Las funciones de la Comisión Técnica Asistencial serán reglamentadas por el Ministerio de Higiene y tendrá entre otras las siguientes:</p> <p>1. Hacer la división del país en zonas hospitalarias de acuerdo con la densidad de la población, condiciones climatéricas, patología dominante y facilidades de transporte, en coordinación con las divisiones que el Ministerio de Higiene establezca para los servicios de salubridad; 2. Calcular el número necesario de camas para los hospitales de cada zona; 3. Determinar la clase y tipo de los organismos hospitalarios que deben funcionar en cada zona; 4. Determinar la prelación para las construcciones asistenciales en el país y en cada zona; 5. Elaborara los planos de construcción, ensanche y mejoras de cada organismo asistencial y determinar el equipo necesario para su funcionamiento.</p> <p>Las Juntas Departamentales de Beneficencia o Asistencia tendrán entre otras las siguientes funciones:</p> <p>a) Elaborara su Estatutos, Reglamentos, presupuestos, sometiéndolos a aprobación del Ministerio de Higiene; b) organizar las rentas que estarán destinadas exclusivamente al sostenimiento y construcción de hospitales y asilos. C) apropiar las partidas necesarias para el sostenimiento de todos los Centros asistenciales que funcionen en el Departamento. D) Distribuir con la autorización del Ministerio de Higiene todos los auxilios nacionales destinados a Asistencia o Beneficencia Públicas.</p> <p>Al Ministerio de Higiene corresponde la reglamentación general de los servicios administrativos, de personal técnico-científico y de las normas bioestadísticas en todos los hospitales y clínicas del país.</p>
-Decreto 2727 de 1950	<p>“Se establece la zonificación hospitalaria en el país”</p> <p>Función: El Ministerio de Higiene por medio de sus dependencias prestará, tanto a las entidades oficiales como particulares que proyecten o adelanten obras de Asistencia Pública, la orientación y ayuda técnica necesarias para que tales obras se cumplan con sujeción a un plan armónico que sea garantía de buen servicio y de concepción realista de las necesidades hospitalarias como de la capacidad económica del país.</p>
-Decreto 1234 de 1951	<p>“Se organiza la dependencia del Ministerio de Higiene denominada “Instituto Nacional de Radium”</p> <p>Función: Sus funciones serán: a) La prevención y el tratamiento del Cáncer, de las enfermedades pre-cancerosas y de aquellas otras cuyo tratamiento solo sea posible por medio de los sistemas fisioterapéuticos, quirúrgicos o médicos de que dispone el Instituto; b) Organizar, orientar, dirigir y controlar la Campaña Anticancerosa en todo el territorio Nacional., c) Realizar los estudios de investigación científica relacionados con el cáncer, d) continuar y ampliar la función docente.</p>
-Decreto 1617	Se reglamenta el Servicio de Salubridad Rural

de 1951	Función: El Ministerio de Higiene determinará, por medio de Resoluciones, las poblaciones y zonas rurales es las cuales deberá prestarse el servicio de Medicatura y Odontología Rural.
-Decreto 873 de 1952	“Cambia el nombre de la División de Sanidad Portuaria por Sección Sanidad Portuaria y la ubica como dependencia del Departamento de Salubridad del Ministerio” Función: La Sección de Sanidad Portuaria tendrá un médico jefe, cuyas funciones será las siguientes: a) Dirigir, organizar y fiscalizar los servicios de sanidad portuaria en todos los puertos marítimos, aéreos, terrestres y fluviales en el territorio de la República; b) Calificar el Estado Sanitario de dichos puertos; c) Visitar periódicamente todos los servicios de sanidad portuaria que funcionen en el país; d) Dictar por medio de resoluciones todas las medidas que considere necesarias para el correcto funcionamiento de tales servicios; e) Hacer cumplir las disposiciones vigentes sobre la materia; f) Aplicar sanciones a los contraventores de las disposiciones sobre sanidad portuaria; g) Rendir informes mensuales, al Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene; h) dictar los reglamentos de los servicios de sanidad portuaria; i) dictar medidas profilácticas en los puertos para impedir la importación y propagación de las enfermedades transmisibles.
-Decreto 1461 de 1952	“Crea el centro Nacional de Adiestramiento Técnico y de Experimentación y Demostración Ambiental dependiente del Departamento de Salubridad del Ministerio” Función: Entrenar y capacitar al personal que trabaje en las campañas sanitarias; instruir y formar aspirantes según los métodos de la técnica moderna adaptados a las necesidades de las diferentes regiones del país; realizar trabajos de terreno; construir obras modelos; sanificar zonas urbanas y rurales; efectuar trabajos de experimentación y demostración de sanidad ambiental
-Decreto 2273 de 1952	Autoriza al Gobierno para la organización y funcionamiento de las Direcciones Municipales de Higiene. Función: Los municipios capitales de departamento, y los demás, cuya población sea de cincuenta mil o más habitantes, o que tengan un presupuesto anual de o mayor de seiscientos mil pesos (\$600.000.00), así como aquellos que en el futuro llenen cualquiera de estas condiciones, quedan obligados a sostener las respectivas Direcciones Municipales de higiene.
-Decreto 1913 de 1952 (agosto 12)	“Por el cual se dictan medidas sobre asistencia pública, previsión social y salubridad Nacional” Función: Los funcionarios dependientes del Departamento de Salubridad del Ministerio de Higiene tendrán también el carácter de visitantes de las Instituciones de Utilidad Común.
-Decreto 0099 de 1953 (feb. 17)	“Crease como dependencia del Ministerio de Higiene el Departamento “Servicio Médico del Ferrocarril del Río Magdalena” Funciones: a) La coordinación entre los Departamentos, Divisiones e Institutos del Ministerio de Higiene para la prestación de los servicios médicos; B) La prestación directa de los servicios.
-Decreto 0946 de 1953 (abr. 6)	“Crease el Consejo Nacional de Práctica Profesional” Función: Tendrá como funciones las que hasta el presente han tenido las Juntas de Títulos Médicos, odontológicos, farmacéuticos, veterinarios, de Laboratorio Clínico y de Enfermería.
-Decreto 984 de 1953	Cambia la denominación del Ministerio de Higiene por Ministerio de Salud Pública y lo reorganiza.

