HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA EN COLOMBIA

TOMO VIII

MEDICINA

(2)

Néstor Miranda
Emilio Quevedo
Mario Hernández

COLCIENCIAS

Néstor Miranda Canal. Sociólogo. Está vinculado a la Escuela Colombiana de Medicina en el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias. Dicta cursos de pregrado y posgrado en el área de psicosocial. Autor de varias publicaciones.

Emilio Quevedo Vélez. Médico cirujano del Colegio Mayor del Rosario de Bogotá y pediatra de la Universidad de Antioquia. Desde 1979 ha sido director del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias de la Escuela Colombiana de Medicina, de Bogotá. Es presidente de la sección de Historia de la Medicina de la Sociedad Latinoamericana de las Ciencias y la Tecnología y miembro de su Consejo Directivo. Actualmente es director del programa Observatorio Colombiano de la Ciencia y la Tecnología en Colciencias.

Mario Hernández Alvarez. Médico de la Escuela Colombiana de Medicina. Candidato a Maestría de Bioética en la Fundación José María Mainetti y la Universidad Nacional de La Plata. Docente del Seminario de Filosofía e Historia de la Ciencia de la Escuela Colombiana de Medicina y del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Actualmente es jefe del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud de Colciencias.

Historia Social de la Ciencia en Colombia

Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia
y la Tecnología Francisco José de Caldas
COLCIENCIAS

HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA EN COLOMBIA

TOMO VIII

MEDICINA (2)

LA INSTITUCIONALIZACION DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

Néstor Miranda Canal
Emilio Quevedo Vélez
Mario Hernández Alvarez

Coordinación del proyecto:

Carlos Eduardo Vasco
Diana Obregón
Luis Enrique Orozco

Estudio introductorio
y coordinación final
de la edición:

Emilio Quevedo V.

Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia
y la Tecnología Francisco José de Caldas
COLCIENCIAS

HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA EN COLOMBIA

TOMO VIII

MEDICINA (2)

LA INSTITUCIONALIZACION DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

Néstor Miranda Canal
Emilio Quevedo Vélez
Mario Hernández Alvarez

Coordinación del proyecto:

Carlos Eduardo Vasco
Diana Obregón
Luis Enrique Orozco

Estudio introductorio
y coordinación final
de la edición:

Emilio Quevedo V.

Primera edición: marzo de 1993

Cubierta: Diseño de Hugo Díaz
Ilustración de Jaime Cortés

ISBN 9037-11-9 (obra completa)
ISBN 9037-19-4 (tomo VIII)

Edición, armada electrónica,
impresión y encuadernación:
Tercer Mundo Editores

Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

CONTENIDO

SEGUNDA PARTE

CIENCIAS MEDICAS, ESTADO Y SALUD EN COLOMBIA: 1886-1957

Emilio Quevedo Vélez
Mario Hernández Alvarez
Néstor Miranda Canal

PRESENTACION

Colciencias se complace en ofrecer al público de habla hispana esta colección en diez tomos en la cual se recogen los resultados del proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia.

La primera etapa de la investigación se inició en marzo de 1983, con el apoyo financiero de la OEA y de Colciencias. La coordinación estuvo a cargo de Carlos Eduardo Vasco por parte de la Sociedad Colombiana de Epistemología y de Diana Obregón por Colciencias. El proyecto fue realizado por un equipo interinstitucional e interdisciplinario, compuesto por especialistas de las diferentes ciencias objeto de estudio y por científicos sociales, todos ellos vinculados a las principales universidades del país.

En noviembre del mismo año, los coordinadores organizaron el Seminario Internacional para el Estudio de la Metodología de la Historia Social de las Ciencias en América Latina, financiado por Colciencias como parte de las actividades del proyecto. En este encuentro científico tomaron parte estudiosos del tema provenientes de México, Venezuela, Brasil, Perú y España, así como los investigadores del proyecto. De igual manera, tuvo representación y participación muy activa la Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología. El objetivo de este seminario fue discutir los avances que hasta ese momento habían sido logrados por los distintos grupos académicos iberoamericanos, especialmente en la definición del instrumental teórico y metodológico de la historia social de las ciencias en la región.

A partir de junio de 1984 se inició una segunda etapa del proyecto, bajo la coordinación de Luis Enrique Orozco. Los resultados logrados hasta ese momento fueron presentados en un simposio de Historia Social de las Ciencias organizado por los coordinadores en el marco del 45º Congreso Internacional de Americanistas, celebrado en Bogotá en julio de ese año, y recogidos luego

en el libro *Sabios, médicos y boticarios*, publicado por la Universidad Nacional. Así mismo, algunos de los resultados fueron expuestos en el I Congreso Latinoamericano de Historia de las Ciencias y la Tecnología, realizado en La Habana, Cuba, bajo los auspicios de la Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología.

Los materiales que contienen los resultados finales del proyecto fueron entregados por los investigadores durante los últimos meses de 1985 y los primeros de 1986. En general, no responden a un enfoque homogéneo: algunos tienen una orientación más sociológica, otros expresan más una perspectiva histórica; de igual manera, algunos manejan una aproximación más internalista, mientras otros tienen una mirada externalista. Esto es consecuencia de las distintas formaciones profesionales de los investigadores que participaron en el proyecto. Esta multiplicidad de miradas y perspectivas caracterizó la dinámica de las discusiones metodológicas que se dieron en el debate que se desarrolló a lo largo del trabajo.

Algunos de los informes parciales del proyecto y la mayor parte de los finales fueron publicados sucesivamente desde 1983 hasta 1988 en la revista *Ciencia, Tecnología y Desarrollo*, editada por Colciencias. Algunos otros informes parciales fueron publicados como artículos en libros y en otras revistas nacionales e internacionales. Sin embargo, otros materiales nunca salieron a la luz pública.

A comienzos del año 1992 se reiniciaron los trámites para la publicación de una serie que incluyese la totalidad de los trabajos definitivos, tarea que hoy concluye con la entrega de esta colección de diez volúmenes.

El *primero* contiene los documentos de carácter teórico-metodológico. En primer lugar está el trabajo titulado "Los estudios histórico-sociales de la ciencia y la tecnología en América Latina: balance y perspectivas", una revisión general hecha por el compilador sobre el panorama de la disciplina en Colombia y en América Latina, en la cual se pretende situar el "estado del arte" en este campo del saber y enmarcar históricamente los demás trabajos aquí presentados. En segundo lugar, viene el trabajo de Gabriel Restrepo sobre "Elementos teóricos para una historia social de la ciencia en Colombia", uno de los primeros aportes metodológicos que se hicieron en la primera fase del proyecto. A continuación, se presentan los documentos de orden teórico-metodológico que fueron expuestos en el Seminario Internacional sobre Metodología para la Historia Social de las Ciencias en América Latina, ya mencionado. Si bien este enfoque ha sido enriquecido desde entonces por otros estudios y eventos emprendidos en el continente, consideramos importante publicarlos con los demás materiales pues los puntos de vista allí expuestos orientaron el proyecto

en sus comienzos, conformándose como punto de partida teórico-metodológico de cada una de las investigaciones realizadas.

Dichos textos metodológicos se publican sin modificaciones, con el fin de conservar su carácter de *textos fechados*, de tal manera que puedan identificarse las raíces conceptuales del proyecto, a pesar de que sus autores superaron con creces esas posiciones inciales, no sólo en los resultados mismos del proyecto, sino en sus trabajos posteriores. Entre éstos, se incluyen un trabajo de Carlos Eduardo Vasco y otro de Diana Obregón, que marcaron el comienzo del proyecto. Finaliza el volumen con la Introducción que había escrito Luis Enrique Orozco para la primera publicación integral que se intentó hacer en 1989 con la colaboración del Instituto Caro y Cuervo y que, por diversas razones, no se concretó.

Los volúmenes segundo a noveno reúnen los textos de los resultados finales de las investigaciones. Algunos de estos textos se publican sin modificación, con la anuencia de sus autores, ya sea porque el autor no continuó trabajando sobre el tema o porque quiere mantener su versión original, como trabajo fechado. En otros casos como los de Gabriel Poveda, Olga Restrepo, Jorge Arias de Greiff, Luis Carlos Arboleda, Néstor Miranda y Emilio Quevedo, los autores habían continuado avanzando en su trabajo sobre el tema. Por tanto, los textos de ellos que aquí presentamos son versiones más elaboradas.

El *volumen segundo* contiene los trabajos sobre matemáticas, astronomía y geología, escritos por Luis Carlos Arboleda, Jorge Arias de Greiff y Armando Espinosa, respectivamente. El último se publica tal como se presentó en 1985, con un anexo sobre Cabal, Humboldt y Hubach, entregado en 1986. Los otros dos son versiones reelaboradas y ampliadas.

El *volumen tercero* recoge el trabajo sobre historia natural escrito por Olga Restrepo y el de las ciencias agropecuarias por Jesús Antonio Bejarano. El primer texto ha sido reelaborado y ampliado por su autora. El segundo se presenta tal como fue entregado originalmente. Se incluye además en este volumen un texto de Luis Carlos Arboleda sobre Francisco Antonio Zea, porque está claramente relacionado con el tema de la historia natural.

Los *volúmenes cuarto y quinto*, escritos por Gabriel Poveda, analizan de manera integral la historia de las ingenierías y las técnicas en Colombia. El texto de estos dos volúmenes ha sido ampliamente reelaborado por su autor.

El *volumen sexto* contiene el texto sobre física escrito por Regino Martínez, y el de química de José Luis Villaveces, Germán Cubillos y Flor Marina Poveda. Se presentan ambos en sus versiones originales.

Así mismo, los *volúmenes séptimo y octavo* incluyen los trabajos sobre la medicina y la salud pública, escritos por Emilio Quevedo y Néstor Miranda

Canal, todos ellos reestructurados. Se incluye, además, una ampliación sobre la historia de estas disciplinas, desde 1886 hasta 1950, escrita por los mismos autores con la colaboración de Mario Hernández.

El *volumen noveno* abarca los trabajos sobre ciencias sociales: sociología por Rodrigo Parra Sandoval, economía por Salomón Kalmanovitz y psicología por Telmo Eduardo Peña. Se incluyen dos trabajos anexos: uno sobre ciencia y educación en el primer tercio del siglo XIX, escrito por Gabriel Restrepo, y otro sobre la Comisión Corográfica y las ciencias sociales de autoría de Olga Restrepo. Los textos de este volumen se publican tal como fueron entregados originalmente. La colección se complementa con un *décimo volumen* dedicado a una bibliografía para la historia de las ciencias, la cual recoge, en forma unificada y organizada por temas, la bibliografía de todos los trabajos de la colección y se complementa con publicaciones más recientes en este campo.

La edición de esta colección fue posible por el apoyo de muchas personas, las cuales sería difícil enumerar, pero es necesario reconocer la participación muy activa, en diferentes momentos, de Miguel Infante, Magola Delgado y Angela García.

Esta colección, largamente esperada, viene a llenar un vacío y marca un hito en el conocimiento del pasado científico y tecnológico nacional. Representa el cierre de una primera etapa y señala el inicio de una nueva proyección en el campo de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología en Colombia. Esta última se caracteriza por un interés manifiesto del Estado en impulsar este tipo de estudios a nivel nacional. El Decreto 585 de 1991 le asigna a Colciencias la función de "promover y realizar estudios prospectivos y teóricos sobre la ciencia y la tecnología y su papel en la sociedad, como base para el diseño de políticas, planes y estrategias".

La segunda etapa comienza a materializarse con la creación y puesta en marcha del programa Observatorio Colombiano de la Ciencia y la Tecnología. El Observatorio servirá de punto de apoyo para desplegar una actividad permanente y progresiva de seguimiento, análisis y prospectiva de la actividad científica y tecnológica nacional y sus relaciones con las dinámicas de punta de la ciencia y la tecnología internacionales.

Colciencias entrega esta serie como un aporte más al conocimiento de nuestro pasado científico, seguros de que contribuirá al debate sobre lo que deberán ser las futuras políticas de ciencia y tecnología que orienten la modernización de Colombia.

Santafé de Bogotá, marzo de 1993

Primera Parte

La medicina colombiana de 1867 a 1946

Néstor Miranda Canal

INTRODUCCION

El presente trabajo fue concebido y redactado por el autor en los años 1983 y 1984 en el contexto de la investigación *Historia Social de la Ciencia en Colombia*, auspiciada y coordinada por Colciencias con el apoyo de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Para esa época existían trabajos que pueden considerarse clásicos en la historiografía médica nacional, dentro de los cuales cabe mencionar —entre otros— los de Pedro María Ibáñez, Manuel Uribe Angel, Andrés Soriano Lleras y Emilio Robledo. También se habían publicado trabajos más específicos, como el de Humberto Rosselli sobre la psiquiatría y el de Alfonso Bonilla Naar sobre la cirugía, además de una buena cantidad de trabajos dispersos, como los de Ernesto Andrade Valderrama y Fernando Sánchez Torres, sin agotar de ninguna manera la lista de tales trabajos. Una vez ubicados y revisados estos estudios el autor se planteó la conveniencia de elaborar unas directrices teóricas y metodológicas para avanzar en el estudio de la historia de la medicina en Colombia.

De dicho propósito surgió el Primer Capítulo de este trabajo que puede tener alguna utilidad para médicos, estudiantes de medicina, investigadores de la historia de la medicina y de las ciencias: *Marco teórico-metodológico para la historia de la medicina en Colombia.*

En una segunda etapa se adelantó el proceso de investigación propiamente dicho, cuyos resultados se recogen a partir del Segundo Capítulo de este trabajo: *La medicina colombiana de 1867 a 1946.* Es posible que el material reunido en esta segunda parte pueda tener, igualmente, algún interés para quienes se interesan por las temáticas de la historia, la historia de las ciencias y de las tecnologías y la historia de la medicina.

Capítulo 1

MARCO TEORICO-METODOLOGICO PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

Los estudios de historia de las ciencias y de las tecnologías —dentro de los cuales puede ubicarse la historia de la medicina— se enfrentan en nuestro medio a dos problemas que están en la base de su relativamente escaso desarrollo y de la falta de continuidad y acumulación de sus resultados. A pesar del interés que estos estudios han suscitado en las últimas dos décadas no puede hablarse de un grupo constituido de investigadores a nivel nacional, con medios de difusión estables y con espacios institucionales claramente definidos. Los dos problemas a que se hace referencia son:

— La no existencia de una tradición investigativa consolidada en el campo de la historia de las ciencias y de las tecnologías en el país
— El poco espacio que estas temáticas y problemas ocupan en los planes de formación universitaria.

INEXISTENCIA DE UNA TRADICION INVESTIGATIVA

Esta situación tiene que ver, en buena parte, con las limitaciones estructurales de nuestra propia actividad generadora de ciencia y tecnología. Las raíces de estas debilidades son históricas, y son precisamente los estudios histórico-sociales sobre estos problemas los que pueden suministrar elementos explicativos

que permitan superar las conocidas —mas no necesariamente falsas— afirmaciones generalísimas que atribuyen, de manera mecánica, nuestras debilidades en materia de ciencia y de tecnología a nuestra situación de país periférico en el contexto de las relaciones internacionales que desde el siglo XVI definieron, para nuestro caso, esa situación. Son estos mismos estudios los que pueden entregar elementos para una evaluación crítica de la actividad científica y tecnológica nacional, la cual se ha dado ligada a factores económicos, sociales, culturales y políticos específicos. Una opción por este camino permitirá, a su vez, encontrar tradiciones y directrices que reactiven los procesos actuales dentro de una visión prospectiva.

No obstante la relativa escasez de estos estudios, existen algunos trabajos históricos sobre la actividad productora, o "aplicadora", de ciencia y tecnología en Colombia. Más atrás se citaban algunos de ellos para el caso de la medicina. Pero existen además trabajos históricos que, si bien no se refieren a dicha actividad específicamente, se ubican en terrenos más comprensivos que se engloban en lo que podría llamarse "historia de la cultura", los cuales detectan y precisan líneas de influencias y núcleos de conflicto en el "pensamiento colombiano", que no son ajenos a la ciencia y a la tecnología. Al menos en lo que tiene que ver con la manera de concebir estos dos instrumentos esenciales de las sociedades modernas. Como un ejemplo destacado de esta clase de trabajos pueden citarse los estudios de Jaime Jaramillo Uribe para finales del siglo XVIII y para el siglo XIX[1]. También existen estudios de historia social que ofrecen elementos contextuales importantes para intentar análisis explicativos.

Es decir, que no partimos de cero. Pero tampoco contamos con un volumen de estudios en el campo de la historia de las ciencias y de las tecnologías que se entronquen en una cadena de acumulación progresiva, que reaccionen los unos sobre los otros y que permitan precisar y rectificar problemáticas y, sobre todo, intentar síntesis al menos parciales. Tampoco poseemos una base documental criticada y depurada que sirva de materia prima para nuevas investigaciones. Lo ya hecho nos orienta en algunas direcciones, nos posibilita prever líneas de investigación, pero no se puede hablar de una tradición consolidada.

AUSENCIA DE ESTAS MATERIAS EN LOS CURRICULOS UNIVERSITARIOS

En la gran mayoría de las universidades colombianas la historia de las ciencias y de las tecnologías no ha figurado de manera orgánica en los planes de estudio.

En algunas facultades de medicina la historia de este campo profesional ocupa uno o dos semestres, siendo su titular un profesor en trance de jubilación. Ni siquiera a nivel de los posgrados o de los estudios de especialización estas materias han contado con mejor suerte.

Desde hace unas dos décadas, sin embargo, el interés por la historia de las ciencias y de las tecnologías, la epistemología histórica, la "metaciencia", etc., ha crecido en el país en el ámbito universitario. Temas clásicos abordados desde estas perspectivas en las universidades europeas y norteamericanas (revolución galileana, teoría de la evolución, biología molecular, geometrías no euclidianas, y otros tantos) y episodios de nuestro pasado científico (Expedición Botánica, Comisión Corográfica, etc.) han llamado la atención de profesores y estudiantes colombianos. En algunos casos este interés ha encontrado una respuesta institucional, lo cual se ha concretado en la creación de grupos de estudio, seminarios, cátedras y algunas publicaciones. Sobresalen en este proceso la Universidad Nacional, la del Valle y la de Antioquia. Merece mención especial en este sentido el caso de la Escuela Colombiana de Medicina que ha introducido a lo largo de los diez semestres de formación de médicos y odontólogos el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias, como parte integral de la formación de estos profesionales.

Algunas sociedades científicas han contribuido a desarrollar este interés. Tal es el caso de la Sociedad Colombiana de Historia de las Ciencias y de la Tecnología, la Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología, la Sociedad de Historia de la Medicina, la Sociedad Colombiana de Epistemología y otras asociaciones y grupos de trabajo y/o investigación. Muchos docentes, en los diversos campos del saber, han optado por introducir en el estudio de las ciencias y disciplinas de su especialidad los análisis histórico y epistemológico.

Es decir, que en lo que se refiere al ámbito universitario la situación para la introducción y desarrollo de los estudios histórico-sociales sobre ciencia y tecnología, es positiva de manera creciente. Su contribución a la transformación de los métodos pedagógicos, de las actitudes cognoscitivas tradicionales dentro de profesores y estudiantes, puede ser fundamental. Como fundamental puede ser su contribución al diseño de políticas científicas y tecnológicas.

En este contexto someramente descrito se inscribe el presente trabajo.

EL PROBLEMA DEL OBJETO DE LA HISTORIA DE LAS CIENCIAS

En un texto de gran lucidez, Georges Canguilhem afirma que "el objeto de la historia de las ciencias no puede ser delimitado sino por una decisión que le asigna

su interés y su importancia" (Canguilhem, 1974: 9-23). El historiador debe "construir" este objeto, teniendo en cuenta que su *lugar teórico* no está en una u otra ciencia particular que se estudie en su proceso histórico de constitución y desarrollo, como tampoco está fuera de la ciencia, en la economía o en la política. De esta manera, por negación, Canguilhem se enfrenta en este asunto del objeto de la historia de las ciencias a las dos grandes tendencias que se han conformado en el terreno de esta disciplina: el *internalismo* y el *externalismo*.

Para el internalismo el lugar teórico de la historia de las ciencias está en la ciencia estudiada históricamente, en su dinámica y en sus determinaciones internas específicas. Uno de los más eminentes exponentes de esta tendencia, Alexandre Koyré (1977: 35), afirma:

> La ciencia, la de nuestra época, como la de los griegos, es esencialmente *theoria*, búsqueda de la verdad, [y por ello] tiene, siempre ha tenido, una vida propia, una historia inmanente [y] sólo en función de sus propios problemas, de su propia historia, puede ser comprendida por sus historiadores.

El externalismo pone el énfasis, para la comprensión del devenir histórico de las ciencias, en aspectos exteriores a las mismas, tales como las condiciones económicas, los conflictos y procesos sociales, las vicisitudes políticas y las aplicaciones prácticas (técnicas) de los resultados de la actividad científica[2].