Anexo E: Esquema de actividades

Según el reglamento de la salubridad nacional cada organismo sanitario debería “procurar la atención del normal cumplimiento de las actividades naturales de la sociedad, tratando de obtener el racional equilibrio de las funciones orgánicas: reproducción, nutrición, desarrollo y prestando la atención médica conveniente donde sea ello necesario” (Cavelier; 1950: 8), mediante la aplicación del siguiente esquema:

- Reproducción:** Educación Sanitaria
 Examen prenupcial
 Vigilancia y corrección del ambiente
 Cuidados prenatales
 Asistencia en el parto
 Cuidados post-parto
 Inmunizaciones pre-natales
 Educación a parteras
- Nutrición:** Educación Sanitaria----- Hogar
 Escrita- oral- objetiva Escuela
 Teatro
 Puesto de salud
 Servicios de puericultura
 Vigilancia y control de fábricas de alimentos
 Control de cantidad y calidad de alimentos
 Mercados
 Mataderos
 Acueductos
 Restaurantes----- Pre-natales
 Escolares
 Para obreros
 Para empleados
 Estímulo y propagación de nuevos cultivos e industrias
 Defensa de contaminación de alimentos
 Lucha antialcohólica
 Sala cunas (labor educativa)
 Jardines Infantiles (Labor educativa)
- Desarrollo:** Epidemiología----- Educación sanitaria
 Inmunizaciones
 Desinsectizaciones
 Pesquisa de fuentes de contagio
 Pesquisa de contactos
 Descubrimiento y tratamiento de portadores

Lucha contra vectores
Bioestadística
Laboratorios

Saneamiento del suelo----- Alcantarillados
Letrinas
Aguas negras
Pavimentación

Saneamiento de la vivienda--- Capacidad
Pisos
Paredes
Camas
Cocina

Saneamiento de establecimientos públicos

Asistencia médica curativa

Anexo F: Cambios en la estructura de los recursos humanos

A continuación se realiza una comparación de la estructura de recursos humanos con que se organizan el Ministerio de Higiene en 1947 y el Ministerio de Salud Pública en 1953. La composición por niveles y dependencias ilustrados permite dar cuenta de la trayectoria de los procesos de reforma del Ministerio en lo que atiene al recurso humano (Barrera, et al., 2008: 107), observándose que existió una tendencia al incremento en el número de funcionarios y en su nivel de profesionalización, en la siguiente tabla se aprecian estas observaciones con mayor detalle:

ESTRUCTURA OCUPACIONAL POR DEPENDENCIAS- Ministerio de Higiene 1946: Decreto N° 25 de 1947 (Enero 9)							
DEPENDENCIA	DIRECTIVO	ASESOR	EJECUTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO	ASISTENCIAL	TOTAL
GABINETE DEL MINISTRO	1 ministro				1 mecano taquígrafa	1 secretaria 1 chofer 1 portero	5
SECRETARÍA GENERAL NEGOCIOS GENERALES	1 secretario 1 jefe		1 oficial mayor 1 oficial mayor		1 radicador de correspondencia 2 mecanógrafa 1 archivero	2 mensajeros 1 portero	11
DEPARTAMENTO JURÍDICO	1 jefe abogado 1 secretario 1 subjefe 1 jefe de estufecientes		1 oficial de estadística		1 mecano taquígrafa 10 inspectores de policía sanitaria	1 cartero	17
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO. JEFATURA:	1 jefe 1 subjefe		1 oficial de control y de estadística		2 auxiliares de contabilidad 1 archivero 1 mecanógrafa	1 mensajero	8
ADMINISTRACIÓN GENERAL DE LAZARETOS	1 administrador general 1 secretario		1 oficial mayor	2 contadores	2 mecanógrafa	1 proveedor 1 mensajero	9
PROVEEDURÍA Y ALMACEN	1 jefe 1 subjefe		1 oficial de kárdex	1 contador	1 mecanógrafa	2 chofer 3 empacadores	11

						1 despachador	
DIVISIONES TÉCNICAS: BIOESTADÍSTICA	1 jefe		1 oficial mayor 4 oficiales de estadística		1 mecanógrafa		7
ENFERMEDADES COMUNICABLES	1 médico jefe 1 médico subjefe		1 oficial mayor		5 inspectores visitantes 1 mecanógrafa		9
HIGIENE MATERNO INFANTIL ESCOLAR Y DENTAL	1 médico jefe 1 médico subjefe 1 jefe de higiene dental		1 oficial mayor	2 enfermeras	2 mecanotauígrafa 1 mecanógrafa		9
EDUCACIÓN SANITARIA	1 médico jefe 1 jefe de publicaciones y director del multilith			1 bibliotecaria	1 mecanotauígrafa		4
NUTRICIÓN Y ALIMENTOS¹²²	1 jefe			1 veterinario			2
MALARIOLOGÍA¹²³	1 jefe			3 ingenieros			4
TUBERCULOSIS¹²⁴	1 médico jefe 1 médico director del centro epidemiológico de tuberculosis		1 oficial mayor	1 médico visitador 1 médico ayudante 2 enfermeras	1 mecanógrafa 1 mecanotauígrafa	1 portero-cartero	10
LEPRA¹²⁵ SECCIÓN CIENTÍFICA DIRIGIDA POR EL INSTITUTO "FEDERICO LLERAS ACOSTA"	1 médico jefe director 1 subdirector-jefe 1 jefe de epidemiología 1 secretario de la dirección			1 médico auxiliar de consultorio 1 anatomopatólogo 1 interno	1 auxiliar de anatomía patológica 1 auxiliar de laboratorio 1 jefe de establos 1 inspector de sanidad de lazaretos	2 hermanas de la caridad 1 jefe de establos 1 ayudante de establos 1 portero-cartero 3 ayudantes de laboratorio	19
VENEREAS Y	1 médico		1 oficial		1		3

¹²² Con la organización, personal y asignaciones que tiene en el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Funciona con el Acuerdo de Proyecto número 200. Con la información disponible no fue posible aclarar el número total de funcionarios.

¹²³ Con la organización, personal y asignaciones que tiene en el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Funciona con el Acuerdo de Proyecto número 300. Con la información disponible no fue posible aclarar el número total de funcionarios.

¹²⁴ Sin tener en cuenta el personal del Hospital Sanatorio "Santa Clara", el dispensario de enfermedades del pulmón y los consultorios de enfermedades pulmonares por no tener claridad en el número total de estas instituciones a nivel nacional.

¹²⁵ Sin tener en cuenta el personal de los Consultorios de enfermedades de la piel ni de los Lazaretos por no tener claridad en el número total de estos a nivel nacional

PIÁN	jefe		mayor		mecanógrafa		
ASISTENCIA PÚBLICA Y PREVISIÓN SOCIAL	1 médico jefe 1 médico subjefe 1 secretario abogado			1 contador revisor	2 contadores auxiliares 2 mecanotaquígrafas	2 visitantes	10
INGENIERÍA SANITARIA:			1 oficial				38
Sección General:	1 ingeniero jefe 1 ingeniero subjefe			10 ingenieros de zona	1 mecanotaquígrafa	1 preparador de copias 1 cadenero 6 revisores	
Obras de Sanidad Urbana y Rural:							
Sección de Acueductos y Alcantarillados:				2 ingenieros revisores 2 ingenieros de control 2 topógrafos dibujantes	2 mecanotaquígrafas		
Sección de obras de Asistencia Social:	1 arquitecto jefe			1 arquitecto visitador	1 dibujante 1 mecanógrafa	1 ayudante de arquitectura 2 ayudantes de laboratorio	
Laboratorio:				1 ingeniero químico			
INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "SAMPER MARTÍNEZ"	1 director científico						80
Vacuna y seroterapia:	1 médico jefe 1 médico subjefe			1 médico veterinario	4 ayudantes técnicos	1 ayudante auxiliar 1 ayudante de laboratorio 2 encargados del aseo	
Enfermedades Comunicables:							
Entomología y parasitología:				1 entomólogo		1 ayudante del entomólogo 1 ayudante de laboratorio 1 encargado de los animales 2 ayudantes auxiliares	
Vacuna de B.C.G.:	1 médico director					1 ayudante auxiliar	
Bacteriología y microscopio:	1 médico jefe				1 ayudante técnico	1 ayudante auxiliar	
Parque de Vacunación:	1 jefe						

					1 escribiente 1 inspector		
					1 escribiente 1 inspector		
INSPECCIÓN NACIONAL DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA PÚBLICA	2 médicos jefes			1 médico 1 dentista 1 enfermera	1 mecanota quígrafa	1 cocinero 1 despendero	8
ESCUELA SUPERIOR DE HIGIENE ¹²⁶	1 médico jefe			1 médico profesor			2
ORGANISMOS NACIONALES DE HIGIENE¹²⁷							6
Consejo de Sanidad del Ministerio de Higiene:	1 director departamental de higiene de Cundinamarca						
Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición:	1 director del departamento de higiene del municipio de Bogotá.						
Juntas Centrales de Títulos Médicos, Odontológicos y Farmacéuticos:	1 director nacional de enseñanza primaria del Ministerio de Educación						
	1 jefe del departamento de agricultura del Ministerio de la Economía nacional.			1 secretario-abogado	1 mecanota quígrafa		
ORGANISMOS INTERNACIONALES DE HIGIENE¹²⁸							40
Servicio Cooperativo Interamericano							

¹²⁶ Con fecha 18 de noviembre de 1948 se celebró el contrato entre el Gobierno Nacional y la Fundación Rockefeller, para la creación y sostenimiento de esta Escuela. Aunque desconozco su nómina, según informe de la Escuela Superior de Higiene en 1949: “en su mayoría el personal para los cursos que allí se adelantan, será tomado dentro de las dependencias del Ministerio, escogiendo para ello a aquellos funcionarios que hayan demostrado en el ejercicio de sus empleos un mayor interés por el servicio”.

¹²⁷ En el Art. 8 del presente decreto se estipula que esta dependencia queda integrada por: El Consejo de Sanidad del Ministerio de Higiene, el Consejo Nacional de protección Infantil, el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición y las Juntas Centrales de Títulos Médicos, Odontológicos y Farmacéuticos. De estos, no se registra el personal por cuanto lo conforman los directores y jefes de las otras dependencias ya descritas, salvo las excepciones allí registradas.

¹²⁸ Se desconoce el personal que lo integra. (Tal como quedan determinados en el Art. 33, inciso a), párrafo de dicho inciso e inciso b)

de Salud Pública ¹²⁹							
Instituto de Estudios Especiales "Carlos Finlay" de la Fundación Rockefeller ¹³⁰ .							
Dirección:	1 director 1 secretario-contador						
Administración:				1 administrador-pagador		1 encargado de materiales 1 encargado de compras 1 almacenista 2 choferes 1 carpintero 1 portero 2 sirvientas	
Laboratorio:	1 médico jefe				1 mecanógrafo 4 técnicos ayudantes	4 ayudantes	
Colonia de ratones y animales de experimentación:						5 ayudantes 3 sirvientas	
Servicio de Epidemiología:				1 médico epidemiólogo		1 ayudante	
Servicio de Viscerotomias y Vacunación:	1 médico jefe 3 jefes de comisiones vacunadoras				1 mecanógrafo	3 ayudantes	
total	69	0	16	55	92	113	345

¹²⁹ Se desconoce el número de funcionarios que hacía parte de esta sección del Ministerio de Higiene. Según Decreto 0849 de 1947 en su Art. 1: "Para todo lo relacionado con el personal de la Sección Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública del Ministerio de Higiene, regirá lo establecido por el Artículo 14 del Convenio Básico, celebrado entre el Gobierno de Colombia y el Institute of Inter-American Affairs, publicado en el *Diario Oficial* número 26124 del 7 de mayo de 1946.

¹³⁰ El contrato entre el Gobierno de Colombia y la fundación Rockefeller para el sostenimiento de este Instituto terminó el 31 de Diciembre de 1948. Posteriormente su nómina se determina en el Decreto 00322 del feb. 15 de 1949.

ESTRUCTURA OCUPACIONAL POR DEPENDENCIAS- Ministerio de Salud Pública 1953: Decreto 984 de 1953							
DEPENDENCIA	DIRECTIVO	ASESOR	EJECUTIVO	PROFESIONAL	TECNICO	ASISTENCIAL	TOTAL
Gabinete del Ministro	1 Ministro		1 Oficial Mayor 1 Oficial Auxiliar			1 Chofer 1 Portero Escribiente	5
Sección Primera Asesoría Jurídica	1 Abogado Jefe 1 Jefe de Estupefacientes			1 Abogado Auxiliar	1 Mecnota quígrafa 1 Mecnógrafa		5
Sección Segunda Bio-Estadística: Jefatura: Grupo A. Asesoría Técnica, Análisis e Investigaciones Estadísticas: Grupo B Enfermedades Comunicables: Grupo C. Tuberculosis y Lepra: Grupo D. Estadística de Hospitales: Grupo E Estadísticas de trabajo y otras: Grupo F Tabulación Mecánica:	1 Jefe de sección	1 Asesor Técnico, Director de la Sección	1 Oficial ayudante Mecnógrafo 1 Oficial Ayudante 1 Oficial de Estadística 1 Oficial de Estadística 1 Oficial codificador 2 Oficiales ayudantes fichadores 2 Oficiales de estadística 1 Oficial ayudante de tabulación	1 Analista	1 Mecnota quígrafa 1 Dibujante 1 Mecnógrafa	1 Mensajero 1 Visitador 4 Operarias	26
Sección Tercera Consejo Regional de Práctica Profesional:	1 Jefe.		1 Oficial Mayor 1 Oficial de Kárdex		1 Mecnota quígrafa.		4
Sección Cuarta Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública ¹³¹ :							¿

¹³¹ Se desconoce el número de funcionarios que hacía parte de esta sección del Ministerio de Salud Pública. (De acuerdo con el convenio celebrado con el Instituto de Asuntos Interamericanos).