En opinión de Koyré esta pretensión es una empresa "quimérica", ya que a partir de las estructuras sociales o las aplicaciones prácticas de la ciencia no se pueden explicar la naturaleza y la evolución de ésta.

> No es la estructura social de la Inglaterra del siglo XVII la que puede explicar a Newton, como tampoco la de la Rusia de Nicolás I puede aclarar la obra de Lobatchevski. Esa es una empresa completamente "quimérica" (Koyré, 1977: 385).

Frente a posiciones como ésta, Joseph Needham asegura que "a los internalistas no les gusta admitir que los científicos tienen un cuerpo, comen, beben y participan de la vida social" (Citado en Bartholy; Despin y Gandpierre, 1978: 34). Detrás del tono deliberadamente simplón de Needham está toda una posición epistemológica y metodológica respaldada por una obra sólida y rigurosa.

El internalismo —vale la pena aclararlo— no reduce el problema al estudio de las determinaciones científicas específicas, únicamente. Son éstas el pivote privilegiado para la comprensión de lo que ha sido la historia de una ciencia, pero por sí solas no permiten dicha comprensión. Se hace necesario relacionarlas con otras esferas del pensamiento, diferentes de lo propiamente científico,

con las cuales se encuentran en relación: filosofía, religión, ideología. En buena medida la historia de las ciencias desde el internalismo es el esclarecimiento del proceso de separación del contenido específicamente científico de su caldo de cultivo "impuro", ideológico en el más amplio sentido de la palabra[3].

Estudiar las ciencias históricamente desde el internalismo, es establecer cómo los conceptos y las teorías se han ido generando mezclados y en lucha con elementos del pensamiento no científico. "La evolución del pensamiento científico (...) no formaba, tampoco, una serie independiente, sino que al contrario, estaba muy estrechamente ligada a las ideas transcientíficas y religiosas", afirma Koyré refiriéndose a la época de Copérnico (Koyré, 1977: 5). Para este autor la *unidad del pensamiento humano* es una convicción que lo ha *inspirado* en sus estudios históricos sobre las ciencias. La internalidad, pues, abarca ese bloque unitario que es el pensamiento humano, dentro del cual la ciencia es sólo una parcela.

Las dos tendencias antes esbozadas se expresan en trabajos concretos que iluminan aspectos importantes de la historia de las diferentes ciencias. En cuanto hacen caso omiso de una u otra dimensión de esta historia (lo externo o lo interno) constituyen explicaciones parciales de la misma. En apariencia la solución estaría en optar alternativamente por una y otra de estas dos posiciones y así, por una suma mecánica que resultaría de este movimiento pendular, se tendría finalmente la totalidad reconstruida. El problema, no obstante, se ubica más bien en la definición de lo que debe ser el objeto de la historia de las ciencias. Es así como lo enfrenta Georges Canguilhem en el texto comentado.

Según este autor la debilidad de las posiciones externalista e internalista está en que asumen como objeto de las historias de las ciencias el objeto de otras ciencias ya constituidas. Este hecho conlleva serias consecuencias a nivel teórico y metodológico y, sobre todo, impide que esta disciplina adquiera su estatuto científico, es decir se convierta en una disciplina autónoma y particular, con un objeto propio y, necesariamente, con sus métodos propios. Los internalistas reducen el objeto de la historia de una ciencia al objeto de la ciencia en cuestión: no es posible entender el proceso de constitución y desarrollo de una ciencia si no es desde una actitud teórica que privilegia la teoría misma frente al dato empírico, ya que hace del hecho científico un hecho de teoría que se maneja con el *utillaje* teórico y metodológico propio de dicha ciencia.

Los externalistas reducen el objeto de la historia de las ciencias a un fenómeno de cultura o de civilización que se inscribe en relaciones contextuales (económicas, sociales, políticas, culturales, geográficas, técnicas, etc.) que lo determinan: del esclarecimiento de estas relaciones surgirá la comprensión del

devenir de las diversas disciplinas científicas. Por este camino se llega a "una sociología naturalista de las instituciones despreciando enteramente la interpretación de un discurso con pretensiones de verdad" (Canguilhem, 1974: 15).

Para Canguilhem el objeto de la historia de las ciencias debe ser construido, a partir de una decisión teórica y de una atribución de importancia que implica una actitud axiológica[4]. Así como el científico constituye su objeto partiendo de un objeto *natural*, dado, convirtiéndolo en un *objeto cultural*, científico, el historiador de las ciencias construye su objeto de estudio a partir de este objeto cultural modelado por el científico. El paso de una clase de objeto al otro no es una simple derivación ni una génesis naturalista.

Es en esta actitud y en esta actividad *constructivistas* en donde debe darse la posibilidad de integración no mecánica de las orientaciones externalista e internalista: pero esa integración exige —no sobra insistir— *la construcción de un objeto*, y no solamente el paso de una perspectiva a la otra que le sirve de complemento. Los planteamientos de Canguilhem abren la posibilidad de convertir a la historia de las ciencias en una disciplina autónoma[5].

> El objeto del discurso histórico es, en efecto, la historicidad del discurso científico, en tanto esta historicidad representa la efectuación de un discurso interiormente normado (perspectiva del *internalismo* pero atravesado por accidentes, retardado o desviado por obstáculos, interrumpido por crisis, es decir, momentos de juicio y de verdad (...) Entonces la historia de las ciencias (...) no tiene solamente relación con un grupo de ciencias sin cohesión intrínseca, sino también con las no-ciencias, con la ideología, con la práctica social y política (perspectiva del *externalismo*) (Canguilhem, 1974: 17-18).

El objeto de la historia de las ciencias, entonces, no está ya dado en las ciencias estudiadas (en tanto ya ellas mismas tienen sus propios objetos) ni está delimitado en un campo exterior a las mismas (trátese de la economía, política, técnica, etc.). El historiador, o quien pretenda llegar a serlo, debe *construir* su objeto de acuerdo con criterios valorativos fundados en los desarrollos contemporáneos de las ciencias, y en concordancia con la problemática específica que se da al interior de las disciplinas científicas y con las tensiones e influencias que se originan en el contexto.

La posición de Georges Canguilhem en relación con el asunto del objeto de la historia de las ciencias abre una interesante perspectiva para la superación de la antítesis internalismo-externalismo. Como toda posición seria, no se trata de una receta para ser aplicada mecánicamente. Se trata más bien de un programa teórico, con implicaciones metodológicas. Su aplicación es exigente. Requiere el manejo de una amplia base documental y una buena dosis de penetra-

ción teórica que permita el establecimiento de correlaciones que no siempre son evidentes, sin que se deba descartar el recurso a la imaginación creadora. Exige, entonces, información, formación, tiempo para la reflexión y trabajo colectivo a largo plazo. Las condiciones personales e institucionales para cumplir este programa están por crearse, a pesar de que existen ya los primeros elementos.

Existen, no obstante, razones de peso para insistir un poco en la necesidad de partir de la ciencia para la comprensión de la misma: siempre acecha el peligro de un sociologismo unilateral en esta clase de estudios que puede escamotear la especificidad del objeto. Pero partir de la ciencia no significa quedarse en ella ni mucho menos. Se trata de tomarla como punto inicial *lógicamente privilegiado*, para después poder plantear y entender las relaciones que mantiene con otras instancias y establecer hasta qué punto pueden éstas ser determinantes.

Es claro, meridianamente claro, que no investigar las relaciones que mantiene la ciencia con el medio social impediría comprender aspectos importantes de lo que ha sido la actividad científica en un país que, como el nuestro, viene sufriendo limitantes estructurales en todos los terrenos, y, precisamente, estas limitantes se relacionan con procesos económicos, sociales y políticos históricamente conformados. Pero la clarificación de estas relaciones, y de su sentido, no agota la comprensión del objeto. Como tampoco la agota la sola perspectiva internalista.

Partir de los problemas que se ha planteado la ciencia y de la forma como los ha enfrentado y resuelto, o aplazado, es importante por varias razones:

1. Nos ubica en el objeto para, desde allí, plantear las relaciones contextuales.
2. Nos pone en camino de aclarar si en nuestro *subdesarrollo científico* lo determinante de manera exclusiva son las condiciones de nuestra dependencia frente a los grandes centros económicos y políticos internacionales. ¿O podemos, quizás, encontrar elementos explicativos de lo que ha sido nuestra actividad productora de ciencia al interior de la misma?
3. Abre la posibilidad de establecer cómo los problemas que surgen en el contexto han sido trabajados por la ciencia. ¿Qué coherencia se ha establecido entre el tratamiento de los problemas y el medio exterior que plantea los interrogantes?
4. Puede significar una contribución al desarrollo del espíritu crítico y del rigor metodológico en los científicos nacionales, así como a la vinculación de los mismos, por razones lógicas y epistemológicas, a los estudios histó-

ricos de sus respectivas ciencias. Se da, de paso, la posibilidad de trabajos interdisciplinarios en este terreno.

5. Puede, finalmente, suscitar la apertura de los currículos de las carreras técnicas y científicas a la historia de las diferentes ciencias que integran tales currículos.

La ciencia tiene un marcado carácter universalista[6] que se expresa en su autocontrol, en su orientación autocrítica rigurosa, en aquello que Canguilhem llama su interés por sorprenderse en error, y en la aplicación tendencialmente generalizada de sus resultados para el dominio y la transformación de la realidad. Esto no quiere decir, sin embargo, que la ciencia sea un sistema cerrado, elaborado en su unidad definitiva en otras latitudes que nos preceden en el desarrollo. Si la tomamos así pecamos de acríticos y terminamos por olvidar que el objeto de la historia de las ciencias es la "historicidad del discurso científico, en tanto que esa historicidad representa la efectuación de un proyecto interiormente normado" (Canguilhem, 1974).

Examinar la manera como esa normatividad interior ha sido manejada en nuestra historia puede ser una tarea reveladora, y es una tarea que supone partir de la ciencia misma[7]. De lo contrario terminamos por hacer la historia de la ciencia europea y/o norteamericana en Colombia.

Finalmente, el estudio a partir de la ciencia misma y no del contexto nos evita caer en generalidades que pueden, quizá, aplicarse a cualquier país dependiente, pero que no nos permiten encontrar lo que posiblemente particulariza nuestra tradición científica, de existir. Encontrar esa particularidad es un asunto que supera incluso el mero interés científico y nos ubica en el terreno de la identidad cultural, aspecto éste que no debe de ninguna manera menospreciarse[8].

HISTORIA Y CIENCIAS HUMANAS

Como se habrá notado, fácilmente nos hemos centrado sobre el problema de la historia de las ciencias y en ningún momento nos hemos referido a otras disciplinas humanas o sociales, como la sociología, la etnología, la psicología, etc., en tanto posibles herramientas para el estudio del hecho científico. ¿Significa este silencio que se deja de lado la posibilidad, o la necesidad, de recurrir a ellas para el caso de un acercamiento de tipo diacrónico a las ciencias? De ninguna manera. En este problema de la historia y las ciencias humanas conviene recor-

dar la perspectiva de la escuela francesa de los *Annales*, que hace de la relación estrecha entre la una y las otras uno de sus planteamientos programáticos[9].

La gran pretensión de esta escuela fue en sus orígenes, a comienzos de este siglo —y lo sigue siendo en lo que son sus actuales epígonos—, la de aprehender el devenir histórico en toda su múltiple complejidad mediante la identificación de las interrelaciones que de manera multidireccional atraviesan esa totalidad que es el objeto de la historia[10]. Frente a tal desafío el historiador cuenta con el apoyo de los conocimientos, las metodologías, las técnicas y los matices interpretativos que se han producido en el campo de las diferentes ciencias humanas y sociales, desde la demografía hasta el psicoanálisis, pasando por la geografía, la lingüística, la sociología, la etnología, etc. El vasto campo de la realidad que cubren estas disciplinas es, en el fondo, esa totalidad que preocupa al historiador y, por lo tanto, éste puede apelar en sus afanes explicativos a los recursos que ellas brindan. Evidentemente no de manera mecánica y acrítica, ni utilizando tales recursos para encasillar la realidad a la cual se refieren, sino teniendo en cuenta las particularidades de su objeto de estudio, de los *hechos* que lo conforman: este objeto y estos hechos, que no están *dados* en la realidad del pasado histórico, son los que señalan la oportunidad de recurrir a una u otra disciplina social.

> El problema de la historia no se sitúa entre el pintor y el cuadro, ni siquiera —audacia que hubiera sido considerada excesiva— entre cuadro y paisaje, sino más bien en el paisaje mismo, en el corazón de la vida. La historia se nos presenta, al igual que la vida misma, como un espectáculo fugaz, móvil, formado por la trama de problemas intrincadamente mezclados y que pueden revestir, sucesivamente, multitud de aspectos diversos y contradictorios. ¿Esta vida compleja, cómo abordarla y cómo fragmentarla a fin de aprehender algo?" (Braudel, 1968: 25).

Frente a tal complejidad, tiene (el historiador) necesariamente que asumir y entender la parcialidad de sus aproximaciones particulares, concretas, de cuya suma sintética debe ir surgiendo esa anhelada totalidad[11].

El primer paso en esta perspectiva es el de la constitución de una base erudita, documental, que haga factible la construcción de los llamados hechos históricos. En esta etapa de construcción de los hechos, así como en su posterior interpretación, entran a jugar las ciencias sociales: "no hay salvación fuera de los métodos de trabajo en equipo", es decir, en la reunión de los historiadores con los especialistas de las ciencias humanas (Braudel, 1968: 31). Con mayor énfasis expresa Lucien Febvre esta idea:

> Mientras que los historiadores aplican a los documentos del pasado sus viejos métodos consagrados, hombres cada vez más numerosos dedican con entusiasmo su actividad al estudio de las sociedades y de las economías contemporáneas (...) Esto sería inmejorable, claro está, si cada cual, en la práctica de una especialización legítima, en el cultivo laborioso de su jardín, se esforzara, no obstante, en mantenerse al corriente de la labor del vecino. Pero los muros son tan altos que muy a menudo impiden ver. ¿Y, sin embargo, cuántas sugestiones inapreciables respecto del método y de la interpretación de los hechos, qué enriquecimientos culturales, qué progresos en la institución surgirán entre los diferentes grupos gracias a intercambios intelectuales más frecuentes? El porvenir de la historia (...) depende de estos intercambios, como también de la correcta intelección de los hechos que mañana serán historia. Contra estos temibles cismas pretendemos levantarnos (Citado en Braudel, 1968: 40).

Este programa de interdisciplinariedad surge en los terrenos de una disciplina que como la historia, a pesar de sus lejanos comienzos en la época de Heródoto, reconoce su inacabamiento y la necesidad de aceptar "todas las lecciones que le ofrece su múltiple vecindad" (Braudel, 1968). Lo único que reivindica es su reinado sobre la duración y la dialéctica que ésta engendra, y a la cual no escapa ninguna de las esferas de la realidad social, trátese de la economía, de la religión o de la ciencia, aun cuando cada una tenga su propio ritmo, su tiempo específico:

> La historia me parece una dimensión de la ciencia social, formando cuerpo con ellas. El tiempo, la duración, la historia se impone de hecho —o debería imponerse— a todas las ciencias del hombre. No tienden a la oposición sino a la convergencia (Braudel, 1968: 115).

La historia de la ciencia se ubica en uno de los estratos de la historia social. No cabe la más mínima duda sobre el hecho de que la ciencia es un fenómeno social, pero esta constatación ineludible no arrasa con la especificidad que es preciso reconocerle para poder entenderla históricamente. Sin estar aislada es específica, y para estudiarla se requiere el concurso de especialistas en las diferentes ciencias-objeto, así como el de sociólogos, etnólogos, filósofos, etc., sin olvidar, claro está, a los historiadores.

> La historia de la ciencia está muy lejos de constituir un lúgubre y polvoriento conservatorio de teorías muertas y explicaciones caducas; al contrario, representa un capítulo vivo de la historia general del pensamiento humano: señala,

> en definitiva, la adaptación del espíritu a las cosas y la toma de posesión del medio por el hombre. (Lucien Febvre, 1971: 87).

"Adaptación del espíritu a las cosas", es decir, proceso específico de producción de conocimientos objetivos y adecuados. "Toma de posesión del medio", es decir, aplicaciones transformadoras para el control de la realidad. He ahí las dos caras de la ciencia que deben ser precisadas en una historia de la misma.

LA MEDICINA Y SU HISTORIA

EL proyecto inicial de Colciencias relativo a las *Implicaciones sociales de la evolución histórica de la ciencia en Colombia* proponía cinco áreas de trabajo, tres de las cuales se consideraban como *ciencias aplicadas*: las ingenierías, las ciencias agropecuarias y las ciencias de la salud. Las otras dos eran las ciencias básicas (matemáticas, astronomía, física, química y biología) y las ciencias sociales.

Para el caso de las *ciencias de la salud* —y sin tener en cuenta los problemas de conceptualización que dicha denominación entraña— se abre un campo de tal envergadura que, necesariamente, obliga a aceptar la sugerencia contenida en el documento *Términos de referencia del proyecto* en el sentido de que los campos se traten a partir de una *disciplina particular* e, incluso, de que se opte por *un solo caso* (análisis de caso) según sea la significación del mismo[12]. Y aún siguiendo esta recomendación, y optando por la medicina, el campo continúa siendo extremadamente amplio.

El término *ciencias de la salud* ha sido tomado en préstamo del sector de la organización de los estudios universitarios. Su utilización en ese sector es relativamente reciente. No se encuentra, sin embargo, una conceptualización más o menos explícita que ubique al investigador en la globalidad que encierra el término y que lo oriente en la investigación del conjunto. Lo único que se encuentra es la lista de las carreras o profesiones que se consideran forman el paquete *ciencias de la salud*. Y hay que tener en cuenta que cada una de estas carreras incluye una serie de disciplinas teóricas, prácticas y teórico-prácticas que pueden ser comunes a más de una rama de las ciencias de la salud. A manera de ilustración de la diversidad de dichas *ciencias*, reproducimos la lista de las mismas, extraída de documentos oficiales del Instituto para el Fomento de la Educación Superior[13]: Bacteriología, Laboratorio Clínico, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina, Microbiología, Nutrición y Dietética,

Odontología, Optometría, Terapia del Lenguaje, Terapia Física, Terapia Ocupacional.

Cada rama profesional de las anteriormente enumeradas tiene su propia historia, como la tienen las disciplinas que les sirven de base. La de más larga e institucionalizada historia es, sin duda alguna, la medicina. Otras, como la enfermería y la farmacia han existido como prácticas, en nuestro país, desde la época de la Colonia, pero en tanto prácticas apoyadas en ciencias, son relativamente recientes, como reciente es su institucionalización. La odontología aparece tímidamente en el siglo pasado y la bacteriología sigue con un desfase importante algunos de los descubrimientos de Pasteur y Koch, en la segunda mitad del siglo XIX, quienes pueden considerarse como sus fundadores. Las demás ramas profesionales incluidas en las *ciencias de la salud* comienzan a ser practicadas y enseñadas en el presente siglo y no pasan algunas de los treinta años de existencia.

Teniendo en cuenta, pues, la amplitud del espectro ofrecido por las *ciencias de la salud* y los títulos indiscutibles que dentro de ellas esgrime la medicina, por antigüedad y peso social, se tomó esta rama como objeto de estudio. Ya hace 2.500 años que en uno de los escritos del *Corpus hipocraticum* se señalaba:

> El arte de la medicina posee desde hace mucho tiempo todos sus medios, y ha encontrado un principio y un método gracias a los cuales los descubrimientos que ha hecho durante un largo período de tiempo son numerosos y de auténtico valor, y gracias a los cuales podrá descubrir lo demás si, uniendo a una capacidad suficiente el conocimiento de los resultados anteriores logrados, los toma como punto de partida para la investigación (Hipócrates, 1970: 111).

Esta antigüedad y esta vieja vocación científica de la medicina han hecho de ella un terreno complejo y vasto. Contribuye en este mismo sentido el proceso que Michel Foucault llama "la medicalización indefinida".

Este proceso se inicia en el siglo XVIII y consiste en la penetración creciente de la medicina en todos los aspectos de la vida de los individuos y de la sociedad en su conjunto. Nada escapa a la medicina desde ese entonces. Su campo de acción no se limita al enfermo y a la enfermedad sino que se extiende al hombre sano y a la salubridad en cada uno de los momentos y en cada una de las instancias que conforman el recorrido vital de todo ser humano en el tejido social que le corresponde. Puede afirmarse, dice Foucault, que a partir de esa época la medicina comienza a no tener campo exterior[14].