"Roberto Franco", de Villavicencio. ¹³⁴ 4º Instituto de Estudios Especiales "Carlos Finlay" ¹³⁵ Dirección: Administración: Laboratorio: Colonia de ratones y animales de experimentación: Servicio de Epidemiología: Servicio de Viscerotomias y Vacunación	1 director 1 jefe de investigaciones 1 Director 1 Secretario 1 médico Jefe 1 médico jefe 3 Jefes de Comisiones Vacunadora			1 Administrador 1 contador 1 Médico epidemiólogo 1 médico ayudante de patología	afa 1 mecánico 1 mecanógrafo 1 técnico ayudante 1 mecanógrafa	1 encargado de materiales 1 encargado de compras 1 almacenista 2 choferes 1 carpintero 1 latonero 2 sirvientas 7 ayudantes 7 ayudantes 1 ayudante 3 ayudantes	
Departamento Primero. Secretaría y Negocios Generales:	1 Secretario General		1 Oficial Mayor.			1 Chofer 1 Mensajero Conserje	4
Sección Primera. Oficina de Personal:			1 Oficial Mayor		2 Mecanotaquígrafas	1 Mensajero Conserje	4
Sección Segunda. Oficina de Correspondencia:			1 Oficial radicador 1 Oficial primero 1 Oficial Segundo		1 Mecanógrafa	3 Mensajeros Conserjes,	7
Departamento Segundo Salubridad:	1 Jefe 1 Secretario				1 Mecanotaquígrafa	1 Chofer	4
Sección Primera			1 Oficial de	2 Médicos	1		5

¹³⁴ Su nómina se determina en distinto Decreto (Decreto 0983 de 1953). Abril 16) de Presidencia de la República.

¹³⁵ Su nómina fijada según Decreto 3539 de 1950 de acuerdo con el convenio celebrado con la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington.

Organismos de Salubridad y Medicina Rural:			Kárdex	Visitadores 1 Odontólogo Visitador	Mecanógrafa		
Sección Segunda. Sanidad Ambiental:				1 Ingeniero Sanitario Visitador 1 Ayudante de Ingeniería 1 Veterinario Visitador	1 Revisor de Sanidad Ambiental Visitador 1 Mecanógrafa 3 Revisores Nacionales		8
Sección Tercera. Epidemiología y Control de Enfermedades transmisibles:			1 Oficial de Radicación	1 Médico Epidemiólogo	1 Revisor Nacional de Vacunación 1 Inspector Vacunador		4
Sección Cuarta. Sanidad Portuaria ¹³⁶ :							27
Barranquilla:	1 médico jefe 1 secretario-contador		1 oficial mayor	1 médico de puerto	1 Mecanógrafa 4 inspectores	1 chofer 1 motorista de lancha 1 portero	
Cartagena:	1 secretario			1 médico de puerto	1 vacunadora 1 marinero 2 inspectores	1 motorista de lancha	
Santa Marta:				1 médico de puerto	1 inspector	1 motorista de lancha 1 portero	
Buenaventura:	1 secretario-contador			1 médico de puerto	2 inspectores		
Sección Quinta Centro Nacional de Adiestramiento Técnico y de Experimentación y de Demostración de sanidad Ambiental. ¹³⁷	1 secretario-administrador y pagador				1 revisor – instructor 1 bibliotecario 1 mecanógrafa	1 vigilante 1 chofer	6
Sección Sexta. Protección Materno Infantil	1 Médico Jefe 1 Secretario						2
Sección Séptima. Campaña en colaboración con UNICEF. ¹³⁸	1 Jefe.		1 Oficial de Estadística	1 Médico Visitador 1 Enfermera Jefe	1 Mecanotagráfica	1 Ayudante de Kárdex	6

¹³⁶ Personal estipulado conforme el Decreto número 326 de febrero 17 de 1953 de Presidencia de la República.

¹³⁷ Creado por Decreto Número 1461 de 1952 de Presidencia de la República. Nómina según Decreto 0883 de 26 de marzo de 1984.

¹³⁸ Las Instituciones de Higiene Materno-Infantil y los Centros de Higiene que se sostienen directamente con fondos nacionales, seguirán funcionando con el personal y asignaciones que tiene actualmente.

Departamento Tercero. Asistencia Pública y Previsión Social:	1 Jefe.						1
Sección Primera. Hospitales:				1 Médico para control científico 1 contador	1 Técnico en administración 1 Mecnógrafa		4
Sección Segunda. Superintendencia de Instituciones de Utilidad Común:	1 Superintendente.				1 Mecnógrafa.		2
Sección Tercera. Loterías:					1 Técnico en Loterías		1
Departamento Cuarto. Tuberculosis y Lepra:	1 Jefe 1 Secretario					1 Mensajero 1 Chofer	4
Sección Primera Tuberculosis: ¹³⁹	1 Sub-Jefe de Tuberculosis	1 Asesor Técnico			1 Mecnotaquígrafa.	2 choferes	5
Lepra: ¹⁴⁰	1 Sub-Jefe de Lepra.				1 Mecnógrafa		2
Departamento Quinto. Administrativo:	1 Jefe				1 Mecnotaquígrafa.	1 Mensajero Conserje 1 Chofer	4
Sección Primera. Apropiaciones, Ordenaciones, Reservas y Acuerdos:				1 Contador Primero. 1 Contador Auxiliar de Giros. 1 Contador Auxiliar de Apropiaciones	1 Mecnotaquígrafa.		4
Sección Segunda. Examen de Cuentas:			1 Oficial de Inventarios	2 Contadores revisores	1 Mecnógrafa		4
Sección Tercera Pagaduría:				1 Contador Pagador 1 Contador Segundo	1 Mecnotaquígrafa 1 Mecnógrafa		4
Sección Cuarta. Oficina de Compras:	1 Jefe				1 Mecnotaquígrafa	2 Cotizadores	4
Sección Quinta. Proveduría y Almacén:	1 Jefe.		1 Oficial de Kárdex	1 Contador.	1 Mecnotaquígrafa 1 Mecnógrafa	2 Despachadores Conserjes 1 Chofer 1	10

¹³⁹ Dispensarios, hospitales, Sanatorios, Centros Epidemiológicos, Unidades Móviles, etc., continuarán funcionando con el mismo personal y asignaciones fijados en su nómina actual.

¹⁴⁰ Lazaretos: Continuarán funcionando los que existen en la actualidad, con el mismo personal y asignaciones que tiene fijados.