Este proceso se concreta en la aparición de la medicina social en cuanto estructura biopolítica compleja que en sus comienzos se manifiesta en una medicina estatal, en Alemania, una medicina urbana, en Francia, y una medicina laboral, en Inglaterra, según los específicos desarrollos económicos, sociales y políticos de cada uno de estos países. El fundamento de dicha medicina es "una cierta tecnología del cuerpo social" que la convierte en *realidad biopolítica* que impregna toda la sociedad.

Al proceso de la medicalización indefinida contribuyen elementos como el de la *biohistorización* y el de la economía de la salud. El primero se relaciona con la capacidad creciente que tiene la aplicación de los conocimientos biológicos y médicos de dejar huellas profundas en el cuerpo de los individuos y en el de las colectividades, e incluso de transformarlos. Desde alguna perspectiva pueden constituir, incluso, una amenaza para la misma supervivencia. El segundo se refiere a la integración de todos los aspectos relacionados con la salud (organización y prestación de servicios, producción de drogas y de tecnología, enseñanza médica, etc.) en las economías de los diferentes países, en tanto factores de peso que influyen en forma muy destacada en el conjunto del sistema económico. Si a todo esto añadimos que la medicina, desde siempre —o al menos desde los hipocráticos— se ha preocupado por el medio ambiente y su relación con los estados de salud y enfermedad de los seres humanos, tendremos un panorama de problemas médicos lo suficientemente amplio como para tener que intentar una necesaria selección con miras a una investigación histórica.

Para enrutarnos en esta delimitación podríamos preguntarnos inicialmente por el concepto mismo de medicina. De lo que sí podemos estar seguros, aun antes de intentar responder a esta pregunta, es de que, como decía Giorgio Baglivi[15] "la medicina no es un parto de la inteligencia humana, sino la hija del tiempo" (*Medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia*) (Laín Entralgo, 1972), es decir es un hecho histórico enmarcable dentro de sus circunstancias[16]. Y de aquí la posibilidad y la necesidad del estudio histórico de esta disciplina.

Uno de los logros más significativos de los médicos hipocráticos es el de haber convertido la medicina en una *tékhne*:

> La máxima hazaña intelectual y práctica de los hipocráticos —la visión de la medicina como un saber atenido al "qué" y al "por qué" de lo que se hace— continúa siendo el fundamento del quehacer médico, y no es presumible que deje de serlo en el futuro. En este sentido la terapéutica actual es fundamentalmente hipocrática, y el terapeuta no ha dejado de ser el ejecutante de una *tékhné iatrike* (Laín Entralgo, 1982: 430).

Desde sus orígenes más remotos, en lo que a la tradición occidental se refiere, la medicina aparece como una *práctica*, una *técnica* (en el sentido de los griegos), un *arte* (del latín *ars*, que es la traducción del término *tékhné* de los griegos), es decir, una actividad operativa fundamentada en un saber. Por ello los griegos la incluían dentro de las *técnicas* (*tékhné*), al lado de la cibernética —arte de conducir los navíos— y la música. La diferenciaban de otras formas de saber, que calificaban de *episteme*, y que constituían disciplinas liberales, desinteresadas, que no se preocupaban por las aplicaciones prácticas de sus resultados, tales como la matemática, la lógica o la dialéctica[17].

La medicina siempre ha sido un saber aplicado, hecho éste que está en la base de su surgimiento diferenciado y de su progresiva consolidación y fundamentación científicas. Nunca ha podido no ser una intervención operativa sobre el cuerpo enfermo o sano y sobre el medio ambiente adverso o propicio. La medicina es, pues, antes que nada, *práctica* (en el sentido que los griegos le daban a esta palabra), y en cuanto tal ha dado origen a una actividad profesional definida, específica.

Pero paralelamente a su fundamental preocupación operativa ha buscado, cada vez con mayor énfasis y mejores resultados, la justificación teórica de sus operaciones. Su historia es una permanente búsqueda de bases científicas, ya sea en el conocimiento del cuerpo, en su estado normal y en su estado patológico, ya sea en el de las entidades morbosas que se *concretan* en los individuos enfermos o, en fin, en el de las operaciones terapéuticas que se utilizan para restablecer la salud. Y por este camino ha encontrado la potenciación y la validación de sus acciones. Muchas ciencias particulares han nacido de los problemas planteados por la medicina o de la inquietud clínica e investigativa de los médicos, y muchas han confluido finalmente en ella.

La medicina, es, pues, *una práctica que se apoya en todas las ciencias* que pueden servirle para el cumplimiento de su objetivo social: preservar y restituir la salud de los seres humanos, limitar el poder de la muerte. Hermosa utopía que constituye el centro de su historia[18]. Sin que ello signifique que no haya estado asediada por preguntas sin respuestas, crisis y encrucijadas inquietantes, aun en la actualidad.

INTENTO DE UN ESQUEMA HEURISTICO PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA

El esquema que se intenta a continuación tiene un sentido básicamente heurístico, es decir, pretende orientar en la búsqueda de documentación y en la defi-

nición progresiva del objeto de estudio, así como de los *hechos* que conforman tal objeto. En este sentido es provisional, susceptible de variaciones y ajustes. Pero, evidentemente, también contiene elementos interpretativos y metodológicos, los cuales se hacen manifiestos en su misma exposición. Dos presupuestos básicos, sin embargo, pueden señalarse de entrada:

a) El concepto de medicina atrás esbozado
b) La idea de que la historia de una ciencia debe hacerse —evitando caer en el anacronismo— desde la perspectiva de la modernidad.

Teniendo en cuenta que la medicina en su conjunto está integrada por diferentes conocimientos científicos y por la puesta en acción de diferentes técnicas que se apoyan en tales conocimientos, establecemos cuatro sectores del saber, de la práctica y de la interrelación entre uno y otra, con el objeto de precisar cómo han aparecido las diferentes disciplinas, técnicas operativas, etc., allí contenidas, y cómo han sido trabajadas a lo largo de nuestra historia. Somos conscientes de que a pesar de la amplitud del esquema, que lo convierte en un programa a largo plazo, pueden quedar por fuera aspectos importantes de la historia de la medicina en Colombia, pero también lo somos de que es necesario buscar cierta coherencia mínima, lo cual exige delimitar el campo de estudio. Estos cuatro sectores son los siguientes:

1. Ciencias que sirven de fundamento a la práctica médica.
2. Ejercicio práctico de la medicina, o práctica médica.
3. Investigación en el dominio médico.
4. Estructuras e instituciones médicas.

La anterior compartimentación puede aplicarse a lo que llamaremos la medicina científica, o la medicina a secas. La medicina popular, tan importante en toda la historia y en todas las culturas, presenta rasgos específicos que no se tratan en este ensayo por diversas razones[19].

Partir de la modernidad en el caso del estudio histórico de una ciencia, es situarse en los saberes y prácticas actuales de dicha ciencia con el objeto de desentrañar su desarrollo. Aquí se hace necesaria una actitud valorativa —ajena a una visión evolutiva o progresionista— tal como lo han señalado, entre otros, Bachelard, Koyré y Canguilhem. Esta actitud puede suministrar un esquema previo para arrancar en la investigación.

Sector de las ciencias que sirven de fundamento a la práctica médica[20]

A grandes rasgos puede decirse que hasta el Renacimiento existían tres clases de sabios: los matemáticos, los filósofos y los médicos. Estos últimos, en medio de la creciente dispersión de disciplinas que se da a partir del siglo XVII, continuaron monopolizando —o al menos desempeñando un papel muy destacado— en el conjunto de saberes que globalmente podemos denominar *ciencias de la vida*, hasta comienzos del siglo XIX; y no dejaron de incursionar en otras ciencias naturales como es el caso de la química y de la física. Recordemos que en Francia, por ejemplo, sólo a partir de 1808 comienzan a nacer las facultades de ciencias.

La medicina ha tenido una relación muy estrecha con las ciencias, sea por haberse visto obligada a recurrir a ellas, sea porque de su seno han brotado problemas que han dado origen a disciplinas particulares. Y es natural que ante un problema tan acuciante como el de la muerte y la enfermedad, la medicina se vea en la obligación de recurrir a cualquier expediente. Pero esta relación, sin embargo, se fundamenta en algo más que en esta dramática necesidad. Existen razones lógicas y epistemológicas conocidas, y que no es del caso tratar en este espacio. Baste con señalar que la intervención sobre el cuerpo humano exige, en todos y cada uno de sus momentos (exploración, anamnesis, diagnóstico, pronóstico, terapéutica) el conocimiento de todas y cada una de las variables que allí están presentes.

Muchas disciplinas sirven a la medicina, desde las matemáticas hasta la sociología, para decirlo en la secuencia de Augusto Comte. Pero no todas tienen una aplicación igualmente directa e inmediata en su dominio, y no todas deben, necesariamente, hacer parte del bagaje científico del médico. Por ello al tratar de hacer una aproximación histórica a las ciencias que fundamentan la práctica médica, se requiere precisar cuáles son aquellas que en forma más estrecha se relacionan con dicha práctica, para no caer en un universalismo dispendioso, sin olvidar que "oficialmente" muchos médicos, en general, no aceptan la cientificidad y la utilidad de las ciencias sociales. Con este criterio ubicamos cuatro campos en este primer sector, los cuales, a su vez, contienen diferentes ciencias o disciplinas[21].

Los conocimientos sobre el ser humano en estado de salud[22]

En este campo se ubican tres conjuntos de ciencias que dan como resultado lo que podría llamarse una "antropología normal".

— Morfología normal, que constituye el conocimiento científico de "la forma quiescente del cuerpo humano", de su forma y su estructura, o en las palabras de Juan C. García a partir de una definición del Comité de Expertos de la OPS/OMS para la enseñanza de la morfología:

> El estudio de la estructura normal del organismo en los niveles celular, subcelular, titular, orgánico y sistemático; de los procesos morfogenéticos que caracterizan el desarrollo desde su fase inicial hasta la edad adulta, de los cambios involutivos que acompañan a la senectud; de los aspectos antropológicos necesarios para comprender las particularidades somáticas de los grupos humanos y de algunos aspectos del desarrollo filogenético de las estructuras (García, 1972: 37).

En la actualidad integran este conjunto disciplinas como la biología celular y citogenética, la embriología, la histología, la anatomía macroscópica y microscópica (sistemática, regional de superficie, clínica, etc.), la antropología física, la anatomía comparada.

— Fisiología normal, es decir, el conocimiento científico del movimiento vital y funcional del ser humano. Este conocimiento incluye, en su especificidad, los aspectos funcionales psíquicos. Comprende disciplinas como la fisiología general y celular, por sistemas, etc., la bioquímica, la biofísica, elementos de la farmacología, y algunas ramas de la psicología[23].
— Sociología y antropología, disciplinas que junto con otras de las llamadas sociales o humanas suministran elementos interpretativos y de orientación para una actividad que es eminentemente social, la medicina, y que se cumple sobre un ser social, el ser humano[24].

Los conocimientos sobre el ser humano enfermo

Los saberes que integran este campo dan como resultado lo que podría llamarse una "antropología patológica".

— Morfología patológica, que constituye el conocimiento de las alteraciones en la forma y en la estructura perceptibles y que conforman la enfermedad. Incluye este estudio el nivel de los tejidos y sus componentes (histopatología), sin descuidar el aspecto genético.

— Fisiología patológica, o fisiopatología, que es el estudio de las alteraciones funcionales que conforman la enfermedad. Puede desglosarse en fisiopatología general y especial (células, tejidos, líquidos orgánicos, órganos, aparatos, sistemas y funciones especiales como en el caso del psiquismo).

La anatomía y la fisiología patológicas integran la patología en cuanto ciencia de conjunto. Es en esta dirección que el Comité de Expertos de la OPS/OMS para la enseñanza de la patología afirma:

> La actual tendencia requiere que la patología sea considerada no sólo como anatomía patológica, sino que se integre con conocimientos de patología experimental, microbiología, inmunología, bioquímica y otras ciencias afines, que ayuden a esclarecer los factores determinantes del proceso y los cambios dinámicos que se van operando en el desarrollo de las enfermedades (Citado en García, 1972: 47).

— Psicopatología, o sea el estudio de las enfermedades mentales. En este terreno es preciso tener en cuenta las diversas alternativas, muchas veces antagónicas, que históricamente se han presentado.
— Epidemiología, que podría afirmarse, a riesgo de ser muy generales, que constituye el estudio de la dimensión social de la enfermedad. Aquí se da uno de los puntos de relación importante —mas no el único— entre medicina y sociología, sin que la epidemiología sea una simple sociología ni la sociología, en el terreno médico, una simple epidemiología[25].

Los conocimientos que apoyan la actividad clínica

En este campo existe una serie de disciplinas, algunas más desarrolladas que otras, algunas mejor definidas, otras aún embrionarias, que le permiten al médico acercarse al enfermo y establecer la relación clínica, elemento básico y definitivo en la medicina.

— Nosología, o teoría de la enfermedad en cuanto manera de vivir del ser humano. Se aborda en la actualidad desde disciplinas como la patología médica, la patología interna, las lecciones de medicina y la nosología por aparatos y sistemas.
— Etiología, en tanto disciplina metódica y controlada que busca el conocimiento del complejo causal de las enfermedades. Se apoya en algunas cien-

cias particulares como la microbiología, la parasitología y la virología, entre otras.

— Nosognóstica, que consiste en el conocimiento de la enfermedad en quien la padece e incluye lo relativo a la relación médico-paciente. Puede desglosarse en los siguientes estudios particulares:

a) De los accidentes en que se concreta la enfermedad, es decir, la *sintomatología* o *propedéutica* (estudio de los síntomas expresados desde la perspectiva del paciente) y la *semiología* o *semiótica* (estudio de los signos significativos para el médico).
b) De los procesos morbosos en su dinámica, ya sean vistos desde el punto de la conformación de tipos o entidades morbosas susceptibles de ser descritas (*nosografía*) o desde el ángulo de la encarnación de estas entidades en el individuo enfermo (*patografía*) y expresadas en la historia clínica.
c) De una clasificación de las enfermedades, es decir, en la óptica de una *nosotaxia*.

Los conocimientos que apoyan la terapéutica

Este campo está integrado por dos disciplinas científicas estrechamente relacionadas entre sí, hasta el punto de que algunos prefieren hablar de una sola.

— La farmacología, que estudia la estructura de las sustancias que pueden beneficiar (remedios) o perjudicar (tóxicos) al organismo humano, visto como totalidad bio-psico-social.
— La farmacodinámica, o farmacocinética, que se ocupa del estudio de la acción de las sustancias sobre el organismo.

El esquema de estos cuatro campos que integran el primer sector establecido nos permite remontarnos hacia atrás en el tiempo para entender cómo estos conocimientos, en su espacio y en su tiempo, han sido trabajados y aplicados. Partimos del presente y este hecho nos plantea problemas que deben ser tenidos en cuenta, para este sector y para los demás. Muchas de las disciplinas que integran el esquema son de reciente constitución. Otras existen desde hace un largo tiempo, lo cual no significa que hayan sido siempre las mismas. Otras, en fin, se han independizado radicalmente de la medicina, aun cuando siguen teniendo en ésta un amplio espacio de aplicación. En la investigación histórica

de estas disciplinas tendremos entonces que tratar de evitar eso que Lucien Febvre consideraba "el pecado mayor de todos los pecados, el más irremisible de todos" (Febvre, 1959: 4) en el historiador: el anacronismo. Pero este esquema nos permite, de otro lado, establecer qué constituye un "pasado pasado" y qué un "pasado actual".

En el acercamiento a este primer sector es necesario ver cuál ha sido la organización de los estudios médicos y cómo y bajo qué circunstancias se han producido las sucesivas adecuaciones y reformas de los mismos. El problema de la enseñanza será abordado desde otra perspectiva en el cuarto sector, el de las estructuras médicas.

Sector de la práctica médica

Este sector eminentemente profesional[26] contiene la dimensión clínico-terapéutica, definitoria del médico mismo. Esta dimensión incluye tres momentos básicamente teóricos, prácticos, en donde no se aplica una metodología científica estricta, si bien se dan procesos de conocimiento particulares. El método utilizado aquí es el método clínico, apoyado en las ciencias, pero con tan pocos rasgos normativos como el científico. Su especificidad tiene que ver con el *objeto* (el enfermo) y las características existenciales del mismo determinadas por la alteración que a todos los niveles produce la enfermedad, y con la relación que se establece entre éste y el médico. Esos tres momentos son (*véase* Laín Entralgo, 1983):

a) Un momento cognitivo, que es el momento del diagnóstico
b) Un momento operativo, o sea la terapéutica
c) Un momento afectivo-social, la relación médico-paciente.

En esta dimensión se busca un objetivo eminentemente social: prevenir y curar la enfermedad. Establecer cómo se ha cumplido este objetivo, con base en la asunción de estos tres momentos, es ciertamente una tarea difícil, pero debe intentarse al menos en un nivel previo y elemental que facilite posteriores precisiones.

En el transcurso histórico que marca el cumplimiento de este objetivo de preservar la salud y curar la enfermedad, y en relación con el desarrollo de ciencias y disciplinas particulares, se han ido conformando las especialidades médicas.

Podemos hablar, en la actualidad, de cuatro grandes conjuntos y de una multiplicidad de especialidades particulares. Los cuatro grandes conjuntos son:

medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Dentro de las especialidades particulares podemos mencionar, sin agotarlas: la dermatología, la cardiología, la neumología, la neurología, la hematología, la endocrinología, la nefrología, la psiquiatría, la tisiología, etc. Un lugar especial ocupa la medicina social, por su impacto en la colectividad y por sus logros, que ha venido apareciendo sucesivamente bajo diferentes rótulos: salud pública, medicina preventiva, medicina comunitaria, etc. El estudio de esta medicina nos coloca en el terreno de las políticas del Estado y más concretamente en la relación medicina-sociedad, y en la relación medicina-ciencias sociales, aspecto bastante polémico en la actualidad.

El estudio de las circunstancias bajo las cuales han aparecido las diversas especialidades puede ser revelador para el caso de la historia de la medicina en Colombia.

Sector de la investigación médica

En este sector consideramos tres niveles de investigación[27] que prolongan, a más de la clínica, la actividad profesional del médico[28]. Estos tres niveles se diferencian claramente entre sí, pero mantienen líneas de contacto que hacen de su conjunto algo coherente.

El núcleo central y privilegiado de la actividad profesional de los médicos ha sido la relación con el paciente. Esto es aún más cierto desde el momento en que aparece la clínica en su versión moderna a finales del siglo XVIII. De este núcleo han brotado las preguntas que se ha planteado la medicina en cuanto problemas por resolver y que han remitido a las diferentes ciencias y tecnologías que la apoyan en su práctica, y a este núcleo vuelven las respuestas, o los silencios, que dan estas ciencias y tecnologías. La clínica constituye, pues, el primer nivel de la investigación médica.

La investigación clínica

Este nivel, en el que el médico se enfrenta directamente al enfermo en su lecho, es el definitorio de la actividad profesional del médico. Lo fue en la época del surgimiento de la medicina técnica, en la Grecia del siglo V a.C., y lo sigue siendo en la actualidad[29]. En él encuentra la medicina su razón de ser, sus retos y sus compromisos. En rigor toda acción médica debería ser investigación clí-

nica, pero las cosas no suceden así. No todos los médicos han asumido el problema dentro de esta óptica y no siempre el acto médico deja huella de su cumplimiento. Ello no quiere decir que no debamos, ni podamos, tratar de considerar sus resultados, gestados en un proceso que se cumple sin interrupción en la vida de cada médico y en la de todos los médicos en su conjunto. A partir de la exploración sobre el cuerpo del enfermo (observación, palpación, percusión, auscultación), del interrogatorio del paciente (anamnesis), de la correlación metódica de los datos provenientes de esta exploración y este interrogatorio, con el apoyo de la semiología y de los análisis del laboratorio, se producen diagnósticos, pronósticos y acciones terapéuticas. Y, obviamente, toda una serie de problemas planteados a la clínica misma y, en forma preferencial, a las ciencias y tecnologías fundamentales de la medicina.

El registro de esta actividad, que puede ser más o menos investigativa, puede estar en las historias clínicas, en las comunicaciones de los eventos médicos y en las publicaciones especializadas. De gran interés para el caso de nuestra historia puede ser el establecer cómo se ha adelantado esta investigación y qué resultados pueden haberse logrado en ella[30].

Desde el siglo XIX, y aun antes, comienza a desarrollarse otro nivel de la investigación médica que, evidentemente, tiene sus relaciones con la clínica, aunque aparezca como un campo muy específico. Se trata de la investigación biológica o fundamental. A su aparecimiento contribuye la obra pionera y decisiva de Claude Bernard con su *medicina experimental*, e incluso los trabajos previos del holandés Hermann Boerhaave. La afirmación de Hermann Helmholtz, uno de los grandes de la fisiología moderna, expresa lapidariamente esta tendencia hoy consolidada y con consecuencias no siempre positivas: "O la medicina se hace ciencia natural, o no será nada" (citado en Laín Entralgo, 1972: 17).

La investigación biológica o fundamental

> Toda ciencia experimental exige un laboratorio. Es allí donde el sabio se retira para tratar de comprender, por medio del análisis experimental, los fenómenos que ha observado en naturaleza (...) El objeto de estudio del médico es necesariamente el enfermo y su primer campo de observación es, en consecuencia, el hospital. Pero si la observación clínica puede enseñarle a conocer la forma y el desarrollo de las enfermedades, es insuficiente para hacerle comprender su naturaleza; para ello es necesario penetrar en el interior del cuerpo

> y buscar cuáles son las partes internas que están lesionadas en sus funciones. [Para lograrlo no basta la necropsia, pues la anatomía es insuficiente. Se requiere estudiar] las condiciones físico-químicas que entran como elementos necesarios de las manifestaciones vitales normales o patológicas (Bernard, 1986: 199).

Y esto se hace en el laboratorio, mediante la reproducción experimental de los fenómenos vitales, que son, además, los más complejos entre los fenómenos naturales.

Así hablaba Claude Bernard en 1865, y sus palabras equivalen a todo un programa por el cual parece haberse venido guiando, desde entonces, la actividad investigativa en el terreno de los estudios biológicos ligados a la medicina[31]. Los resultados de esta orientación son sorprendentes y esperanzadores a pesar de los obstáculos que aún se oponen al dominio de la enfermedad y su secuela de dolores, sin que dejen de conllevar riesgos y unilateralidades. Muchos problemas derivados de la clínica, y otros que han surgido autónomamente, han sido asumidos por las ciencias particulares que sirven de fundamento a la práctica médica (biología molecular, microbiología, fisiología, etc.), utilizando para su investigación métodos y técnicas experimentales y recurriendo predominantemente al espacio del laboratorio, entendido este término en su acepción más amplia.

Para nuestro caso los resultados de esta clase de investigación —de existir— pueden rastrearse en las publicaciones científicas y médicas, en las comunicaciones presentadas a eventos y reuniones (congresos, simposios, seminarios, etc.), en las monografías presentadas a nivel de pregrado y posgrado en medicina y en ciencias de las universidades pueden ser fuentes valiosas para este aspecto.

Investigación epidemiológica

La epidemiología enfrenta el estudio de la enfermedad en tanto fenómeno que afecta a un grupo de población en condiciones dadas. "Verdadera clínica de las colectividades" ha sido llamada esta rama que presenta puntos de contacto muy estrechos con la sociología, la estadística, la demografía, la ecología, etc., sin que se deba confundir con ninguna de estas ciencias. Su surgimiento, en cuanto disciplina particular, data de la época de la urbanización, concomitante con el afianzamiento definitivo del capitalismo moderno. En su versión actual es, pues, contemporánea de la medicina social.

La investigación epidemiológica introduce la observación a gran escala, tanto en el tiempo como en la cantidad de casos considerados, lo cual supone la ampliación y el rebasamiento de la clínica, sin que ello signifique, como es obvio, su superación. Las consecuencias sociales de este tipo de investigación son claramente perceptibles. Para ver lo que ha sido esta investigación en el país contamos, además de las fuentes anteriormente señaladas para otros niveles, con archivos de los organismos estatales y privados que se han ocupado de la organización, suministro y control de los servicios de salud.

Sector de las estructuras e instituciones médicas[32]

Se incluyen aquí las instituciones y demás estructuras que han permitido a los profesionales de la medicina organizarse en su labor de investigación, transmisión e intercambio de conocimientos y problemáticas, así como en la difusión de unos y otras. Se consideran también aquellas instituciones y estructuras que han permitido al médico el cumplimiento de su gestión profesional, incluida la clínica. Encontramos aquí los institutos de investigación en sus diferentes niveles, las asociaciones científicas y gremiales de los médicos, en sus varias especialidades, las academias, las escuelas y facultades de medicina y las publicaciones especializadas. Una estructura especialmente importante es el hospital, convertido a partir del aparecimiento de la clínica moderna en centro fundamental de formación e investigación en clínica, patología y medicina interna. Junto al hospital, y más o menos integrados en un sistema global según el momento histórico, encontramos los diversos sistemas de atención por niveles.

Las fuentes para el estudio histórico de este sector son variadas. Algunas de las estructuras que para sectores anteriores nos pueden servir de fuentes aquí serán tomadas como objeto de estudio (revistas, tesis, eventos, etc.).

El anterior esquema puede orientarse en la ubicación de los elementos más importantes del saber y la práctica médicas, desde la perspectiva de una historia de las ciencias, y no de lo que podría ser una sociología histórica de las profesiones[33]. Es aplicable a lo que constituye lo que algunos llaman la "medicina científica" y otros la medicina occidental, cuya expansión es hoy en día universal a pesar de la existencia de otras medicinas paralelas e incluso antagónicas. Su matriz intelectual es la misma de las ciencias contemporáneas y no es otra que la racionalidad que surgió en la Grecia antigua a partir de los presocráticos, y que ha servido como columna vertebral a la idea y el concepto de Occidente, junto con la vertiente judeocristiana. Con miras a una precisión conceptual

adoptamos la diferenciación que hace Pedro Laín Entralgo entre "medicina pretécnica" y "medicina técnica" (Laín Entralgo, 1972, T. I: 4).

En la medicina pretécnica predominan los componentes mágico-religiosos en la explicación de los procesos normales y patológicos, y la intervención práctica está fuertemente permeada por la magia —en donde el ritual es condición indispensable— y en parte por el empirismo, "con predominio mayor o menor de uno de estos elementos". Este tipo de medicina antecede, para el caso de Occidente, a la medicina técnica y existe en forma más o menos viva, con sus particularidades, en diferentes ámbitos culturales, incluido el espacio de la civilización cristiana y occidental.

La medicina técnica nace en ruptura con la pretécnica, en la Grecia de los siglos V y VI a.C. Su nacimiento constituye un aporte decisivo a la conformación de la racionalidad griega. Los rasgos distintivos que hacen de esta medicina una *tékhné* son los siguientes:

a) El médico interviene sobre el enfermo teniendo en cuenta el "por qué" de sus operaciones. En el remedio ya no importan las dotes sobrenaturales de quien lo prescribe y administra, ni el ritual que rodea su aplicación. Interesa lo que es en sí mismo y en su acción sobre el cuerpo, *physis* particular de la *physis* universal.
b) Lo anterior lleva al médico a interrogarse, recurriendo al *logos*, sobre lo que es el remedio, lo que es el cuerpo humano y sus elementos integrantes, lo que es la enfermedad, y a buscar en cada cosa su composición elemental (estequiología), su forma (eidiología), su origen (génesis) y su movimiento (dynamis).
c) Por este camino se pretende llegar a la explicación de la *naturaleza* del cuerpo humano y de sus alteraciones, en el marco del cosmos, lo cual contribuye al surgimiento de una *ciencia de la naturaleza*, una *physiologia* (estudio de la *physis*).

Desde el momento de su gestación esta medicina técnica se ha desarrollado de manera integrada, en un proceso complejo, con la racionalidad occidental. Esta racionalidad, si es que puede seguirse su recorrido a lo largo de la historia en tanto algo idéntico a sí mismo, se expresa en forma nítida en las sucesivas "rupturas epistemológicas" que han dado nacimiento a las diversas ciencias. La medicina técnica siempre ha buscado —por su vocación original ya señalada— apoyarse en las ciencias que se van constituyendo o abriendo nuevos campos para ser conquistados. Por este camino ha llegado a convertirse en "medicina

científica", como la hemos llamado en el curso del presente trabajo, sin falsas expectativas y sin una valoración negativa de otras formas de medicina[34].

La medicina científica, o medicina a secas en aras de una economía terminológica, nace, a nuestro entender, en un lapso que abarca fundamentalmente el siglo XIX, pero que tiene antecedentes importantes en el siglo XVIII. Un amplio cuadro de transformaciones económicas, sociales, políticas y culturales —y de manera muy notable los cambios que se operan en el terreno de las ciencias— permite que la medicina encuentre su apoyo *irreversible* en las ciencias. En el campo propiamente médico son determinantes de este proceso el aparecimiento de la clínica, del método anatomoclínico, de la orientación fisiopatológica y, finalmente, de la etiopatología, gracias esto último a los decisivos descubrimientos sobre el virus y los microorganismos patógenos debidos a Pasteur y Koch. Ya para el año 1900, como lo dice Laín Entralgo, "la medicina de vanguardia se ha hecho resueltamente científico-natural".

NOTAS

1. En el proceso de la elaboración del presente trabajo fueron importantes dos trabajos del sociólogo Gabriel Restrepo (s/f; 1981).
2. Robert K. Merton y Joseph Needham se cuentan dentro de los estudiosos externalistas más destacados. Una posición bastante radical en el sentido del externalismo es la expresada por Paul Schrecker: "Considerada como objeto de la historia, la ciencia es un producto de la civilización que cambia en el transcurso del tiempo (...) El historiador de la ciencia que intenta aislar de entre los acontecimientos del pasado los que deban figurar en las series que estudia y registra no puede servirse de ningún criterio sistemático interior que distinga lo que debe ser considerado como ciencia, de lo que no deba ser considerado así (...) Como objeto histórico, la ciencia sólo puede reconocerse por su función dentro de la compleja estructura de la civilización humana" (Schrecker, 1975: 34).
3. Idolos llamaba Francis Bacon a este caldo de cultivo impuro que se oponía a la ciencia, que la enturbiaba y la desviaba de su objetividad. En términos de "ídolos" u obstáculos epistemológicos plantea Darío Mesa el "conjunto de confusiones verbales, de realismo, de animismo, de instintos, de imágenes directas de la materia, etc., que hacen coexistir a la ciencia con la magia" (Mesa, 1980: 74).
4. "La historia de las ciencias tiene que ver con una actividad axiológica, la búsqueda de la verdad" (Canguilhem, 1974: 19).
5. Esta actitud *constructivista* es la que han asumido algunos historiadores modernos, por ejemplo, Carr (1978). Hablando de que los hechos históricos no aparecen de manera directa, Lucien Febvre afirma que "los fabrican los trabajadores pacientes, relevándose, sucediéndose, de forma lenta, penosa, apoyándose en miles de observaciones juiciosamente planteadas y millares de datos numéricos extraídos laboriosamente de múltiples documentos" (Febvre, 1971: 21). *Véase* igualmente Marrou (1954).
6. El universalismo halla expresión inmediata en el canon de que la afirmación de que si algo es verdad, cualquiera sea su fuente, debe ser sometido a "criterios impersonales prestablecidos". Canguilhem, a pie de página, cita la afirmación de la American Association for the Advancement of Science de que "la ciencia es totalmente independiente de las fronteras nacionales, las razas, los credos" (Merton, 1980a: 67).
7. La importancia de esta aproximación también ha sido señalada por Piaget. "El aspecto más significativo de la epistemología contemporánea (...) y de consecuencias incalculables para el porvenir,

es que la reflexión epistemológica surge cada vez más al interior mismo de las ciencias, ya no porque creador científico genial, como Descartes o Leibniz, deje, por un tiempo, sus trabajos especializados y se dedique a la construcción de una Filosofía, sino porque ciertas crisis o conflictos se producen como consecuencia de la marcha interna de las construcciones deductivas o de la interpretación de datos experimentales, y que, para superar estas tradiciones latentes o explícitas, se hace necesario someter a una crítica retroactiva los conceptos, métodos o principios utilizados hasta ese momento" (Piaget, 1976: 51).

8. Giorgio Antei (1980: 71-80) plantea la necesidad de definir el estatuto epistemológico para el caso de la etnología americana, al igual que lo han intentado algunos filósofos para la filosofía de nuestro continente. "¿Quién soy? ¿Quiénes somos? Las mismas preguntas *originarias* con que Leopoldo Zea caracteriza *la voluntad de saber* de la filosofía latinoamericana, son igualmente válidas para la etnohistoria, porque son cuestiones que remiten a la identidad del hombre americano —realidad étnica, sociocultural, etc.— y a su historia. Y por consecuencia a su futuro" (p. 78). Las mismas preguntas, si bien con las diferencias absolutamente ineludibles, tienen validez para otras ciencias sociales e incluso para las ciencias físicas y naturales. ¿Y qué no decir del caso de la medicina en sus relaciones con el clima, la flora, la fauna, las patologías propias de cada región, los hábitos alimenticios, las tradiciones curativas populares, etc.?
9. Para el caso de sus planteamientos programáticos y metodológicos pueden verse, además de sus obras propiamente históricas, Fernand Braudel (1968); Lucien Febvre (1971); Marc Bloch (1963); Georges Lefebvre (1978).
10. François Simiand enfatiza "en el aspecto interrelacional de toda historia, su *Zusammenhang*, que hace que la tarea principal del historiador sea la de identificar 'ciertas relaciones de correspondencia o de influencia recíproca' más a la manera de un biólogo que examina un proceso que la de un físico que busca la causa elegante y parsimoniosa expresada en símbolos abstractos" (Foster, 1981: 524).
11. "En la práctica los historiadores de los *Annales* le dan un "respiro" a la historia total y de larga duración y recomiendan un microanálisis de las piezas de la "estructura". *Véase* Foster (1981: 524).
12. Términos de referencia del Proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia, material mimeografiado: 2.
13. Icfes, División Académica Universitaria. *Clasificación de los programas de la Educación Superior por áreas académicas*, Bogotá, 1979, material mimeografiado.
14. "La existencia, la conducta, el comportamiento del cuerpo humano, se incorporan a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos escapa a la medicina" (Foucault, 1977: 4). *Véase* también Foucault (1976: 152 y ss.).
15. Médico italiano que vivió entre 1668 y 1703. Autor de un tratado médico de orientación iatromecánica, el *De praxi médica*. *Véase* Laín Entralgo (1972).
16. "La medicina —decía Sigerist— es una de las cosas más estrechamente vinculadas al conjunto de la cultura, puesto que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por las transformaciones en las ideas de la época" (citado en Canguilhem, 1978: 73).
17. Es en esta perspectiva que Proclo, neoplatónico del siglo V d.C., se refiere a Pitágoras, en su comentario al Libro I de la Geometría de Euclides: "Pitágoras transformó ese estudio convirtiéndolo en una enseñanza liberal que se remontaba a los principios generales y estudiaba los problemas abstractamente y con la inteligencia pura" (citado en Geymonat, 1961: 7).
18. Esta perspectiva, en sus rasgos generales, es común a diferentes investigadores. Georges Canguilhem, por ejemplo, afirma que "la medicina se nos aparecía, y todavía se nos aparece, como una técnica o arte situado en la encrucijada de muchas ciencias más que como una ciencia propiamente dicha" (Canguilhem, 1978: 11). Los doctores Pierre de Graciansky y Henri Péquignot, directores de los volúmenes de la Enciclopedia de la Pléiade dedicados a la medicina, señalan en la Introducción que la "medicina no ha sido, pues, jamás *una* ciencia, sino la aplicación finalizada de todos los conocimientos humanos al tratamiento de los enfermos y a la preservación de la salud. La medicina aún hoy en día no es una ciencia, es la aplicación de *todas las ciencias* a la salud y a las enfermedades del hombre". (Graciansky y Péquignot, 1980: VIII). *Véase* también Quevedo (1983: 37-39).
19. "El historiador de las ciencias debe conocer el presente para juzgar bien el pasado; debe aprender lo mejor posible de la ciencia cuya historia se propone escribir. Y en esto radica, —quiérase o no— el fuerte lazo que une la historia de las ciencias con la actualidad de la ciencia (...) La conciencia de modernidad y la conciencia de historicidad son aquí rigurosamente proporcionales" (Bachelard, 1980:

133). En la misma óptica afirma Pedro Laín Entralgo que "sin formación histórica suficiente, el médico puede llegar a ser buen técnico, en el sentido actual de la expresión; mas no verdadero 'patólogo', si queremos dar a esta palabra su más hondo y plenario sentido. Lo cual nos pone a médicos y a historiadores ante el empeño que antes enuncié: edificar una historia de todos los problemas médicos adecuada a la entidad propia y a la contextura actual de cada uno de ellos" (Laín Entralgo, 1960: VII). El mismo autor, en una obra más reciente (Laín Entralgo, 1979: XXVIII) señala explícitamente que el pasado de la medicina sólo puede entenderse desde la medicina actual.

20. Para establecer el cuadro de estas ciencias fundamentales nos apoyamos en elementos suministrados por un historiador de la medicina, Pedro Laín Entralgo, especialmente a partir de la Introducción a su obra *La Historia Clínica* (Laín Entralgo, 1960) y en Juan C. García (1972), un especialista en educación médica latinoamericana.
21. Hablamos indistintamente de ciencias y de disciplinas. Esto para evidenciar, sin que lo enfrentemos, pues nos supera en cuanto problema, el hecho de que algunos de los conocimientos que apoyan la práctica médica constituyen ciencias particulares ya establecidas y otros sólo disciplinas en proceso de consolidación.
22. Esta división entre ciencias del ser humano en estado de salud y en estado de enfermedad no deja de ser problemática. Sobre la posibilidad de que existan ciencias de lo normal y ciencias de lo patológico, puede verse el agudísimo estudio de Georges Canguilhem (1978: 86) en donde, entre muchos otros aspectos, llama la atención sobre la íntima relación que existe entre uno y otro de estos estados: "Pensamos con Leriche que la salud es la vida en el silencio de los órganos y, por consiguiente, que lo normal biológico sólo es revelado, como ya dijimos, por las infracciones a la norma".
23. Jean Sénebier en su *Elogio de Albert Haller*, escrito en 1778, afirmaba que la "fisiología es la base de la medicina; presenta a quien la ejerce el estado natural de la máquina que él debe mantener previniendo los desarreglos que la amenazan y reparándolos cuando suceden. Esta ciencia es una de las más difíciles de la física (entendido en el sentido de ciencia de la naturaleza), ya que exige el conocimiento de casi todas las demás" (citado en Graciansky y Péquignot, 1980: 253).
24. Para una sustentación orgánica de la relación de estas disciplinas con la medicina, *véase* Borrero (1980).
25. En relación con la epidemiología y con la clínica hacemos algunas precisiones más adelante en el sector de la investigación. La vocación de la epidemiología de no quedarse en una mera sociología al estudiar la distribución de la enfermedad en una población, se encuentra expresada ya en el texto hipocrático *Des airs, des eaux et des lieux* (Hipócrates, 1839-1861): "Aquel que quiere profundizar la medicina debe hacer lo que sigue: considerará en primer lugar las estaciones del año y la influencia respectiva que cada una de ellas ejerce (...); después examinará cuáles son los vientos calientes y fríos, sobre todo aquellos que son comunes a todos los países, enseguida los que son propios de cada localidad. Es necesario conocer las cualidades de las aguas (...) Pues cuando un médico llega a una ciudad que le es desconocida, observará en ella la situación y las relaciones con los vientos y con la salida del sol (...) Adquirirá nociones muy precisas sobre la naturaleza de las aguas que usan los habitantes (...) estudiará los diversos estados del suelo (...) Reconocerá el género de vida de los habitantes, que son o amigos del vino, de la buena vida y del reposo, o laboriosos, dados a los ejercicios corporales, comiendo mucho y bebiendo poco". En este mismo texto se sugieren relaciones entre las formas de Estado y la constitución física y espiritual, y por tanto predisposición a estados de salud o enfermedad, en asiáticos y griegos.
26. Para la forma como asumimos la actividad profesional *véase* más adelante nota 34.
27. *Véase* la Introducción a Graciansky y Péquignot (1980).
28. La actividad profesional del médico no es asumida aquí a la manera de una sociología de las profesiones, de la cual es un magnífico ejemplo el estudio *Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna* (Parsons, 1966: 431-478). Tratándose de la perspectiva de la historia de la ciencia asumimos esta actividad en cuanto ligada a la producción de problemas, técnicas, conceptos, teorías, etc. Sobre la importancia de estudiar la investigación en medicina, recordemos las palabras de Marc Bloch cuando afirmaba que la historia de la medicina está en la obligación, más que cualquiera otra, de interesarse "por el espectáculo de la investigación con sus éxitos y sus fracasos" (citado en Taton, 1973, T. III: 564).
29. "Efectivamente, el examen clínico constituye aún la base insustituible del acto médico" (Taton, 1973: 860).