						Carpintero. 1 Empacador	
Departamento Sexto. Servicio Médico del Ferrocarril del río Magdalena:¹⁴¹	1 médico jefe				1 secretaria de kárdex		2
total	65	3	30	74	109	168	449

¹⁴¹ El personal se estipula en el Decreto número 99 de 1953 de Presidencia de la República. No se hace cuenta del personal de los puestos médicos dependientes del Servicio Médico del Ferrocarril del Río Magdalena, por cuanto el Decreto no indica su totalidad. (cada puesto cuenta con: 1 médico, 1 enfermero y 1 inspector de sanidad). Téngase presente que por Decreto número 3405 de 1953 el Departamento de Servicio Médico del Ferrocarril del Río Magdalena, pasó a ser una sección del Departamento de Sanidad del Ministerio de Obras Públicas.

Anexo G: Decretos presidenciales sobre personal expedidos entre 1947 y 1953

A continuación se listan los 468 Decretos expedidos por Presidencia de la República expedidos entre el 9 de enero de 1947 y el 16 de abril de 1953 sobre los cuales se hacen modificaciones relacionadas con el recurso humano del Ministerio. Las temáticas abordadas incluyen: nombramientos, se confieren comisiones ad-honorem, se nombran delegados ad-honorem, se aumentan sueldos, se crean o suprimen cargos y se conceden viáticos.

AÑO	DECRETOS	TOTAL
1947	Nº 232, 272, 407, 481, 593, 680, 681, 917, 770, 849, 850, 851, 875, 903, 947, 1476, 1567, 1611, 1612, 1764, 1782, 1849, 1852, 1895, 1974, 2005, 2020, 2021, 2110, 2135, 2146, 2216, 2249, 2286, 2328, 2339, 2349, 2373, 2374, 2408, 2485, 2488, 2544, 2694, 2765, 2895, 2908, 2982, 3067, 3090, 3273, 3322, 3359, 3391, 3358, 3553, 3637, 3670, 3714, 3715, 3919, 3933, 3973, 4021, 4050, 4124, 4135	67
1948	Nº 96, 142, 557, 559, 672, 709, 742, 911, 910, 1143, 1142, 1203, 1254, 1356, 1442, 1701, 1700, 1749, 1939, 1965, 2085, 2141, 2142, 2249, 2266, 2424, 2491, 2552, 2554, 2592, 2654, 2708, 2985, 2998, 3001, 3235, 3378, 3416, 3552, 3802, 3847, 3885, 3936, 3935, 4015, 4169, 4170, 4192, 4234	49
1949	Nº 6, 7, 161, 308, 540, 559, 560, 696, 725, 868, 1079, 1161, 1165, 1166, 1208, 1245, 1253, 1296, 1346, 1347, 1468, 1469, 1606, 1607, 1608, 1637, 1647, 1689, 1690, 1691, 1692, 1901, 1902, 1903, 1018, 1983, 2141, 2269, 2270, 2271, 2307, 2397, 2398, 2399, 2400, 2405, 2526, 2538, 2545, 2547, 2651, 2799, 2817, 2821, 2858, 2860, 2877, 2950, 3067, 3217, 3218, 3223, 3224, 3386, 3387, 3464, 3465, 3466, 3467, 3496, 3505, 3509, 3510, 3539, 3592, 3631, 3736, 3737, 3771, 3774, 3811, 3824, 3927, 3978, 4006, 4022, 4105	87
1950	Nº 48, 49, 50, 106, 172, 317, 410, 493, 548, 1258, 1260, 1259, 1261, 1319, 1348, 1349, 1362, 1433, 1439, 1445, 1477, 1478, 1480, 1522, 1620, 1621, 1622, 1636, 1637, 1696, 1705, 1783, 1878, 1801, 1802, 1889, 1888, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1928, 1935, 2015, 2016, 2067, 2137, 2136, 2157, 2158, 2182, 2198, 2214, 2286, 2314, 2325, 2406, 2408, 2451, 2452, 2453, 2514, 2575, 2636, 2705, 2733, 2734, 2770, 2775, 2800, 2804, 2816, 2902, 3023, 3081, 3150, 3151, 3387, 3388, 3448, 3516, 3540, 3541, 3569, 3577, 3706, 3707, 3714, 3724, 3725, 3735, 3734, 3736, 3770	95
1951	Nº 37, 38, 42, 106, 196, 224, 309, 352, 366, 406, 492, 497, 735, 752, 753, 754, 816, 817, 863, 864, 870, 956, 963, 1014, 1026, 1027, 1040, 1249, 1250, 1251, 1253, 1394, 1397, 1570, 1582, 1623, 1720, 1700, 1721, 1722, 1723, 1724, 1758, 1788, 1847, 1848, 1877, 1910, 1917, 1918, 1919, 1958, 1982, 1984, 2047, 2050, 2082, 2131, 2132, 2169, 2224, 2252, 2304, 2315, 2316, 2317, 2249, 2452, 2453, 2454, 2481, 2483, 2496, 2544, 2545, 2547, 2631	77
1952	Nº 11, 39, 215, 217, 218, 219, 307, 535, 536, 538, 549, 572, 573, 574, 575, 584, 585, 875, 877, 878, 928, 929, 930, 931, 1036-b, 1058, 1118, 1131, 1199, 1200, 1379, 1462, 1648, 1649, 1652, 1764, 1855, 1911, 1912, 2081, 2082, 2086, 2088, 2118-Bis, 2119, 2146, 2236, 2237, 2294, 2367, 2385, 2579, 2614, 2616, 2618, 2619, 2620, 2623, 2711, 2813, 2845, 2882, 2906, 2907, 2908, 3013, 3014, 3090, 3092, 3093, 3172	71
1953	Nº 13, 101, 214, 218, 219, 220, 325, 330, 434, 520, 522, 614, 735, 736, 834, 835, 836, 918, 919, 974	20

Bibliografía

Fuentes primarias:

- Abad Gómez, Héctor (1957) *Higiene, Moral y Vivienda*. Conferencia dada el 28 de abril de 1957 en la IV Semana Social Colombiana. Medellín, Centro Interamericano de Vivienda.
- Abad Gómez, Héctor (1987) *Teoría y Práctica de Salud Pública*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Cajiao Pérez, Mario (1953) *Los Nuevos Aspectos Sociales de los Leprosos en el Mundo*. Ginebra, mayo de 1953.
- Carvajal Peralta, Alonso (1952) *Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1951*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Cavelier, Jorge E. (1949) *Memoria del Ministro de Higiene*. Vol. 1. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Cavelier, Jorge E. (1949) *Memoria del Ministro de Higiene*. Vol. 2. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Cavelier, Jorge E. (1950) *Plan Hospitalario Nacional*. Bogotá, Imprenta del Banco de la República.
- Cavelier, Jorge E. (1950) *Organización y Reglamento de la Salubridad Nacional*. Bogotá, Imprenta del Banco de la República.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública (1953) Acuerdo Número 69 de Septiembre 10 de 1953. Bogotá, Ministerio de Salud Pública - Consejo Nacional de Práctica Profesional.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública (1953) *Código Sanitario Nacional*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Corpas, Juan N. (1924) *Memoria de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1924*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Correa, Francisco Antonio (1949) *Codificación Nacional de Higiene*. Bogotá, República de Colombia/Ministerio de Higiene.
- Cruz, Pedro Eliseo (1947) *Memoria de Higiene*. Vol. 1. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Cruz, Pedro Eliseo (1948) *Memoria de Higiene*. Vol. 2. Bogotá, Imprenta Nacional.