30. Es bueno aclarar que la clínica en su forma moderna data de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, si bien hunde sus raíces primigenias, como sucede en tantos otros aspectos de la medicina, en los hipocráticos. Con Galeno y sus intentos sistemáticos se desnaturaliza el carácter cambiante, dinámico —nominalista, podríamos decir— de la clínica, el cual se recupera, en condiciones nuevas, al calor de las reformas en la organización hospitalaria y en la enseñanza a los demás países, y se crea un espacio de investigación y de formación que constituye una verdadera "ruptura epistemológica", según Michel Foucault. (*Véase* Foucault, 1980). Para nuestro caso nacional no hay que olvidar la recepción muy amplia que tuvieron todas las reformas de la Revolución Francesa, sobre todo a partir de la Independencia. El desarrollo de la clínica también tiene que ver con lo que Laín Entralgo llama "la rebelión del sujeto", que en la relación médico-paciente se expresa en un papel más activo del enfermo.
31. El impacto de las ideas de Claude Bernard fue tal que irrumpieron en los terrenos del arte, incluso. Emile Zola, hondamente impresionado por la lectura de la obra de Bernard, escribió un opúsculo titulado *La Novela Experimental*, en donde afirma: "Muy a menudo me será suficiente reemplazar la palabra 'médico' por la palabra 'novelista', para hacer mi pensamiento claro y aportarle el rigor de la verdad científica" (Zola, 1971: 59). Será el propio Bernard quien deberá alertar sobre estas extrapolaciones arbitrarias.
32. Hablamos de estructuras, quizá un tanto arbitrariamente, para significar que las instituciones y otros instrumentos incluidos en este sector pueden interrelacionarse entre sí de tal manera que, para decirlo un poco simplistamente, el todo así constituido no es la simple suma de las partes.
33. No se nos escapa la problemática específica que presenta la medicina en cuanto *tékhné*, lo cual la diferencia de las ciencias propiamente dichas. Para la investigación histórica este hecho presenta sus particularidades.
34. "La medicina es un trabajo práctico que enfrenta la enfermedad y para hacerlo se basa cada vez más en la ciencia. Pero, aún quedan muchos aspectos de la medicina que todavía tienen un fundamento empírico mágico. Podemos entonces concluir que la medicina surgió como una práctica social, mucho antes de que en la historia aparecieran las diferentes ciencias. Nació como una práctica mágica y empírica, pero cada vez más logra apoyarse en los conocimientos científicos, es decir, cada vez más se convierte en una práctica científica. Esto no significa que la medicina sea una ciencia, pues no tiene un objeto de estudio, tiene un objeto social, pero debe utilizar los conocimientos que han sido producidos por las ciencias, los diferentes niveles de la realidad a los cuales se ve enfrentado el médico para modificar con su práctica" (Quevedo, 1983: 41).

Capítulo 2

OTRAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

A medida que se penetra en la historia de la medicina se va captando el rostro proteiforme, la esencial complejidad de este campo. Muchos son los aspectos susceptibles de ser estudiados y muchos, por lo tanto, los que es necesario dejar de lado. En este sentido, se puede decir que toda historia de la medicina siempre será parcial. Conviene, pues, reflexionar un poco sobre todo este asunto, así sea de forma rápida, para dejar planteadas algunas líneas de trabajo para el futuro. Se está hablando, como puede ser claro, de la llamada *medicina científica*[1] o como la llaman López Piñero y García Ballester, *medicina racional occidental* (López Piñero y García Ballester, 1974: 37). Estas denominaciones de por sí evidencian que existen otras medicinas, otras parcelas que necesariamente quedan por fuera del estudio. Tales son los casos de la medicina primitiva, la folk-medicina, la homeopatía, la quiropraxia, etcétera.

La medicina es una práctica social que apoya las operaciones (sobre el cuerpo sano o enfermo y sobre el medio natural y social, en su más amplia acepción) en saberes científicos constituidos o en proceso de constitución como tales[2]. Una primera constatación se impone: si la medicina es una práctica social que efectúa operaciones, es decir, que realiza acciones o trabajos con determinado fin, mediante aparatos o sin ellos, su historia rebasa el campo de la historia de las ciencias y se ubica también en el terreno de la historia de las técnicas. La práctica médica conlleva toda una serie de manipulaciones, algunas de las cuales se realizan mediante instrumentos (la auscultación, por ejemplo, mediante el estetoscopio) y otras sin recurrir a ellos (por ejemplo, la percusión). Esas manipulaciones y esos aparatos han venido transformándose a lo largo de la historia. Muy patente a este respecto es el caso de la cirugía, que,

sin embargo, no es el único. Mucha diferencia existe entre los sobrios instrumentos quirúrgicos cromados de la actualidad y los recargados y hasta barrocos instrumentos del Renacimiento, así como entre la forma como hace una incisión o separa los tejidos un cirujano del siglo XX en relación con uno del siglo XVI. Evidentemente algunos procedimientos se han mantenido más o menos invariables, pero éstos son la excepción. La historia de las manipulaciones, pero sobre todo la de los instrumentos, requiere, para poder hacerse, de un buen museo que no existe en el país. Mientras no se desarrolle la museología médica nuestra historia en este terreno deberá contentarse con el recurso de la bibliografía secundaria y con la realización de extrapolaciones no siempre bien fundamentadas.

Pero la medicina también incluye entre sus elementos constitutivos saberes científicos, los cuales, entre otras cosas, le sirven de fundamento para sus operaciones prácticas. El estudio de estos saberes corresponde a la historia de las ciencias propiamente dicha y aquí es donde puede intentarse lo que algunos consideran que es la verdadera historia de las ciencias: la historia de las doctrinas, las teorías y los conceptos de las ciencias básicas y de las disciplinas clínicas. Para nuestro caso de país periférico se trataría más bien de ver cómo han llegado tales doctrinas, teorías y conceptos, cómo han sido manejados y cuál ha sido su destino y transformación hipotética. En este campo también es pertinente el estudio de la investigación médica que se puede dar en tres niveles: la básica o fundamental, realizada en el terreno de las ciencias auxiliares (anatomía, genética, fisiología, etc.) o de las disciplinas propiamente médicas (patología, cirugía experimental, etc); la epidemiológica, efectuada sobre las poblaciones en su relación con la distribución de las enfermedades y las variaciones de tal relación en el tiempo y en el espacio; y la clínica, que —se supone— realiza el médico cada vez que se enfrenta a un paciente y que puede posibilitar, en un momento dado, la obtención de resultados cognoscitivos que trasciendan el caso individual y transformen el saber de algún proceso normal o morboso.

La clínica presenta un aspecto central, que define en cierta medida el estatuto mismo del médico, y es la relación médico-paciente. Esta relación es otro campo de investigación histórico-médica, bastante complejo por cierto, por cuanto los registros de esta relación son escasos y no muy cuidadosos (caso de las historias clínicas, por ejemplo). Pedro Laín Entralgo (1983: en especial la Introducción) ha señalado que existen cuatro momentos que pueden ser investigados en esta relación: un momento cognoscitivo, que es el del diagnóstico; un momento operativo, constituido por la terapéutica; un momento afectivo y, finalmente, otro momento ético-religioso. Estos momentos, separables sólo

metodológicamente, hacen parte de un hecho social evidente, el del enfrentamiento de un ser que sufre y otro que presumiblemente sabe y trata de paliar este sufrimiento, en el marco de relaciones sociales específicas.

En el proceso de institucionalización de la medicina, en su versión proveniente del siglo XIX, es importante el estudio de tres estructuras: las escuelas o facultades de medicina, encargadas de depositar, y en ocasiones acrecentar, los saberes y los valores profesionales para ser transmitidos a las nuevas generaciones de médicos[3]; los sitios de cuidado y recuperación de los enfermos, que en ocasiones lo han sido de investigación y de enseñanza (hospitales, clínicas, etc.) y las asociaciones de profesionales de la medicina, sean de carácter científico o gremial.

La medicina, es claro, se enfrenta a la enfermedad, o más precisamente, a los individuos y grupos de población enfermos. La enfermedad en cuanto categoría general no tiene realmente historia, aunque puede seguirse la transformación que en el curso del tiempo ha sufrido este concepto general y los conceptos particulares de algunas dolencias. Pero esto haría parte de la historia de la medicina en cuanto parcela de la historia de las ciencias. Lo que interesa señalar en este caso es que es posible, igualmente, hacer una historia de la forma como los individuos y los grupos humanos han opuesto resistencia o han sucumbido frente a las enfermedades. Es decir, se trataría de estudiar la morbilidad y la mortalidad a lo largo del tiempo y del espacio. Las causas de las variaciones de una y otra pueden ser limitadas:

> O bien el germen causal, si existe, ha cambiado sus características biológicas, o bien el organismo humano se ha creado una adaptación (desconfiemos de la palabra *defensa*), o bien el medio ambiente ha sido modificado, por la mano del hombre o no, de una manera que ha transformado o la ecología del agente o la contaminación del hombre (Sournia, 1982: 59).

Es claro que la anterior cita se refiere básicamente a las enfermedades infectocontagiosas. Pero también se pueden estudiar enfermedades no causadas por un agente externo vivo (virus o bacteria), como podrían ser ciertas patologías propias de la llamada "vida moderna", tales como el infarto del miocardio o las neoplasias malignas. De todas maneras nuestro país, con sus enormes problemas de salud, presenta un campo que hasta ahora ha sido poco trabajado.

Existen otros filones poco explotados: la geografía médica y la patología histórica. La primera tiene que ver con la relación que la enfermedad —o la salud— mantiene con el soporte geográfico, y exige, indudablemente, la contribución del geólogo, del geofísico y del meteorólogo. La segunda se refiere a

la historia de los enfermos individuales, sean personalidades destacadas en algún campo de la vida social, política o cultural, o simples ciudadanos, cuya patología pueda ser significativa para la medicina o la historia. Algunos autores que defienden la importancia de esta rama de la historia de la medicina señalan, sin embargo, que aquí es necesario combinar rigurosamente tres disciplinas para poder llegar a resultados válidos:

> La crítica histórica que precisa la biografía de los enfermos ilustres; luego el conocimiento de la patología médica que permita identificar las enfermedades en el contexto de la época; y finalmente la clínica moderna que interpreta los datos precedentes a la luz de la ciencia actual (Huard e Ihbaubt Huard, 1980: 628).

Esta patología histórica puede dar datos sobre algunos aspectos de la historia política, artística, etc., pero también puede ser fuente de simplificaciones y arbitrariedades si se cae en un patocentrismo desenfocado y unilateral. Al fin y al cabo los seres humanos son algo más —¿o algo menos?— que enfermedad.

Un campo de la historia de la medicina en el que se ha avanzado enormemente en los últimos tiempos es el de la paleopatología, o sea el estudio de cadáveres de épocas remotas. Este avance ha sido posible gracias a técnicas muy sofisticadas y a las cuales en estos países casi no tenemos acceso[4]. La paleopatología se inició con el estudio de las momias egipcias, se extendió a la investigación de las precolombinas y más recientemente se ha aplicado al estudio de cadáveres de épocas mucho más cercanas a la nuestra.

Además del asunto de las biografías de médicos ilustres, siempre y cuando no sean laudatorias o apologéticas, existe otro campo interesante para la historia de la medicina —y con seguridad que quedan otros sin nombrar—, cual es el de la salud pública, o sea el estudio de las políticas estatales tendientes a controlar y a modificar los elementos del medio para mantener la salud o para restablecerla. Su importancia, más allá de la propia historia de la medicina es evidente, puesto que las reglamentaciones y los modelos sanitarios pueden obedecer a criterios no siempre estrictamente médicos, como intereses económicos o de política internacional, o a concepciones ideológicas y morales.

Como puede apreciarse, el panorama es amplio y se hace necesario, entonces, delimitar terrenos de trabajo. De todas formas, sea cual sea la parcela que se tome, de lo que se trata es de mantener, en lo posible, una visión global que, si bien puede no aparecer explícitamente, por lo menos se insinúe y permita entrever correlaciones. En este sentido la periodización desempeña algún papel, por cuanto, además de facilitar una cierta organización del material docu-

mental, establece criterios que unifican un lapso dado y posibilitan el *amarre* de los diferentes niveles. Como en casos anteriores, para el presente trabajo se ha partido del terreno de la medicina para la definición de los períodos, pero se trata de que intervengan en dicha definición elementos de otros niveles de la realidad social y cultural. Lo que se ha constatado, de todas maneras, es un cierto paralelismo entre los desarrollos propiamente médicos y los cambios que se dan en la economía, la política, etc., hasta el punto de que podría pensarse que es posible hacer la historia de Colombia *desde la medicina*.

Los aspectos médicos que definen prioritariamente los períodos se refieren a las diferentes influencias internacionales que dominan, en los distintos momentos de nuestra historia, la práctica y los saberes médicos nacionales. Nuestra medicina, así como toda nuestra ciencia y nuestra tecnología, ha sido siempre subsidiaria de los centros mundiales desarrollados. No quiere decir ello, sin embargo, que los médicos colombianos no hayan asimilado y aplicado creadoramente la medicina internacional, ni que no hayan producido algunos resultados novedosos. Aunque poco se ha trabajado en el estudio de estos hechos, un primer acercamiento a ellos nos permite constatar que los profesionales colombianos de la medicina pueden mostrar logros concretos en el marco de las condiciones específicas de un país dependiente. Porque lo que ha limitado el quehacer y el saber médico en Colombia son las condiciones propias de un país periférico y atrasado, con débiles estructuras económicas, sociales y estatales, como es el nuestro.

Las influencias a que se hace alusión se ubican en dos planos que se intersecan:

a) En el plano propiamente médico tienen que ver con la introducción al país de las tres grandes mentalidades médicas modernas: la *anatomoclínica*, la *etiopatológica* y la *fisiopatológica*. Algunos historiadores como Erwin Ackernecht o Charles Lichtenthaeler prefieren hablar de dos clases de medicina: la *medicina hospitalaria*, que corresponde a la mentalidad anatomoclínica, y la *medicina de laboratorio*, que incluye las mentalidades etiopatológica y fisiopatológica.
b) En el plano de los desarrollos nacionales de la medicina, desarrollos que a su vez tienen que ver con relaciones culturales, políticas y económicas. Se trata de dos países cuya influencia sobre Colombia, en todos los terrenos y claro está en el de la medicina, ha sido muy destacada: Francia y los Estados Unidos de Norteamérica. Francia desempeñó un papel muy relevante durante todo el siglo pasado y parte del presente. La parte de la medicina

francesa que mayor influencia tuvo fue la llamada *clínica francesa* (mentalidad anatomoclínica o medicina hospitalaria). También ejerció una fuerte influencia la etiopatología de Pasteur. La fisiopatología francesa, en la versión de la *medicina experimental* de Claude Bernard tuvo un papel muy particular, por cuanto abonó el terreno para que posteriormente la medicina norteamericana se arraigara en Colombia, en medio de un proceso complejo que todavía debe ser dilucidado con mayor amplitud y profundidad. Es decir que la dominante clínica francesa es desplazada gracias al trabajo previo de otra versión francesa, la medicina experimental bernardina. La medicina estadinense, además, hereda los planteamientos básicos de Claude Bernard —y en general de la fisiopatología— y los lleva a desarrollos muy avanzados, sobre todo a partir de 1910.

Es claro que todas estas dominancias y desplazamientos no se han dado de un momento a otro, ni aislados de cambios económicos, políticos, culturales y hasta militares, dentro del contexto internacional. Pero para poder ubicarlos es necesario señalar límites dentro de la menor arbitrariedad posible. Para el presente trabajo, que abarca de 1867 a 1946, se han definido tres períodos básicos. El primero, de 1867 a 1910, correspondiente al dominio de la clínica francesa (mentalidad anatomoclínica o medicina hospitalaria), se inicia con la fundación de la Escuela de Medicina dentro de la Universidad Nacional y se cierra en 1910, cuando en los Estados Unidos aparece el primer informe de Abraham Flexner sobre la educación médica en ese país. A partir de estos informes la medicina norteamericana comienza a renovarse indudablemente. En este primer período se introduce tímidamente la medicina de laboratorio, en particular la etiopatología. Su segundo componente, la fisiopatología, penetra con mayor lentitud.

El segundo período, que se inicia en 1910, se prolonga hasta 1930. Es un tiempo, podría decirse, de acumulación de fuerzas y de preparación para cambios más radicales, en todos los terrenos, y también en los de la enseñanza médica y de la salud en general. Por estos años empieza a echar raíces la fisiopatología, vía la medicina experimental de Claude Bernard, y la medicina norteamericana gana terreno por sus rápidos avances. Los médicos colombianos miran hacia Francia y los Estados Unidos alternativamente, sin decidirse por lo que será la opción ineludible, en el marco del ascenso de los Estados Unidos a los primeros lugares de la vida internacional. Por otra parte en este mismo período se dan los primeros acuerdos intergubernamentales entre nuestro país y la nación del Norte en materia de salud, en el marco de una presencia cada vez más notoria de los Estados Unidos en nuestra vida económica, social y política.

El tercer período va de 1930 a 1946. Paralelamente a las transformaciones modernizadoras en la economía, la educación, etc., se da una abierta discusión entre los partidarios de la medicina francesa y los de la medicina norteamericana, la cual se expresa en las reformas del pénsum médico realizadas en 1939 que abren la puerta grande para el advenimiento de la última, cuya consolidación definitiva habrá de esperar algunos años, hacia la década de los sesenta. El período se cierra con la creación del Ministerio de Salud y el Seguro Social.

NOTAS

1. La medicina científica —cuyo calificativo pretende no ser valorativo— no es, indudablemente, la única clase de medicina existente. Frente a ella se alzan otras medicinas, algunas milenarias, que suelen englobarse bajo diversas denominaciones: medicinas paralelas, suaves, dulces, populares, marginales, etc., y hasta antimedicinas. Cada una de ellas tiene su propia lógica y sus propios métodos diagnósticos, terapéuticos y explicativos. La que es nuestro objeto de estudio ha adoptado la lógica de las ciencias físicas y naturales para su discurso, sin que quiera esto decir que lo haya logrado plenamente y, tampoco, que no tenga puntos de contacto con las otras medicinas. Sus orígenes más lejanos están en la Grecia de los siglos V y IV a.C. cuando los médicos hipocráticos le aplicaron al estudio de la salud y de la enfermedad el método que los filósofos presocráticos habían usado para el estudio de la naturaleza con el propósito de comprender su origen, su forma, su composición y su dinámica. Desde ese momento esta medicina accedió al nivel técnico, se convirtió en una *tékhné* (*ars* en latín). Pero sus antecedentes más inmediatos y definitivos, en lo que a su vocación científica se refiere, se ubican a finales del siglo XVIII y en el curso del siglo XIX, cuando en Europa, y muy especialmente en Francia y Alemania, se crean las ciencias naturales que le darán su base explicativa y operativa, y las ciencias y las disciplinas propiamente médicas que le permiten avanzar en sus pretensiones diagnósticas y terapéuticas: semiología, anatomía patología, embriología, fisiología, farmacología, toxicología, microbiología, etc. Esta medicina se institucionaliza y se formaliza por intermedio de las facultades o escuelas de medicina, de los sitios de cuidado y recuperación de los enfermos (que lo son también muchas veces de enseñanza e investigación: hospitales, clínicas, dispensarios, etc.), de los institutos de investigación básica y aplicada, de las diversas formas de organización de los profesionales de la medicina (sindicatos, asociaciones, academias, etc.), de las publicaciones especializadas y de las instituciones gubernamentales o privadas encargadas de la planeación, suministro y evaluación de los servicios de salud, preventivos y curativos.
2. "La medicina no ha sido, pues, jamás *una* ciencia, sino la aplicación finalizada de todos los conocimientos humanos al tratamiento de los enfermos y a la preservación de la salud. La medicina hoy en día aún no es *una* ciencia, es la aplicación de *todas las ciencias* a la salud y a las enfermedades del hombre" (Graciansky y Péquignot, 1980, T. I: 20). "La medicina se nos aparecía, y todavía se nos aparece, como una técnica o un arte situado en la encrucijada de muchas ciencias, más que como una ciencia propiamente dicha" (Canguilhem, 1978: 11). "La medicina es un trabajo práctico que enfrenta la enfermedad y para hacerlo se basa cada vez más en la ciencia. Pero aún quedan muchos aspectos de la medicina que todavía tienen un fundamento empírico mágico. Podemos entonces concluir que la medicina surgió como una práctica social mucho antes de que en la historia aparecieran las diferentes ciencias" (Quevedo, 1983: 41).
3. "La subcultura médica abarca un amplio espectro —desde asuntos de lenguaje y cuestiones de relaciones con pacientes, colegas y con la comunidad en general— y la función de la facultad de medicina es transmitir esta subcultura a sucesivas generaciones de neófitos" (Merton, 1980b: 86).
4. Se trata de técnicas muy sofisticadas de disecación y de radiografía, del carbono 14 para el estudio de vísceras, órganos y tejidos, de escanografía y microscopía electrónica, y de avanzados métodos cibernéticos.