- Cruz, Pedro Eliseo; Serpa, Roberto & Baquero José, G. (1948) *Compilación de Disposiciones Legales Sobre Instituciones de Utilidad Común (Hospitales, Asilos, Orfanatos, etc.)*. Bogotá, Ministerio de Higiene.
- Currie, Lauchlin (1950) *Bases de un Programa de Fomento para Colombia: Informe de una Misión*. Bogotá, Imprenta del Banco de la República.
- Currie, Lauchlin (1952) *Reorganización de la Rama Ejecutiva del Gobierno de Colombia: Informe de una Misión*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Huertas, J. Vicente (1927) *Memorias del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1927*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Jiménez, Alejandro (1952) *Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1952*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Llinás, Juan Pablo (1958) *Memoria del Ministro de Salud Pública al Congreso Nacional 1958*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- López Narváez, Gerardo (1953) *Campaña General Antipiánica*. Bogotá, Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Higiene/Sección de Personal (1949) *Hoja de vida de Bejarano Jorge*. Bogotá, Ministerio de Salud/Archivo General N 062.
- Ministerio de Higiene/Sección de Personal (1950) *Hoja de vida de Cavelier Jorge E*. Bogotá, Ministerio de Salud/Archivo General N 1262.
- Ministerio de Salud/Unidad de Personal (1983) *Hoja de vida de Alejandro Jiménez Arango*. Bogotá, Ministerio de Salud/Archivo General N 3800.
- Mejía Vanegas, Alfonso (1959) *Centro de salud. Programa de Salud Pública*. Sogamoso, Ministerio de Salud Pública: División Nacional de Salubridad - Universidad Nacional: Escuela de Salud Pública - Imprenta SCISP.
- Otálora, Benjamín (1956) *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia: Ponencias, Discusiones y Recomendaciones de la Comisión de Medicina Preventiva y Salud Pública*. Cali, Universidad del Valle & Ministerio de Educación Nacional.
- Periódico El Tiempo (1953) “*Creado Ministerio de Salud Pública, Mediante Decreto*”. Publicado el 18 de abril de 1953. Bogotá, 1: 23.
- Periódico El Tiempo (1953) “*Suprimida la Junta de Títulos Médicos y Creada otra Entidad*”. Publicado el 7 de abril de 1953. Bogotá: 17.
- Periódico El Tiempo (1953) “*Reorganización del Instituto de Radium dictada ayer tarde*”. Publicado el 19 de abril de 1953. Bogotá: 9.
- República de Colombia, Congreso de la República (1947) Decreto 25 de 1947. Por el cual se organiza el Ministerio de Higiene. En: *Diario oficial N°. 26299 de fecha 7 de diciembre de 1946*. Órgano de publicidad de los Actos del Gobierno Nacional. Bogotá, Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social.
- República de Colombia & OMS (1951) *Convenio entre la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Colombia*. Bogotá.

República de Colombia, Congreso de la República (1953) Decreto 0984 de 1953. Organización del Ministerio de Salud Pública. En: *Diario Oficial jueves 30 de abril*. Órgano de publicidad de los Actos del Gobierno Nacional. Bogotá, (32): 411-412.

República de Colombia & OMS (1954) *Acuerdo Básico entre la OMS y el Gobierno de Colombia*. Bogotá, Ministerio de Salud Pública.

Roger, Jean F. (1952) *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*. Bogotá, República de Colombia - Ministerio de Higiene.

Roger, Jean F. (1955) *Informe del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*. Bogotá, Ministerio de Salud Pública.

Vernaza, José Ignacio (1925) Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1925. Bogotá, Imprenta Nacional.

Fuentes secundarias:

Abel, Christopher (1987) *Política, Iglesia y Partidos en Colombia: 1867 – 1953*. 1ª edición. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Abel, Christopher (1996) *Ensayos de la Historia de la Salud en Colombia 1920-1990*. Bogotá, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales.

Alape, Arturo (2005) Jorge Eliécer Gaitán + Abril 9 de 1948. En: *Revista Credencial Histórica*. Ed 37 ene 1993. Bogotá, Biblioteca Virtual del Banco de la República [En Línea: 17/05/2005] disponible en (<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/enero1993/enero4.htm>).

Ángel González, Pablo (1995) Sobre la configuración del modelo de pensamiento de la higiene actual: el caso español. *DkIVAMS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ílius* 15: 267-299.

Arizmendi Posada, Ignacio (1983) *Gobernantes Colombianos 1819-1983: De Bolívar a Belisario*. Bogotá, Italgraf.

Banco Mundial (1997). *El Estado en un Mundo en Transformación. Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1997*. Washington D.C., Banco Mundial.

Barrera, Elsy L.; Rodríguez Hernández, Jairo & Bedoya Lima, Jenny (2008) *Las Reformas administrativas de los Ministerios del Interior, Educación y Salud 1991-1998. Un análisis institucional*. Bogotá, Escuela Superior de Administración Pública.

Barrera, Elsy L.; Rodríguez Hernández, Jairo & Bedoya Lima, Jenny (2007) *Creando las Bases Conceptuales para un Análisis Institucional de los Ministerios en Colombia*. Bogotá, Escuela Superior de Administración Pública.

Bergquist, Charles W. (1981) [1978] *Café y Conflicto en Colombia, 1886 - 1910. La Guerra de los Mil Días: sus antecedentes y consecuencias*. Medellín, Fondo Rotatorio de Publicaciones FAES.

Botero Restrepo, Juan (1988) *Médicos y Medicina en Medellín*. Colombia.

Cáceres, Humberto (1996) *El Profesor Jorge Bejarano Martínez*. Bogotá, Ministerio de Salud.