Capítulo 3

ANTECEDENTES

LA INTRODUCCION DE LA MEDICINA CIENTIFICA

Desde el mismo momento en que aparecen las sociedades humanas los hombres han tenido que enfrentarse al dolor y a la muerte, es decir, han tenido que hacer medicina. La medicina, o mejor, las medicinas, tienen una larga historia que se confunde con la de las sociedades y se pierde en la noche de los tiempos. Nuestras sociedades precolombinas tuvieron su propia medicina acorde con el nivel de su desarrollo cultural, económico y político. Algo de esa medicina queda en las tribus indígenas que lograron sobrevivir y en las prácticas y concepciones médicas populares de nuestra sociedad mestiza. Los conquistadores, por su parte, trajeron también su medicina, mezcla de los conocimientos populares europeos y árabes y de los saberes "cultos" constituidos sobre la base del llamado pensamiento racional que tuvo su origen en la Grecia clásica. Algo de esta medicina de los conquistadores queda también en la medicina popular de nuestras ciudades y de nuestros campos. A estos dos legados, el indígena y el español, hay que añadir el que en medio del color de la esclavitud se vino desde Africa en los barcos de los negreros europeos.

La medicina científica, sobre la cual se ha trabajado en esta investigación, define la vocación de apoyar sus operaciones prácticas y sus interpretaciones teóricas en las ciencias físicas y naturales, y en la lógica que de éstas se deriva, a finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX. Este proceso se expresa en la

creación de las tres mentalidades médicas modernas: la anatomoclínica, la fisiopatología y la etiopatología. Esta clase de medicina, la que se concretará en las mentalidades médicas del siglo XIX, es la que trae al país don José Celestino Mutis, en la versión correspondiente a la España Ilustrada del siglo XVIII, con todo lo que ello supone en alcances y limitaciones[1]. Hasta el momento de la llegada de Mutis a estas tierras (1760) los intentos que se habían hecho para crear cátedras de medicina en el virreinato, especialmente en Santafé, habían sido infructuosos y la medicina que se practicaba para enfrentar los problemas de salud correspondía, en lo fundamental, a aquellas versiones indígena, conquistadora, mestiza y negra, con sus naturales entrecruzamientos[2]. Mutis, por intermedio de sus acciones específicas como médico privado y *salubrista*[3] y, sobre todo, con su magisterio concretado en los planes de educación médica, elaborados junto con don Miguel de Isla a comienzos del siglo XIX, creó las condiciones para entronizar la medicina científica. En este proceso se perdieron muchas de nuestras tradiciones autóctonas, o fueron subestimadas —como aún sucede hoy en día— pero a su vez nuestra medicina ganó en capacidad explicativa y en posibilidades efectivas —mas no de manera inmediata— de intervención terapéutica y preventiva.

Los azarosos años de la Independencia obligaron a los escasos médicos formados dentro del nuevo espíritu mutisiano a desplazarse al frente como médicos militares, cuando no como combatientes, con escasísimas excepciones, como fue la de Vicente Gil Tejada, autor de la *Memoria sobre las causas, naturaleza y curación de los cotos en Santafé*[4], quien profesó hasta su muerte ideas realistas. Sólo hasta la época de la Gran Colombia volvió a normalizarse, relativamente, la práctica de la medicina y, sobre todo, la enseñanza médica en nuestro territorio. En 1826 se funda la Universidad Central de Santafé —paralelamente a las de Quito y Caracas— dentro de la cual aparece la Escuela de Medicina que empieza su funcionamiento en 1827.

LA INFLUENCIA DE LA MEDICINA FRANCESA: SUS PRIMEROS PASOS

Por estos años de la Gran Colombia llegan al país, por diferentes caminos, algunos médicos franceses: Pierre Paul Broc, Bernard Daste, Desiré Roulin, Eugène Rampon, Hipolite Villaret, Antoine de Laloubie. Lo que ellos traen como concepciones médicas son básicamente las ideas de la *medicina fisiológica* de Broussais[5], las cuales ya por estos años ejercen un reinado casi absoluto

en Europa y en Latinoamérica. Se le oponen los planteamientos de su antecesor John Brown (1735-1788), un escocés opiómano y alcohólico, que han sido introducidos en el país por algunos médicos de la Legión Británica[6] y por los doctores Davoren, Dudley y, en particular, Minian Ricardo Cheyne (escocés, nacido en Edimburgo en 1798), quien "representaba a cabalidad la Escuela Británica de John Brown" y "era enemigo acérrimo de las teorías inflamatorias promulgadas en Francia por Broussais" (Gómez, 1982: 39). A pesar de la polémica la "dictadura" de éste último era incontestable, y a ello contribuían diversos factores que no es del caso enumerar. Reténgase simplemente el hecho de que por esta época —finales del siglo XVIII y primeras tres o cuatro décadas del siglo XIX— se estaba produciendo en Francia uno de los movimientos más amplios y luminosos de crítica teórica y práctica de la vieja medicina sistematista y ontologista, al cual contribuyó decisivamente el fogoso e influyente Broussais, pese a los muchos errores de su doctrina. Nada lo define mejor que la feliz expresión de Felipe Cid cuando lo llamó *innovador rigurosamente provisional*. La influencia de Broussais y de Brown[7], así como los ecos de la polémica que estas dos escuelas sostenían se proyectaba en la práctica médica y, claro está, en el pénsum diseñado para la nueva escuela de medicina de la Universidad Central en 1826. Broussais aparece como *corresponsal extranjero* de la Escuela y sus textos son recomendados oficialmente.

Pero de Broussais la medicina actual no guarda sino el eco de sus críticas a la medicina del *ancien régime* y una que otra intuición general. Mientras corrían sus mejores años, en las primeras décadas del siglo XIX, otros de sus connacionales trabajaban ardorosamente en los hospitales de París reformados por la revolución francesa e iban conformando una medicina —la hospitalaria o anatomoclínica— cuyos ecos aún resuenan en la práctica médica actual. Se llamaban Jean Nicolas Corvisart, René Théophyle Hyacinthe Laennec, Xavier Bichat, Garpard-Laurent Bayle y otros. Esta medicina llegaba a nuestro país por los resquicios que dejaba la dictadura broussiana, pero sólo habría de aclimatarse hacia la década de los años sesenta del siglo pasado. El nombre de François Magendie (1783-1855), que representa el primer impulso de la fisiopatología, ya era conocido, como conocidas eran algunas de sus obras, pero la asimilación de estas doctrinas, que serán desarrolladas brillantemente por Claude Bernard (1813-1878), sólo sería posible casi un siglo después.

1850-1865: LIBERALISMO A ULTRANZA, MEDICINA FRANCESA Y UN MEDICO

La acentuada inestabilidad política e institucional de la primera mitad del siglo pasado no permitió la consolidación de la Universidad Central ni, claro está, de su Escuela de Medicina. Desde los años cuarenta de la centuria pasada, ante la quiebra de la educación médica formal, empezaron a imponerse "dos sistemas de formación médicos". El primero era el de *la enseñanza libre*, adelantado mediante la modalidad de tutoría privada. El aspirante a médico recibía las orientaciones de un médico de reconocida trayectoria, generalmente en la casa de éste, lo acompañaba en sus visitas a los pacientes, de vez en cuando al hospital, y leía por su cuenta y riesgo la literatura médica existente. El segundo sistema —que constituyó una vía mayor de elitización de la profesión médica, pero que al mismo tiempo significaba un avance en el terreno académico— consistía en *salir al exterior para recibirse como médico*. Francia fue el país de las preferencias y en especial su capital, París[8], "el cerebro del mundo", como la llamó hacia 1888 el doctor Pedro María Ibáñez, el pionero de los estudios histórico-médicos en Colombia. La Ley del 15 de mayo de 1850, sobre libertad de enseñanza y de ejercicio profesional, promulgada durante el gobierno de José Hilario López, y en el marco de las reformas ultraliberales de esta época, vino a complicar la situación y a reforzar estos dos sistemas de estudios médicos[9]. La única variación que introdujo fue la de que los colegios nacionales deberían refrendar los títulos[10]. Pero para ejercer no se necesitaba licencia, pues cualquiera, así no hubiese realizado estudios médicos, tenía el derecho de curar, o matar, y cobrar por ello. Algunos se "hicieron médicos", como decía Manuel Uribe Angel, en 1881, "por el mismo sistema por el cual se hacen hoy nuestros generales, es decir, *por asalto* y sin las gradaciones de ordenanza". A esta ley tan dañina en particular para la medicina, se opusieron los médicos desde un comienzo. En una colaboración enviada desde Cali, por Emeterio Cajiao, a *La Lanceta*, en 1852, luego de una retórica introducción en la cual se dirigía a los redactores del periódico diciéndoles que "alguna vez habría de lucir la aurora; y a vosotros os ha tocado en suerte descorrer el denso velo de la noche", afirmaba:

> El ejercicio de la medicina está absolutamente envilecido entre nosotros, y ahora toca su último grado de postración, desde que la ley permitió al empirismo y al ciego charlatanerismo lanzarse a mano salva en el seno de la sociedad en busca de medios y estimación, que sólo debieran alcanzar los que han

consumido un capital y los mejores días de su juventud en los anfiteatros y hospitales[11].

La misma tónica continúa doce años después cuando se funda la *Gaceta Médica de Colombia*. Pero ya para esa época las condiciones han cambiado y a finales de 1864 el grupo de médicos que había emprendido la publicación de esta revista desde el 6 de julio del mismo año se embarcaba en el proyecto de una escuela privada de medicina que ya estaría funcionando en el siguiente año[12]. Algunos de estos médicos se habían formado en Francia, entre ellos el animador del grupo —y con seguridad el médico colombiano más importante de esa época anterior a la creación de la Universidad Nacional— Antonio Vargas Reyes. La biografía de este personaje presenta visos novelescos y su éxito profesional ilustra bien la tesis de Frank Safford sobre "el relativo éxito de los estudios médicos y comerciales durante la segunda mitad del siglo XIX en Colombia"[13].

Antonio Vargas Reyes nació en 1816 en una familia caída en desgracia[14]. Dentro de sus parientes se contaron varios médicos. Luego de una infancia y de una adolescencia desdichadas se graduó de médico en Bogotá en 1838. En 1842 ya está en París, en donde repite prácticamente todos sus estudios. Interesa su formación en esa ciudad, por cuanto su influencia en la medicina colombiana entre 1850 y 1870 será definitiva para aclimatar la medicina anatomoclínica, y en general la medicina francesa. Allí recibe durante el invierno de 1842 a 1843 un curso de anatomía de Sappesy, destacado anatomopatólogo que se distinguió por sus investigaciones en cirrosis, y de Jules-Germain Cloquet, quien describió el ganglio linfático que lleva su nombre, se preocupó por apoyar la cirugía en la anatomía, realizó estudios sobre osteología y escribió un *Manual de anatomía descriptiva del cuerpo humano*, entre 1825 y 1835. Por esta misma época siguió las clases de medicina interna de François Chomel (1788-1858), quien dentro de la más ortodoxa visión anatomoclínica —más propiamente semiológica tradicional— afirmaba:

> Es cierto que con el termómetro puede saberse exactamente el grado de la temperatura corporal, pero resulta totalmente inadecuado para comprender las otras cualidades del calor patológico. El mejor instrumento que el médico puede utilizar sigue siendo, por tanto, su propia mano (Citado en Rothschuh, 1976: 60).

También asiste a la clínica quirúrgica de Philibet Joseph Roux el amigo íntimo de Bichat y decidido partidario de la cirugía inglesa, y del gran Velpeau. Louis Marie Velpeau (1795-1868), compañero del célebre internista Armand

Trousseau (muy conocido también en nuestro país), representó a cabalidad la corriente *empirista* de la cirugía romántica francesa, opuesta a la *científica* de Dupuytren y Roux.

Velpeau fue un connotado maestro y escribió en 1823 un texto de anatomía y quirúrgica, y un *Tratado de las enfermedades del seno*, cuando ya Vargas Reyes estaba en Colombia. El maestro francés se opuso a la utilización del éter en la supresión del dolor operatorio, pero reconoció su error cuando en 1846 se introdujo en Francia este tipo de anestesia por vía inhalatoria. Es indudable que esta tendencia *empírica* representada por Velpeau, fue asimilada por Vargas Reyes[15] y transmitida a sus discípulos y a sus colegas admiradores. Como Velpeau, el médico santandereano era ducho en extirpar tumores cancerosos del seno. Mucho debió aprender en el Hotel-Dieu de París, al lado de Velpeau y de Roux. En el hospital de maternidad fue discípulo del por ese entonces joven Louis Dominique Alfred Richet. Cuando Vargas Reyes asistió a sus intervenciones Richet tenía sólo 27 años. Un año después, en 1844, nuestro médico asistió al curso de cirugía práctica de Charles Marie Edouard Chassaignac (1805-1879), del cual muy seguramente aprendió la técnica del drenaje y aspiración de los abscesos, técnica que habría de registrar su autor en una obra de dos volúmenes, publicada en 1859, en *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.*

En campos no estrictamente quirúrgicos, Vargas Reyes fue discípulo del descriptor de reblandecimiento del cerebro, Leon Rostan (1790-1866), quien además fue un destacado internista. Y como gran orgullo señalará Vargas Reyes el haber asistido a los cursos de uno de los fundadores de la toxicología moderna, el exilado español Mateo Buenaventura Orfila. Estos fueron sus profesores más destacados, quienes, además del ambiente médico parisino de la primera mitad del siglo XIX, debieron dejar honda huella en el médico de Charalá. "La escuela de medicina de París representa el movimiento científico del mundo entero", dice en 1856 su biógrafo y discípulo Emilio Pereira Gamba (Gamba Pereira, 35).

En el año de 1847 Vargas Reyes regresó al país. Venía preparado dentro de las más ortodoxas líneas de la medicina hospitalaria, de la clínica francesa, con "sus profundos conocimientos sobre las enfermedades del pecho, y su práctica en la auscultación y percusión, preciosos medios sin los cuales no se puede conseguir el diagnóstico diferencial de un número infinito de afecciones", y con sus habilidades de cirujano fundamentadas en un amplio conocimiento anatómico, conocimiento al que dedicó tal vez la mayor parte de su tiempo en Francia. Los más destacados ciudadanos de la capital le piden que

se quede en ella[16]. Vargas Reyes se quedó y comenzó a ejercer su magisterio, y su pontificado, al lado de otros médicos formados en Colombia y de los cada vez más numerosos que llegaban de París y que traían la finura y la agudeza de la clínica francesa. A su alrededor se nuclearon esos médicos para fundar *La Lanceta*, homónima de la célebre publicación inglesa, en 1852, para combatir la ley del 15 de mayo de 1850, para pedir la reglamentación del ejercicio de la medicina, para sacar a la luz pública la *Gaceta Médica de Colombia* en 1864 y para abrir las puertas de la Escuela de la Medicina (privada) en 1865. Todos estos pasos se concretarían en la Universidad Nacional de Colombia, en 1867.

Vargas Reyes realizó una exitosa carrera, exitosa también desde el punto de vista financiero. Abrió su propia botica, en la "Segunda calle del Comercio, frente al altozano de Santo Domingo", en donde despachaba sus fórmulas "con mucha exactitud" y daba "consultas todos los días, menos los de fiesta, de las diez i media a la una de la tarde", y en donde practicaba "la extracción de muelas, postura de cedales, cauterización de la matriz, vejiga o uretra, etc., en un gabinete reservado, para las personas que no quieran ser vistas (...) (Cada consulta vale un peso fuerte, que se pagará en el momento. Para los pobres da recetas gratis los viernes a la misma hora)"[17]. También importaba libros de medicina que eran vendidos en la misma botica. Los autores eran, obviamente, franceses en su mayoría: Chomel, Trousseau y Midoux, Cruveilhier, Magendie, Nelaton, Laennec, Richerand, Souverain, etcétera.

Vargas Reyes se preocupó por toda clase de temas médicos: clínica, medicina legal, educación médica, salud pública, etc. Pero también incursionó en el terreno de los problemas sociales y políticos. Más aún, reivindicaba para los médicos el derecho de intervenir en estas problemáticas. Tenía eso sí, sus propias ideas sobre las desigualdades sociales y sobre la forma de resolverlas. En un editorial titulado "Establecimientos de Beneficencia" expresa:

> La caridad, esta hija divina del cristianismo, nos conduce naturalmente a llevar consuelos a los desgraciados; a organizar las casas de refugio para los niños desamparados, los hospitales para los enfermos, y las cajas de economías para los trabajadores. La desigualdad de condiciones no es capricho de la suerte, un simple juego de la fortuna, la providencia en sus designios sublimes ha querido establecer un completo desequilibrio en las fortunas, para formar una alianza entre el fuerte i el débil, así como ha ordenado que el niño reclame protección de sus padres, el sexo débil la del fuerte[18], i que el indigente excite el sentimiento de la conmiseración al poderoso. Dios ha depositado en nuestro corazón un movimiento que podemos llamar espontáneo, i al cual damos el nombre de compasión: éste nos enseña que debemos desposeernos de lo superfluo, cuando otro carece de lo necesario.

Luego de exhortar a los ricos en el sentido de que la fortuna es pasajera y volátil, deja que fluya una cierta visión estoica de la vida ("todo en la vida es vanidad") y sentencia:

> Un rico sin liberalidad es un árbol sin fruto; pero un hombre que usa bien su fortuna, hace un noble empleo de ella, la depura del fausto i la vanidad, para emplear algo en proteger la parte desvalida de la sociedad.

Todo esto para concluir en la importancia que tienen los hospitales para la formación de los nuevos médicos[19]. Vargas Reyes se muestra como un decidido partidario del ahorro en los obreros, y para demostrar esta tesis señala:

> Durante la epidemia de cólera asiática (sic) que reinó en Francia en 1832, atacó a mui pocos obreros de los que tenían fondos en la caja de ahorros, sin duda porque estos habían contraído hábitos de sobriedad i de orden.

Pero el doctor Vargas Reyes también incursionaba en el terreno de la política. Y sobre esto era muy claro: los médicos no están al margen de la sociedad y pueden —y deben— opinar sobre los asuntos que se relacionan con el destino del país. El 1o. de noviembre de 1865, previendo una nueva guerra civil, escribía:

> Es necesario que todos los colombianos nos convenzamos de una verdad, i es que a las revoluciones políticas debemos sustituir otra revolución, la de la industria. El día que en nuestro país veamos prácticamente las maravillosas aplicaciones del vapor a la medicina, la de la electricidad al telégrafo, el alumbrado al gas, los nuevos procederes de conservación de las sustancias alimenticias, &. &. ese día tendremos la seguridad de la paz... Necesitamos de un gobierno que deje a un lado las teorías políticas, i entre de lleno en las más altas cuestiones de la filosofía práctica.

Pero para nuestro autor el problema no es sólo de realizaciones científicas y técnicas: es también un asunto de ética:

> Es entonces que no sólo nos vanagloriemos de las conquistas de la ciencia sino de la moralidad i felicidad de las masas; solo así podremos destruir los continuos trastornos del orden público i colocarnos en la categoría de las naciones civilizadas[20].

Llegó, incluso, a proponer soluciones concretas para resolver los problemas de la miseria y de la falta de recursos. Señalaba que lo que se necesitaba era "plata", y sugería: a. Disminuir el número de pensionados, algunos de los cuales eran ricos; b. Disminuir la planta de empleados públicos ("no fomentar

la empleomanía que nos pierde"), y c. Reducir la nómina de diplomáticos. Como se ve, las medidas no eran muy profundas, pero de todas maneras Vargas Reyes pensaba que algo debía hacerse y lo planteaba. Terminaba diciendo que "economía, orden y caridad, deben ser los tres puntos cardinales de un buen sistema de gobierno"[21], los que impulsaron este proyecto. Pensaba que todo lo que viniera de ese estado "descuadernado" de la década de los sesenta del siglo XIX no tenía futuro. Pero cuando se abre la Universidad Nacional, en 1868, Vargas Reyes es el primer rector (decano) de la Escuela de Medicina.