- Campo Posada, Arturo (1982) *Una Vida, un Médico*. Vol. 7. Bogotá, Fondo Cultural Cafetero.
- CEPAL (1976) Indicadores de desarrollo económico y social en América Latina. En: *El Desarrollo Latinoamericano y la Coyuntura Económica Internacional. Cuadernos Estadísticos de la CEPAL*, N° 2, C.3. Santiago de Chile, CEPAL/ILPES.
- Chávez, Yolanda (1981) *La población y el desarrollo económico en Colombia de 1950 a 1980*. Tesis de grado para optar el título de economista. Bogotá, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Economía.
- Chevallier, Jaques & Loschak, Daniele (1983) *La Ciencia Administrativa*. México, Instituto Nacional de Administración Pública/ Fondo de Cultura Económica.
- De Aguilar, Patricia & Silva López, Jairo (1979) *Historia Social de las Instituciones de salud en Colombia*. Bogotá, Ministerio de Salud/Dirección de investigaciones & OPS.
- Escallón, Alberto (1996) Apuntes Sobre Cirugía y su Enseñanza en los Últimos 50 Años en Colombia. En: *Oración Maestros de la Cirugía Colombiana 1977-2008*. Bogotá, Asociación Colombiana de Cirugía disponible en (http://www.ascolcirugia.org/oracionMaestrosCirugia/20_Escallon.pdf).
- Eslava Castañeda, Juan C. (2002) *La Emergencia de la Salud Pública Como Campo Profesional en Colombia*. Tesis para optar el título de Magister en Sociología. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas/ Departamento de Sociología.
- Eslava Castañeda, Juan C. (2004) La configuración del campo profesional de la Salud Pública en Colombia. En: Juan C. Eslava. *Buscando el Reconocimiento Profesional, la Salud Pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia/ Instituto de Salud Pública.
- Fee, Elizabeth (1987) *Disease and Discovery. A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health 1916-1939*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Fleck, Ludwick (1986) [1935] *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid, Alianza Editorial.
- Forero Caballero, Hernando (2009) *Momentos históricos de la Medicina Colombiana*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. [En Línea: 09/02/2010] disponible en (<http://www.bdigital.unal.edu.co/638/>).
- Garrido Lopera, Rafael (2004) Currie, Lauchlin. En: *Gran Enciclopedia de Colombia del Círculo de Lectores, Tomo de Biografías*. Colombia, Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango [En Línea: 07/12/2004] disponible en (<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/biografias/currlauc.htm>).
- Guillén Martínez, Fernando (1996) [1979] *El poder político en Colombia*. Bogotá, Planeta Colombiana Editorial S. A.
- González Alonso, Benjamín (1983) Renacimiento y miseria de la historia institucional. En: *Revista de Estudios Políticos* (Nueva Época). 33. Mayo-Junio 1983.
- Goodin, Robert E. (2003) *Teoría del diseño institucional*. Barcelona, Editorial Gedisa S. A.

- González Toledo, Felipe (1978) *Quién es Quién en Colombia, 1978: Biografías Contemporáneas*. Bogotá, Editorial TEMIS.
- Guío Rodríguez, Edgar Antonio (1995) *Reforma del Estado, estabilidad macroeconómica e inestabilidad política en Colombia 1934-1953*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez, María Teresa (2010) Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *En: Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 2010, 12, (1): 73-97.
- Henderson, James D. (2006) *La Modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez 1889 – 1965*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Hernández Álvarez, Mario (2000) La Fractura Originaria en la Organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946. *En: Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 27: 7.
- Hernández Álvarez, Mario (2002) *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia / Instituto de Salud Pública.
- Hernández, Mario; Obregón, Diana; Miranda, Néstor; García, Claudia; Eslava, Juan; Vega, Román; Hernández, Jinneth; Vega, Manuel; Villamizar, Carlos & Barbosa, Diego (2002) *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia. 1902-2002*. 1ª edición. Bogotá, OPS/OMS.
- Hernández Álvarez, Mario (2003) El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *En: Revista Cubana Salud Pública*, 29(3): 228-235.
- Hernández Álvarez, Mario (2004) *La fragmentación de la Salud en Colombia y Argentina: Una comparación sociopolítica, 1880 – 1950*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- ILSA (2009) *El BID en América Latina: 50 años reproduciendo la desigualdad*. Bogotá, ILSA: 102. [En línea 16/01/10] disponible en (<http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/otras/optb29-bid/bid4.pdf>).
- León Gómez, Gloria (2004) Abad Gómez, Héctor. *En: Gran Enciclopedia de Colombia del Círculo de Lectores, Tomo de Biografías*. Colombia, Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango [En Línea: 05/12/2004] disponible en (<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/biografias/abadhect.htm>).
- López Ocampo, Javier (2004) Mariano Ospina Pérez. *En: Javier Ocampo. Gran Enciclopedia de Colombia del Círculo de Lectores, tomo de biografías*. Biblioteca Virtual del Banco de la República. [En línea 15/11/09] disponible en (<http://www.lablaa.org/blaavirtual/biografias/ospimari.htm>).
- Lourau, René (2001) *Libertad de Movimientos. Una Introducción al Análisis Institucional*. Argentina, Eudeba.
- March, James G. & Olsen Johan P. (1997) *El Redescubrimiento de las Instituciones. La base organizativa de la política*. México, Fondo de Cultura Económica de México.

- Marín Taborda, Iván (2004) Gaitán, Jorge Eliécer En: *Gran Enciclopedia de Colombia del Círculo de Lectores, Tomo de Biografías*. Colombia, Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango [En Línea: 12/08/2004] disponible en (<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/biografias/gaitjorg.htm>).
- Medina, Ana María (2008) *Los discursos sobre la planificación familiar y el control natal en Colombia, 1964-1969*. Tesis para optar el título de Doctora en Salud Pública. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Doctorado interfacultades de Salud Pública.
- Miranda Canal, Néstor (1993). La Medicina Colombiana de 1867 a 1946. En: Emilio Quevedo V. (Editor) *Historia Social de la Ciencia en Colombia*, Vol. 8. Medicina (2). Bogotá, Colciencias/Tercer Mundo: 15-160.
- Naciones Unidas (1979) *Demographic Yearbook, Annuaire Démographique*. Nueva York, Department of International Economic and Social Affairs.
- North, Douglas Cecil (1993) *Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Ocampo, José Fernando (1982) *Colombia Siglo XX*. Bogotá, Editorial Tercer Mundo.
- Organización Panamericana de la Salud (1976) *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. 20 Años de Experiencia Latinoamericana*. Washington, D.C. Publicación Científica de la OPS 324 (1976).
- Organización Mundial de la Salud (2011) *¿Cómo define la OMS la salud?*. [En Línea: 30/03/2011] disponible en (<http://www.who.int/suggestions/fag/es/index.htm>).
- Palacios, Marco (1983) *El café en Colombia, 1850-1970. Una historia económica, social y política*. Bogotá, El Áncora Editores.
- Palacios, Marco & Safford, Frank (2002) Del orden neoconservador al interregno. En: Marco palacios & Frank Safford. *Colombia: país fragmentado, sociedad dividida, su historia*. Bogotá, Grupo Editorial Norma, S.A.: 583-595.
- Pardo Mota, Diego Nicolás (2008) *Laureano Gómez Castro y su Proyecto de Reforma Constitucional (1951-1953)*. Bogotá, Universidad del Rosario.
- Pécaut, Daniel (2001) *Orden y Violencia: evolución sociopolítica de Colombia entre 1930 y 1953*. Bogotá, Norma.
- Peña Quiñones, Germán (1999) *Apuntes Para la Historia de la Neurocirugía en Colombia*. Bogotá, Editorial Kimpres Ltda.
- Perry, Oliverio (1952) *Quién es Quién en Venezuela, Panamá, Ecuador, Colombia*. Bogotá, Editorial Argra.
- Perry, Oliverio (1961) *¿Quién es quién en Colombia?* Bogotá, Editorial Argra.
- Peters, B. Guy (2003) *El Nuevo Institucionalismo: Teoría Institucional en Ciencia Política*. Barcelona, Editorial Gedisa S.A.
- Prats i Catalá, Joan (1998) Administración Pública y Desarrollo en América Latina. Un Enfoque Neoinstitucionalista. En: *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 11: 7-48.

- Prats i Catalá, Joan (2001) *Gobernabilidad Democrática Para el Desarrollo Humano*. Marco Conceptual y Analítico. En: *Revista Instituciones y Desarrollo*, 10: 103-148.
- Prats i Catalá, Joan (2006) *El Desarrollo como Construcción Social, Génesis de la Idea del Desarrollo*. En: Joan Prats (coord.). *A los Principes Republicanos: Gobernanza y Desarrollo desde el Republicanismo Cívico*. [En línea 14/04/2011] disponible en (<http://www.iigov.org/gbz/article.drt?edi=545691&art=545703>)
- Quevedo Vélez, Emilio; Hernández Álvarez, Mario & Miranda Canal, Néstor (1993) *Ciencias médicas, Estado y salud en Colombia: 1886 a 1957*. En: Emilio Quevedo (Editor). *Historia social de la ciencia en Colombia*. Vol. 8. Bogotá, Colciencias: 165- 275.
- Quevedo Vélez, Emilio (1994) *José Celestino Mutis ante la Higiene Pública: Un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio*. En: *El Humanismo de Mutis Proyección y Vigencia*. Bogotá, Universidad del Rosario/Colciencias.
- Quevedo, Emilio; Borda, Catalina; Eslava, Juan Carlos; García, Claudia Mónica; Guzmán, María del Pilar; Mejía, Paola & Noguera, Carlos Ernesto (2004) *Café y gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia - Instituto de Salud Pública - Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras.
- Quevedo, Emilio; Manosalva, Carolina; Bedoya, Johanna, Matiz, Giovana; Morales, Elkin; Tafur, Mónica (2007) *Saber y Poder: Asimetrías Entre Intereses de los Médicos Colombianos y los de la Fundación Rockefeller en la Construcción del Concepto de “Fiebre Amarilla, Selvática” , 1907-1938*. En: *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*. Medellín, Academia De Medicina. Época V, Vol. 17, N° 1-2.
- Quevedo, Emilio; Pérez, Germán; Miranda, Néstor J.; Eslava, Juan C.; Hernández, Mario; Bustos, Lisa P.; Duran, María F.; García, Marcela; Manosalva, Carolina; Morales, Elquin A.; Rodríguez, Diana F. (2008) *Historia de la Medicina en Colombia. Tomo II - De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica, 1782-1865*. Bogotá, Grupo Editorial Norma S.A.
- Quevedo, Emilio & Pérez, Juliana (2009) *De la Restauración de los Estudios de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1965-1969*. En: *Cuadernos Para la Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario.
- Quevedo, Emilio; Pérez, Germán; Miranda, Néstor; Eslava, Juan C.; Hernández, Mario; Acosta, María C; Cadena, Laura; Ferrero, Juan C.; Martínez, Abel F.; Mejía, Orlando; Portela, Hugo; Sierra, Rita; Rovetto, Pedro; Solano, Jairo; Bustos, Lisa; Cortés, Claudia; Durán, María; García, Diana; Manosalva, Carolina; Morales, Elquin; Rodríguez, Diana; Téllez, Marlín & Vega William (2010) *Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III: Hacia una Profesión Liberal, 1865-1918*. Bogotá, Grupo Editorial Norma S.A.
- Quevedo, Emilio; Pérez, Germán; Miranda, Néstor; Eslava, Juan C.; Hernández, Mario; Acosta, María C.; Cadena, María del Pilar; Mejía, Orlando; Portela, Hugo; Rovetto, Pedro; Sierra, Rita; Solano, Jairo; Bustos, Lisa; Cortes, Claudia; Duran, María; García, Marcela; Manosalva, Carolina; Matiz, Giovanna; Morales, Elkin; Rodríguez, Diana F., Téllez, Marlín; Vega, Manuel. *Historia de la Medicina en Colombia. Tomo IV: De la Práctica Liberal a la Socialización Limitada, 1918-1977*. Bogotá, Grupo Editorial Norma S.A.
- Restrepo, Guillermo & Villa, Agustín (1980) *Desarrollo de la salud pública colombiana*. Medellín, Universidad de Antioquia, Escuela Nacional de Salud Pública.

- Rodríguez Gama, Álvaro & Quevedo Vélez, Emilio (2000) *Personajes e hitos milenarios en la medicina*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (1992) *Historia de la Ciencia y de la Técnica*. Madrid, Ediciones Akal S.A.
- Roth Deubel, André-Noël (2002) *Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación*. Colombia, Ediciones Aurora.
- Sáenz Rovner, Eduardo (2001) La misión del Banco Mundial en Colombia, el Gobierno de Laureano Gómez (1950-1951) y la Asociación Nacional de Industriales (ANDI). En: Eduardo Sáenz. *Cuadernos de Economía*. XX (35): 245-265.
- Scally, Gabriel & Womack, Justine (2004) The importance of the past in public health. *En: J Epidemiol Community Health* 2004; 58; 751-755 doi:10.1136/jech.2003.014340. [En línea 17/11/2010] disponible en (<http://www.jstor.org/stable/25570479>).
- Schvarstein, Leonardo (1998) *Diseño de Organizaciones. Tensiones y paradojas*. Buenos Aires, Editorial Paidós SAICF.
- Silva, Renán (1992) *Las Epidemias de la Viruela 1872 y 1802 en la Nueva Granada*. Cali, Universidad del Valle.
- Skocpol, Theda (1996) [1992] *Los Orígenes de la Política Social en los Estados Unidos*. España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Varela, Federico G. (2010) Datos Demográficos Seleccionados de Algunos Países Americanos: 1948, 1950. En: *Sección de Epidemiología y Estadística de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington D.C. [En Línea 15/01/10] disponible en (<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v36n5p558.pdf>).
- Williford, Thomas J. (2001) *La Campaña Antimasónica de Lureano Gómez de 1942*. Tesis para optar el título de Magister en Historia. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Historia.