NOTAS

1. Lo fundamental de las ideas médicas de Mutis puede estudiarse en sus *Escritos Científicos* (compilación, prólogo y notas de Guillermo Hernández de Alba), Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, Bogotá, 1983. T. I.
2. Para lo relativo a las cátedras premutisianas y a los planes mutisianos de enseñanza médica pueden consultarse los trabajos de Quevedo (1984; 1985). Lo fundamental de estos trabajos ha sido recogido en el Tomo VII de esta colección.
3. Su *Método general para curar las viruelas* y sus *Instrucciones sobre las precauciones que deben observarse en la práctica de la inoculación de las viruelas*, ambos trabajos de 1782, nos lo ubican en el terreno de la higiene pública.
4. Esta memoria ha sido recientemente publicada por la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina como tercer ejemplar de una serie de doce cuadernillos que conformarán la colección *Documentos Básicos para la Historia de la Medicina en Colombia*.
5. Para una exposición más detallada de las doctrinas de François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) *véase* Miranda Canal (1984).
6. Se trata de Carlos Moore, Hugo Blair, Tomás Foley y Jorge Enrique Maune (Gómez, Jaime, 1982: 38).
7. Otro tanto sucedió en Antioquia: "el reinado de la medicina de Broussais (sic), en Antioquia, tuvo su término entre los años de 1852 y 1853, siendo preciso advertir que, aunque medicina casi exclusiva, tuvo desde el principio el correctivo de la doctrina inglesa, representada por los doctores Jervis y Williamson, que practicaban al mismo tiempo que nuestros compatriotas", escribía hacia 1883 el doctor Manuel Uribe Angel (*La Medicina en Antioquia*, sin fecha). Jervis, con estudios incompletos había arribado al país con una compañía inglesa que se proponía explotar las minas de Marmato. Se radicó en Medellín y fue el primero, según Uribe Angel, en practicar el cateterismo uretro-vesical para las retenciones de orina.
8. La célebre escuela de Montpellier, por ejemplo, recibió pocos estudiantes colombianos según se desprende de un trabajo de Louis Bulieu sobre las relaciones entre América Latina y dicha escuela, efectuado con base en las tesis impresas durante los siglos XVII, XVIII, XIX y parte del XX. De Colombia se habrían presentado 12 tesis, pero debe descartarse la primera de ellas, presentada en 1837, y que tal vez por un error del autor puede haberse ubicado dentro de la Gran Colombia, período éste que termina hacia 1831 para dar paso a la República de Nueva Granada. Quien la presentó era originario de La Guaira (Venezuela), cuando Venezuela pertenecía a la Gran Colombia: De Hidalgo J. M. Ramírez de Colombie (La Guayra): *Observations de quelques cas remarquables de fractures comminutives de la jambe*. La primera tesis efectivamente colombiana que aparece en Montpellier es la de Gómez, Laureano-Antoine, de Colombie (Socorro): *Contribution à l'étude du cancer primitive de la glande Bartholin*, Montpellier, 1914. La última sería también una de 1914 de un autor nacido en Nuevo Colón (Panamá?), que habría también que descartar. Quedarían pues entre 1914 y 1938 (Tesis de Gustavo Gómez Hurtado: *Contribution à l'étude des hémorragies méningées arachnoidiennes non traumatiques)* sólo 10 tesis (Dulieu, 1976: 223 y ss.).

9. Esta ley estipulaba, entre otras cosas: "Art. 1o. Es libre en la República la enseñanza de todos los ramos de las ciencias, las artes y las letras; Art. 2o. El grado o título científico no será necesario para ejercer las profesiones científicas, pero podrán obtenerlo las personas que lo quieran del modo que establece la presente ley (...) Art. 16. Suprímense las universidades. Los edificios, bienes y rentas de que hoy disfrutan se aplicarán para los establecimientos de los colegios nacionales" (citada en Jaramillo Uribe, 1980: 09).
10. "Esos modelos públicos de anarquía", llamaba a los colegios nacionales el editorialista del periódico médico *La Lanceta* (Bogotá, No. 3, 20 de junio de 1852).
11. *La Lanceta*, Bogotá, No. 3, 20 de junio de 1852.
12. "Algunos médicos de esta ciudad, animados de un laudable celo en favor de la ciencia, que es mui digno de aplauso, han querido organizar una facultad médica (...) Una vez organizada la Escuela, nos constituiremos en Academia de medicina (...) Por otra parte sabemos que el distinguido ciudadano que rije hoi los destinos de la Patria, tiene las mejores i mas bellas disposiciones en favor de nuestro plantel" (*Gaceta Médica de Colombia*, Bogotá, 21 de diciembre de 1864, Año I, No. 7).
13. Frank Safford. *En busca de lo práctico: Estudiantes colombianos en el extranjero, 1845-1890.*
14. Existen varias biografías de Antonio Vargas Reyes. Además de la de Roberto de Zubiría, *Biografía del Dr. Antonio Vargas Reyes, uno de los fundadores de la facultad*, están, entre otras, las siguientes: Emilio Pereira Gamba. *Ligeros apuntamientos biográficos sobre el Dr. Antonio Vargas Reyes*, que antecede los *Trabajos Científicos* del propio Vargas Reyes publicados por sus discípulos en 1856, y la que incluye en su libro Lozano Bautista (1983: 193 y ss.). La de Pereira Gamba es la base de las otras.
15. Más de un ejemplo de este *empirismo* se encuentra en las observaciones médico-quirúrgicas, contenidas en sus *Trabajos Científicos*, recopilados por algunos de sus discípulos en 1856, y reeditados por Schering Corporation en 1972. Allí se narra el caso, por ejemplo, de un joven de Barichara (Santander) que tenía una úlcera avanzada en la clavícula izquierda, debida a una enfermedad venérea y que sangraba de manera abundante. Vargas Reyes ensayó un tratamiento con píldoras antisifilíticas (Sedillot), pero al ver que no respondía se decidió por la cirugía. La operación es descrita de la siguiente manera: "Una incisión extendida de una articulación a la otra, puso el hueso al descubierto, y disecó con mucho cuidado sobre él, para no interesar los órganos importantes que lo rodeaban. Como había una porción del hueso y de la piel destruida por la supuración, fue fácil deslizar por cada uno de estos fragmentos una sierra-cadena y llevarla de cada lado hasta cerca de la articulación. Aserrados que fueron, se vio el doctor Vargas obligado a ligar algunos vasos, pero la yugular interna, la externa, la arteria y vena subclavias no tuvieron que sufrir. La herida curó al cabo de un mes, y el paciente quedó con una depresión tan notable, que en ella puede caber el puño de un hombre. Esta resección practicada por diestros cirujanos, como M. Velpeau en Francia, Davies en Inglaterra y Mot en los Estados Unidos, honra a sus autores. Y ésta que ha practicado el doctor Reyes Vargas no debía tampoco quedar en el olvido" (Vargas Reyes, 1972: 126-127).
16. El general Tomás Cipriano de Mosquera, presidente de la República, don José Ignacio de Márquez, José Antonio Amaya —deán de la iglesia metropolitana— y otros, suscribieron la siguiente declaración: "Declaramos que, movidos del deseo de inducir al señor doctor Antonio Vargas Reyes a permanecer en esta ciudad, a donde ha regresado recientemente de Europa, a fin de poder gozar de la ventaja de sus conocimientos como profesor de medicina y cirugía, de que tenemos un alto concepto fundado en hechos espléndidos, se empleen en servicio nuestro y de nuestras familias mientras residamos aquí, hemos convenido, (...)" Lo convenido era una renta permanente (Pereira Gamba, 38).
17. Anuncio publicado en la última página de la *Gaceta Médica de Colombia*, Bogotá, 6 de julio de 1864, Año I, No. 1.
18. Esta visión sobre la mujer no era, claro está, exclusividad de Vargas Reyes. La doctora Ana Galvis, especialista en enfermedades de útero, graduada en París, y quien llegó a Bogotá en 1870, debió sentir muy hondamente este paternalismo machista cuando al cabo de poco tiempo decidió regresar a Europa.
19. "Con hospitales i hospicios bien organizados, tendremos buena escuela, donde los jóvenes hagan con provecho los estudios médicos" (*Gaceta Médica de Colombia*), Bogotá, 10 de octubre de 1864, Año I, No. 4.
20. *Gaceta Médica*, Serie I, No. 6, Bogotá, 1o. de noviembre de 1865, p. 21.
21. *Gaceta Médica*, Serie I, No. 4, Bogotá, 1o. de septiembre de 1865, p. 13.

Capítulo 4

LA MEDICINA COLOMBIANA DE 1867 A 1910: EL PREDOMINIO DE LA CLINICA FRANCESA

Cuando el doctor Vargas Reyes y otros de sus colegas inician la publicación de *La Lanceta* (*Periódico de Medicina, Cirugía, Historia natural, Química i Farmacia*) en 1852, ya la influencia de Broussais ha finalizado. Pero su dominio fue amplio. Manuel Uribe, en su interesante estudio sobre la medicina en Antioquia (Uribe Angel, s/f) escrito hacia 1881, cuenta que desde la llegada del doctor Hugo Blair a Medellín —médico de la legión británica— hasta 1850, "todo lo que por acá venía, estaba calificado con el tipo de medicina de Broussais" (Uribe Angel, s/f: 48)[1]. Señala que el reinado de esta medicina finalizó hacia 1852-1853 y que fue prácticamente la única existente junto a su "correctivo" minoritario, la doctrina inglesa (Brown), que era profesada por los doctores Jervis y Williamson. Luego hace un juicio severo sobre el "broussismo" que vale la pena reproducir.

> El sistema dominante [el de Broussais] consistía en ver inflamaciones en la mayor parte de las dolencias y en ver comburentes en la mayor parte de los agentes medicinales. De estas dos circunstancias debía resultar, y resultó, que los primeros pasos dados por nuestros doctores fueron marcados con el sello de una timidez lamentable. Esta medicina esencialmente negativa y miserable, encerró el espíritu de los sabios en un círculo tan estrecho, que comprimido el pensamiento no encontraba expansión ni salida posibles. Temerosos del incendio que debían producir los tónicos francos, los purgantes, los vomitivos y los estimulantes de todo género, cayeron forzosamente en el empleo

de cataplasmo y fomentaciones emolientes; en el uso y abuso de los musilaginosos y refrescantes; en la aplicación funesta de sangrías generales y locales, y en lo más desgraciado todavía, de someter a los pacientes a una tristísima y mezquina dieta que rayaba en un sistema de inanición (...) Creo que matamos no pocos infelices con esa precaria y deplorable medicina. *Dios nos perdone el mal por el intento* (Uribe Angel, s/f: 55-56).

La influencia de Broussais toca a su fin, pero nuestra medicina sigue hablando en francés[2]. Los colombianos que viajan a París de 1840 en adelante ya encuentran formada, en sus rasgos básicos, la medicina hospitalaria (mentalidad anatomoclínica) y presencian los primeros pasos de las mentalidades fisiopatológica y etiopatológica, es decir, la medicina de laboratorio. Tanto en *La Lanceta* (1852) como posteriormente en *La Gaceta Médica* (1864 a 1867) se encuentran los ecos de estos procesos. Vienen obviamente en los equipajes de los nuevos egresados, o visitantes (*stagiaires*) colombianos de París, al lado del saco leva y la camisa de seda blanca: esta nueva medicina francesa, que constituye un "impulso benéfico", ha llegado al país "con los libros, las revistas, los instrumentos y los jóvenes educandos que, concluidos sus trabajos, han llegado a la tierra natal como obreros prácticos en las labores del arte" (Uribe Angel, s/f: 67).

LAS MENTALIDADES MEDICAS DEL SIGLO XIX

Francia desempeñó un papel de primer orden en la conformación de las tres grandes mentalidades médicas del siglo XIX. La anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiopatológica[3]. Pero su contribución más importante se dio en terrenos de la primera de ellas, hasta el punto de que se le ha dado el emblemático nombre de clínica francesa. Para esta mentalidad la enfermedad es la lesión de una parte localizada del cuerpo: órgano, tejido (con Bichat) o células (con Virchow). La lesión tiene como consecuencia la alteración de la forma y la estructura de dicha parte. Para poder diagnosticar y curar, el médico debe, por tanto, conocer las diferentes alteraciones que producen las lesiones en el tamaño, el color, el sabor, el olor y la consistencia de los órganos, tejidos y células. Este conocimiento lo da la anatomía patológica, disciplina que se constituyó históricamente mediante la acumulación de los datos obtenidos por la observación efectuada sobre miles y miles de cadáveres en el curso de las necropsias.

Nombres importantes en este proceso de constitución son los de Morgagni y Rokitanski, Bichat y Cruveilhier, entre muchos otros. Lugar importante en este mismo proceso fue París, "la capital mundial del cadáver", con sus hospitales. Debe conocer también el médico las manifestaciones exteriores en las cuales se traducen las lesiones internas del organismo, es decir, los signos y los síntomas (síntomas éstos que el médico convierte en signos), los cuales le permiten "ver" sin estar viendo directamente el órgano lesionado, incluso la parte exacta del mismo. Este conocimiento lo da la semiología que trabaja, no sobre el cadáver, como la anatomía patológica sino sobre "la realidad doliente del enfermo" en vida. Para llegar a su madurez esta disciplina debió desarrollar una serie de técnicas para obtener los signos en el curso del examen del paciente: la observación del cuerpo del paciente (vista), el interrogatorio (importancia de la palabra), la palpación (tacto), la percusión (obtención de ruidos artificialmente mediante golpes dados por el médico: tacto y oído) —creada por Auenbrugger y perfeccionada por uno de los médicos de Napoleón, Jean Nicolas Corvisart— y su coronación en 1819, la auscultación (ruidos espontáneos captados mediante el gran invento de Laennec, el estetoscopio: oído). Debe el médico, finalmente, correlacionar los datos que le proporciona su semiología con los que le da la anatomía patológica, es decir, debe ser capaz de aplicar el método anatomoclínico para diagnosticar. Curar y establecer las causas de las enfermedades era mucho más difícil en aquellos tiempos localizacionistas. El seguimiento del enfermo en vida, su diagnóstico y, posteriormente la validación o invalidación de ese diagnóstico en la autopsia, requerían del hospital, de donde viene el término de medicina hospitalaria. Los médicos franceses trabajando directamente en la cabecera del enfermo, desempeñaron un papel cualitativa y cuantitativamente significativo en la constitución de estas dos disciplinas integrantes de la anatomoclínica (semiología y anatomía patológica) y de ahí la denominación de "clínica francesa".

Esta medicina fue el primer jalón decisivo de la medicina científica, tanto lógica como cronológicamente. Su impacto en el país fue grande. Ya en 1852, en un artículo sobre la virtud y los límites de la medicina, publicado en el primer número de *La Lanceta*, se afirma que "para el médico práctico el cuerpo humano es transparente y después de los trabajos de Abrenbruger (sic), Laennec, Corvisac (sic), Bouilleau y otros varios, pocas son las enfermedades que no se conocen aún"[4]. En la *Gaceta Médica*, en 1865, en un artículo polémico contra la homeopatía, puede leerse: "Las bases del edificio médico no se levantan ni sostienen majestuosamente, si no se apoyan en trabajo anatómico, en esperiencias fisiolójicas, en numerosos hechos de anatomía patolójica, en un

gran número de observaciones hechas a la cabecera de los enfermos"[5]. Las citas podrían multiplicarse para ver el arraigo de esta mentalidad dentro de los médicos de la segunda mitad del siglo pasado.

La segunda mentalidad médica del siglo XIX, la fisiopatológica, se esboza desde comienzos de ese siglo en Francia con François Magendie, pero sólo se define con los trabajos de Claude Bernard y los fisiológicos alemanes (Carl Ludwig, Hermann Helmholtz, Ernst Brücke, etc.), después de 1850. Claude Bernard se convierte en el gran propagandista y metodólogo de esta orientación médica, en particular con su obra *Introduction à l'étude de la médecine expérimental* (1865). Esta mentalidad surge a partir y en contra de la mentalidad anatomoclínica[6]. Un contraste entre las dos ilustra sobre los rasgos de la fisiopatológica:

a) La anatomoclínica es, como decía Claude Bernard, una medicina de observación que se fundamenta en la utilización aguzada y sistemática de los sentidos[7]. Recurre poco, al menos en sus primeras épocas, al laboratorio y a la experimentación. La fisiopatológica es una medicina activa, "experimental" (Bernard). Exige la superación del momento de la observación para pasar a la formulación de hipótesis comprobables en el laboratorio mediante la experimentación. Para captar esta mayor complejidad nada mejor que la lectura de la *Introducción al estudio de la medicina experimental* de Claude Bernard.
b) La anatomoclínica es localizacionista, ubica la enfermedad en una parte delimitada del cuerpo. "¿Qué es, en efecto, la observación clínica, si se ignora dónde se asienta el mal?", decía Bichat (citado en Laín Entralgo, 1982b: 60). La fisiopatología ve la enfermedad como un desarreglo funcional, una alteración energético-material que compromete a todo el organismo.
c) Sobre la causalidad de las enfermedades la medicina hospitalaria no avanza mucho, es incluso escéptica. "Es mucho más fácil describir los tubérculos e indicar sus síntomas, que definir la tisis pulmonar de los patologistas, y tratar de establecer divisiones según sus causas", afirmaba Laennec (Laennec, 1819, T. I: 19). La fisiopatología se interesa por la causalidad —a pesar de que su avance en este sentido no haya sido tan espectacular en los primeros tiempos como lo fue el de su compañera de ruta dentro de la medicina de laboratorio, la etiopatología—. Además, con su preocupación por los desarreglos físicos y químicos, finalmente fisiológicos, que están en la base de las enfermedades, introduce una concepción cuantitati-

va de los procesos morbosos que tiene un vasto significado en la marcha posterior de la medicina científica.

De esta breve comparación se puede deducir que las bases lógicas y conceptuales —filosóficas, dicen algunos— de estas dos mentalidades son diferentes. La mentalidad anatomoclínica se emparenta con el empirismo iluminista y, más concretamente, con el sensualismo de Condillac[8] y de Cabanis. Sus fundadores, incluso, lo declaran explícitamente. Las concepciones fisiopatológicas se relacionan más estrechamente con el positivismo francés de base comtiana del cual Claude Bernard fue un representante esclarecido. La fisiopatología, en rigor, es la verdadera medicina positivista. Si en el diagnóstico el médico anatomoclínico buscaba lesiones a través de síntomas y signos, el clínico formado dentro de la fisiopatología busca desarreglos funcionales —alteraciones en el flujo energético-material del organismo— mediante pruebas de laboratorio cada vez más específicas y sofisticadas. Ya decía Claude Bernard que el verdadero "santuario" de la medicina era el laboratorio, y el hospital no era sino su "antesala".

La mentalidad fisiopatológica, especialmente en su versión bernardina[9] tiene ecos en nuestra medicina desde cuando se está creando. Por ejemplo, ya en la *Gaceta Médica* y en los *Anales de la Universidad* aparecen artículos de Claude Bernard (Bernard, 1866: 47; Bernard, 1869: 212 y ss.), y se habla sobre fisiología. Pero su efectiva introducción en la práctica médica, su conversión en instrumento mental y operativo en el diagnóstico y en la terapéutica, es un poco tardío. Y esto no sólo para Colombia. Algunos hablan de que la fisiopatología sólo se hace realidad en la medicina hacia los años de la primera guerra mundial (Pedro Laín Entralgo) y otros más radicales ubican este hecho en la segunda guerra (Charles Lichtenthaeler). Podrán citarse otros testimonios para convencerse de esa aceptación tardía de la fisiopatología. Uno de ellos es el de René Leriche, creador de la cirugía fisiológica y una de las grandes figuras médicas de la primera mitad del siglo XX. Afirma Leriche:

> Cuando la medicina entera estaba, desde hacía un siglo y medio, estrechamente sometida a la disciplina morganiana[10], cuando se consideraba como únicamente valedera en patología la religión del hecho anatómico, me alcé, en 1925 con gran escándalo de algunos, contra la insuficiencia de esa concepción. Parecíame que la enfermedad comenzaba antes de que el hecho anatómico estuviese allí. Veía yo la lesión como el fruto de una perversión funcional que precedía al estado anatómico (Leriche, 1951: 32-33).

Otro testimonio —de un colombiano— es el de Alberto Saldarriaga, presidente en una época de la Asociación Médica Colombo-Francesa y antiguo interno de los hospitales de Estrasburgo. Saldarriaga dice que "se consideraba, hasta 1930, tanto en Francia como en el extranjero, la anatomía patológica como el criterio supremo de verdad. Los desórdenes funcionales no se consideraban como entidades patológicas" (Saldarriaga, 1956: 11).

Lo que sucede en nuestro país con esta mentalidad es importante, por dos razones: en primer lugar, porque ella, en la versión de Claude Bernard, prepara el terreno para la llegada y posterior arraigo de la medicina norteamericana, desde el punto de vista de la metodología y las concepciones médicas, claro está; en segundo lugar —lo que es la otra cara de la medalla— la medicina estadinense desarrolla en forma muy acentuada los planteamientos de la medicina experimental bernardina. Quiere esto decir —una primera constatación— que lo que la medicina norteamericana desplaza es una versión de la medicina francesa, la clínica francesa o medicina anatomoclínica. Otra versión francesa, la fisiopatología bernardiana, le abona el terreno y le brinda puntos de partida para su propio desarrollo. Más aún, en el trabajo propiamente médico, la medicina del Norte asume la clínica francesa como un momento subordinado a la comprensión fisiopatológica de la enfermedad. Y esto sin hablar aún de la etiopatología, la segunda componente de la medicina de laboratorio[11].

La mentalidad etiopatológica debe lo fundamental de su constitución a los trabajos del francés Louis Pasteur y del alemán Roberto Koch. Pero existieron otros aportes, algunos de ellos anteriores a estas dos grandes figuras. Es el caso de Casimire Davaine (1812-1882), quien adelantó las primeras investigaciones bacteriológicas sobre el carbunco, enfermedad que causaba estragos en el ganado, en Francia, y que eventualmente podía atacar al ser humano, como "pústula maligna". También el de Jean-Antoine Villemin, quien con casi veinte años de avance sobre Koch, en 1865, presentó un informe a la Academia de Medicina de París sosteniendo que "la tuberculosis es una enfermedad virulenta, inoculable, efecto de un agente causal que se encuentra en los tejidos lesionados y en los productos morbosos" (Koch, 1964, en la introducción de R. Vacarrezza: 19)[12]. Pero faltaba la teoría bacteriana de Pasteur y la identificación del agente específico, por Koch[13], para demostrar incontrovertiblemente el carácter contagioso de esta enfermedad. Como en el caso de la tuberculosis, para la mentalidad etiopatológica la enfermedad es originada en un agente externo (causal) que penetra en el organismo y produce el proceso morboso, con sus manifestaciones anatómicas y fisiológicas. Lo que al *etiopatólogo* le interesa es precisar en el diagnóstico ese agente causal para poder atacarlo, sea un

agente vivo (virus, bacteria, parásito), un agente físico (una radiación) o un agente químico (veneno), etc. Este tipo de visión, con su aplastante evidencia penetró más tempranamente en Colombia que la fisiopatología, como se verá. Durante un tiempo las tres mentalidades compitieron y polemizaron entre sí, para después llegar a una síntesis en tanto tres maneras sucesivas, y no necesariamente excluyentes, de enfrentar la enfermedad.

El primer plan de estudios de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional

La enseñanza médica es, además de un instrumento de institucionalización, un medio de socialización de la profesión médica. En las escuelas y facultades de medicina aprenden los jóvenes los saberes y técnicas, así como los valores que les permitirán después ejercer la medicina. Cuando terminan este proceso de formación, y luego del cumplimiento de reglamentaciones específicas, generalmente emanadas del Estado o de las asociaciones profesionales, están listos —los que lo han cumplido— para ingresar al grupo profesional[14]. Es un hecho de enorme trascendencia, entonces, que un país se dote de una facultad central de medicina, sostenida por el Estado y con las perspectivas de permanecer. Tal fue lo que sucedió con la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia que abrió sus puertas a comienzos de 1868 y que cumplió por cerca de un siglo —con todos los contratiempos imaginables— el papel de "facultad nacional de medicina", como la llamaron durante muchos decenios los médicos colombianos.

Es indudable que la Escuela de Medicina (privada) creada por Vargas Reyes y sus colaboradores a finales de 1864, significó un antecedente importante para la de la Universidad Nacional. Por un lado, hizo ver la necesidad ineludible de restructurar la enseñanza médica, tan golpeada por la ley de libertad de enseñanza del 15 de mayo de 1850, así como la decisión de los médicos para hacerlo. Por el otro, hizo patente para ciertos sectores, y para el gobierno concretamente, el peligro que podía significar el dejar la educación médica —y superior, en general— en manos privadas, en las condiciones de ese entonces. Situación paradójica: lo que se había propiciado en aras de la libertad se combatía a nombre del mismo ideal[15]. En diciembre de 1867, cuando todo está listo para la apertura de la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, se cierra la escuela de Vargas Reyes en medio de una agria polémica, cuyo *dossier*, desde el punto de vista de esta escuela, se encuentra en el número

extraordinario, el último que se publica de la *Gaceta Médica* del 17 de diciembre de ese mismo año[16]. De todas maneras, Vargas Reyes aparece como el primer rector (decano) de la escuela de medicina estatal.

Un decreto orgánico del 13 de enero de 1868 fijó el programa de la nueva escuela. Este pénsum estaba estructurado de la siguiente manera:

Primer año: anatomía general e histología (catedrático: Andrés María Pardo); clase primera de anatomía especial (catedrático: Andrés María Pardo); fisiología (catedrático: Antonio Vargas Vega).

Segundo año: clase segunda de anatomía especial (catedrático: Rafael Rocha Castilla); patología general y pequeña cirugía (catedrático: Antonio Vargas Vega); patología interna (catedrático: José María Buendía); anatomía patológica (catedrático: Rafael Rocha Castilla).

Tercer año: farmacia (catedrático: Bernardino Medina); materia médica y terapéutica (catedrático: Nicolás Osorio); patología externa (catedrático: Antonio Vargas Reyes); anatomía topográfica y medicina operatoria (catedrático: Manuel Plata Azuero).

Cuarto año: obstetricia y patología especial de las mujeres y de los niños (catedrático: Libardo Rivas); higiene pública general y especial del país e higiene privada (catedrático: Antonio Ospina). Cada catedrático tenía su sustituto. Casi todos provenían de la Escuela de Vargas Reyes y muchos habían estudiado en París.

Se fijaron además, tres clases de clínica: una de clínica interna, regentada por el profesor de patología interna; otra de clínica externa, manejada por el titular de patología externa; y otra de obstetricia, dirigida por el catedrático de esta misma materia. El programa, como se puede apreciar, tiene una amplia base anatómica. Cinco de los catorce cursos distribuidos en los cuatro años de formación "teórica" son de anatomía, incluido el de anatomía patológica, rama ésta que fue introducida en nuestro país por el francés Eugène Rampon. Los diversos cursos de patologías y de clínicas están concebidos con base en las concepciones anatomoclínicas. Esto se deduce de los programas y de los artículos que aparecen en las revistas de la época, en especial en la *Gaceta Médica* y en los *Anales de la Universidad Nacional.*

Ahora bien, la fisiología incluida en el primer año de formación de los médicos no significa que la mentalidad fisiopatológica haya hecho ya su aparición en Colombia, por diversas razones. En primer lugar, las condiciones de desarrollo del país desde el punto de vista científico y tecnológico no permitían

la puesta en práctica de una rama que como la fisiopatología exige, de un lado, muy buenos presupuestos en física y en química y, de otro, una infraestructura en laboratorios ciertamente compleja. Esta fisiología era más un curso teórico, desvinculado de la propia labor médica. A ello habría que agregar que su constitución y aplicación son básicamente experimentales, requieren una actitud epistemológica mucho más compleja que la que podía suministrar esa amalgama de sensualismo francés, utilitarismo y positivismo spenceriano que parece ser dominante en nuestra cultura médica, y en general filosófica, de todo el siglo XIX. Y ello a pesar de que en el programa de fisiología se declara explícitamente:

> La Fisiolojía es una ciencia experimental. Su objeto es el estudio de los fenómenos vitales: su punto de partida el conocimiento de la estructura anatómica de los órganos i el análisis físico-químico de las propiedades de la materia organizada; su fin dirigir las manifestaciones de los fenómenos de la vida[17].

Pero habría que añadir dos cosas más para convencernos de que nuestra medicina de la segunda mitad del siglo XIX no podía ser sino anatomoclínica, y muy difícilmente fisiopatológica. La primera: la polémica de los primeros fisiólogos y fisiopatólogos contra la medicina hospitalaria se inicia en la primera mitad del siglo XIX (Magendie, Flourens, Johannes Müller, etc.), pero los descubrimientos fundamentales y el diseño de una metodología y un programa se producen de 1850 en adelante (Claude Bernard, Carl Ludwig, Hermann Helmholtz, Max Verworn, Brown-Séqueard, Sharpey, etc.). La segunda: entre la producción de un conocimiento científico y su aplicación en el terreno de la clínica y la patología médica suele existir un desfase que tiene que ver con muchos factores. La fisiología, durante mucho tiempo, y pese a los esfuerzos de propagandistas tan lúcidos como Claude Bernard, fue más un conocimiento teórico y una premonición que una herramienta para el trabajo médico.

En 1881, durante el primer gobierno de la Regeneración, se fortalece el carácter anatomoclínico del pénsum al introducirse la semiología como materia independiente. Antes la semiología se enseñaba dentro de los cursos de patologías y en las clínicas. Se crea también un curso de anatomía patológica especial, medida que contribuye, a su vez, a afianzar la medicina hospitalaria. Se introduce una cátedra de toxicología (esbozo de la incipiente influencia de la medicina de laboratorio: mentalidad fisiopatológica + mentalidad etiopatológica), junto a la ya existente de medicina legal. Se crean, además, dos cursos suplementarios: uno de sifilografía, que ilustra sobre la importancia de esta enfermedad en aquellos tiempos, y otro de enfermedades de los ojos, una de las

primeras especialidades que se va desarrollando gracias a un aporte técnico, el oftalmoscopio creado por Hermann Helmholtz en 1851. Y quizá por insinuación directa de Rafael Núñez se introduce en el pénsum un curso facultativo de homeopatía, medicina "paralela" de la cual el "hombre providencial" fue un decidido partidario[18].

Las novedades posteriores no son muchas. En 1885, en medio de una de las tantas guerras civiles que sacudieron al país, se declara abierto un curso de histología microscópica, que al parecer no se llevó a cabo. Seguramente por falta de este aparato que tanta desconfianza suscitaba en los fundadores de la mentalidad anatomoclínica, Laennec y Bichat. En el año de 1884, por ejemplo, los estudiantes de la Universidad de Antioquia pudieron conocer el microscopio gracias al doctor Alejandro Restrepo, quien había traído uno de Europa, de lo contrario hubieran "tenido que aprender de memoria la constitución íntima (...) del cuerpo humano"[19]. En Bogotá las cosas no deberían ser mejores. Uno de los primeros y escasos microscopios que llegaron a la capital fue traído por el doctor Nicolás Osorio, como ya se dijo, quien, además contribuyó a su uso sistemático. Un año más tarde, en 1886, se estableció el estudio de la patología a nivel histológico, pero los contratiempos debieron ser grandes por falta de dotación en aparatos, muestras, sustancias de laboratorio, etc. Aparecen, junto a la oftalmología, cursos de laringoscopia y rinoscopia, lo que permite pensar que se generalizan los métodos endoscópicos en el examen de los pacientes. Cuando cambiaba el siglo aparece la cátedra de bacteriología, uno de cuyos primeros titulares fue el doctor Epifanio Combariza. La dermatología se independiza de la patología externa y ofrece un campo que —junto con la sifilografía y las enfermedades tropicales— será fructífero en términos de trabajos de médicos colombianos durante la primera mitad del siglo XX.

Las reformas de la Regeneración, en el terreno universitario, como en general en toda la educación, estuvieron orientadas a colocar la educación superior bajo el control directo del Ejecutivo. En este sentido se decide que el secretario de Instrucción Pública asuma por decreto (No. 167 del 7 de marzo de 1881) la rectoría de la Universidad Nacional. Al mismo tiempo se intenta un proceso de atomización de la universidad al poner las distintas facultades bajo la tutela de los ministerios afines. El Concordato, por otra parte, permite que la Iglesia Católica adquiera un poder significativo al interior de las universidades y en toda la educación. El encargado de adelantar esta política en la Escuela de Medicina y Ciencias Naturales fue el doctor Liborio Zerda, quien luego habría de ocupar, también dentro de la Regeneración, el cargo de ministro de Instrucción Pública, desde donde adelantó el plan de reforma de la educación conoci-

do como Plan Zerda (Ley 89 y Decreto reglamentario 349 de 1842); Zerda, figura de indudable valor en el terreno de la medicina, adelantó proyectos positivos como el modernizar el viejo anfiteatro del Hospital San Juan de Dios, cuyas deplorables condiciones y falta de reglamentación conllevaban no pocos problemas de salud para enfermos, trabajadores, estudiantes y profesores (Ibáñez, 1883: 54-55). Pero también bajo su rectorado (decanatura) fueron separados de sus cargos algunos de los médicos opositores de la política de Núñez y Caro, como Antonio Vargas Vega, Rafael Rocha Castilla, Manuel Plata Azuero, entre otros[20].

Liborio Zerda (1833-1919) estudió medicina en la Universidad Central, pero además mostró una preocupación muy señalada por la química, materia de la cual fue profesor en la escuela de Vargas Reyes, en el Colegio del Rosario, en la Universidad Nacional y en el Instituto Nacional de Agricultura. Dentro de esta orientación mostró una especial vocación por la medicina legal y la toxicología y, en el terreno de los estudios médicos, insistía sobre los aspectos químicos. Fue también profesor de física e incursionó en el terreno de los estudios etnográficos con su trabajo "El Dorado, estudio histórico, etnográfico y arqueológico de las tribus de la raza chibcha"[21].

Por los lados de Antioquia (Robledo, 1951: 77 y ss.) se había tratado de organizar la enseñanza de la medicina desde 1834. Los resultados no fueron muy estimulantes, dadas las condiciones generales del país. En 1857 la legislatura de Antioquia autoriza al Colegio de Antioquia para dar licenciatura en medicina, previa aprobación de algunas asignaturas (anatomía descriptiva, fisiología e higiene), y doctorado, previa aprobación de otras (patología general, terapéutica, materia médica, farmacia, cirugía clínica y medicina legal). Aparecen como examinadores en ese momento cuatro de las figuras médicas más destacadas del siglo pasado en Antioquia y en el país: José Ignacio Quevedo[22], Manuel Uribe Angel[23], Manuel Vicente de la Roche y Sinforiano Hernández. Pero la enseñanza sistemática sólo comenzó hacia 1872, y el primer egresado fue el doctor Jesús María Espinosa con un trabajo sobre *caquexia palúdica*, en el año de 1875. Los estudios fueron interrumpidos varias veces, por diversas razones, pero especialmente por las consabidas guerras civiles. Según Emilio Robledo (Robledo, 1951: 78), en Antioquia se abrió el primer curso de bacteriología en la historia del país, y dice que allí el nivel de los estudios era tan alto que tomando como base un informe presentado al Congreso Nacional sobre el periodo 1896-1899, se afirmó que "Los estudios que se hacen en el Colegio Zea —éste era el nombre oficial que se le había dado a la Universidad por aquella época— como se puede notar por los jóvenes que vienen de Antioquia a la

capital, sea a establecerse, sea a continuar estudios son iguales, si no superiores a los que hacen en la misma capital. Esta afirmación, si se toma al pie de la letra, permite suponer que ya se había superado, al menos relativamente, la dura situación que había enfrentado la educación médica antioqueña unos años antes. Un estudiante de la primera mitad de la década de los ochenta del siglo pasado afirma que en Medellín la práctica debía suplirse en los consultorios de algunos médicos recién llegados de Europa.

> Esta era toda la práctica que se podía lograr en ese primer año de orientación profesional, aunque el segundo año de medicina, que era el primero propiamente hablando, y que se decía de práctica hospitalaria, tampoco era más afortunado que el nuestro por mala dotación y el desorden del llamado Hospital de esa época y por esa razón ya se hablaba entre los alumnos de la conveniencia de continuar la carrera en la capital de la República, aunque también se aconsejaba seguir acompañando a la Facultad Médica de Antioquia, a medida que iba creando sus cursos hasta donde llegara y, seguir después a la capital a perfeccionar los conocimientos en los hospitales clínicos (Mejía Mejía, 1960: 74).

En relación con la enseñanza médica y la medicina en Antioquia vale la pena reproducir el balance crítico que hacía en 1881 el doctor Uribe Angel —extensible posiblemente a todo el país— con su mesura y equilibrio acostumbrados:

> En ningún lugar de este escrito he dicho que la medicina se halle en un brillante pie para nosotros. Sólo ha hecho comprender que la lucha entre la ignorancia anterior y las aspiraciones a una perfección relativa, se encuentra establecida definitivamente. Penosas, amargas, difíciles tareas contra los obstáculos, carencia de recursos, valor personal y algún entusiasmo por seguir adelante forman un grupo de circunstancias consoladoras unas y aflictivas otras; pero de ese conjunto de hechos surge la idea de que el proyecto está iniciado, de que la labor se persigue y de que el porvenir parece querer franquear la puerta por donde se penetra en el santuario de la ciencia(...) Mal pudiera yo agregar que nuestra situación a este respecto sea satisfactoria. Carecemos de un anfiteatro anatómico; no tenemos pabellón quirúrgico; las vivisecciones nos son desconocidas; los laboratorios químicos nos vienen con la paz y se van con la guerra; hay ausencia completa de bibliotecas; los museos no existen, las colecciones de historia natural tampoco; las juntas académicas no se han formado aún; la escuela está por reunirse; la universidad embrionaria y el profesorado sin vigor (Uribe Angel, s/f: 71-72).

Los problemas y las dificultades, de todas maneras, siempre han rondado a nuestras universidades estatales y a ello no ha escapado, desde su fundación misma, la Universidad Nacional[24].

LA SALUD PUBLICA DE LA REGENERACION

En el período que va de la Gran Colombia a la Regeneración nuestro país vivió serios problemas de salud, frente a los cuales los diferentes gobiernos trataron de diseñar políticas y acciones concretas de alcance ciertamente limitado. A los problemas derivados del lamentable estado nutricional de la mayor parte de la población, de los deficientes servicios públicos (alcantarillados, acueductos, recolección de basuras, disposición de cementerios, hospitales, etc.) y de la escasa información sobre higiene privada y pública, se sumaron las epidemias que periódicamente azotaban al país (viruela, fiebre tifoidea, tifo exantemático, etc.), además de las consabidas disenterías amibianas y bacilares, las enfermedades tropicales, las enfermedades traídas por los colonizadores (tuberculosis, lepra y la tan discutida sífilis), que encontraron una población inmunitariamente desprotegida, y las afecciones traumáticas derivadas de nuestras tan inciviles guerras de siempre.

El cólera, una de las enfermedades sobre las cuales más se ha hablado, y quedará mucho que hablar a raíz de la novela de Gabriel García Márquez (*El amor en los tiempos del cólera*), no ha tenido, al parecer, mucha importancia efectiva en el país en lo que a problemas de salud se refiere. Ha sido más bien una especie de fantasma que ha rondado nuestras costas. Pero si le creemos al doctor Pablo García Medina, hasta 1920 sólo se había presentado una epidemia: "en el año de 1851 hubo una epidemia de cólera en nuestros puertos de la costa atlántica. Después de esta epidemia no se ha observado caso alguno de esta infección"[25]. De todas maneras por los años de 1849 y 1850 sí se dio un interesante debate alrededor del problema del cólera y la necesidad, o no, de establecer el régimen de cuarentenas. Este debate, como lo ha demostrado Armando Borrero Mansilla, estaba ligado al enfrentamiento en que estaban comprometidos los *proteccionistas* y los *librecambistas* y que tan importante fue para nuestro país en esa mitad del siglo pasado (Borrero, 1983)[26].

Con posterioridad a 1880 los problemas de salud siguieron siendo los mismos que venían de la Gran Colombia, pero más amplios por el crecimiento de la población y la necesaria "ampliación" del país a partir de ciertas empresas colonizadoras. Algunas enfermedades tropicales como la fiebre amarilla y el

paludismo, además de las parasitarias, empezaron a cobrar importancia, en parte por el interés que tales afecciones suscitaban en algunos países desarrollados empeñados en empresas colonizadoras. Sobre todas estas enfermedades los médicos colombianos investigaban, especulaban a veces, discutían y trataban de generar medidas de salud pública. Sobre el paludismo, por ejemplo, se dio un debate entre los partidarios de la *teoría hídrica*, de la contaminación por el agua, y los defensores de la *teoría del mosquito*. Entre los primeros se contó el doctor Juan de Dios Carrasquilla, quien introdujo al país uno de los primeros aparatos de rayos X. La viruela, de otra parte, dio motivo para que los médicos insistieran permanentemente sobre la necesidad de la vacunación obligatoria, cuyas bondades se conocían desde la segunda mitad del siglo XVIII cuando Edward Jenner difundió este método preventivo. Los organismos estatales de salud no habían logrado implantarla y la viruela continuaba haciendo estragos periódicamente. En 1891 la Junta Central de Higiene pedía al Congreso que dictase una ley haciendo obligatoria la vacunación en todo el país, pues solamente se vacunaba con regularidad en Cundinamarca[27].

En relación con las enfermedades venéreas, y en especial con la sífilis, los médicos insistían sobre la necesidad de reglamentar la prostitución, elaborar estadísticas y crear centros de examen y de prevención. Algunos eran partidarios de la represión, como es el caso de Gabriel Castañeda, quien se distinguió como médico desde sus años de estudiante[28]. Otros, como el doctor José María Lombana Barreneche —sin duda alguna una de las figuras más interesantes de la medicina colombiana— planteaban que la prostitución era una necesaria válvula de escape para la sociedad[29]. De todas maneras el índice de sifilíticos parecía ser muy alto (las estadísticas no eran muy confiables). Lombana Barreneche y Martín Camacho afirmaban, en 1909, que "más del 70% de los jóvenes ha recibido el bautismo de la sífilis" (Lombana Barreneche y Camacho, 1909: 30).

Algunas de las enfermedades se presentaban en forma de epidemias. Durante los años de 1889 y 1890, para citar un caso, en Bogotá y otros lugares se produjeron epidemias de gripe, sarampión, fiebre tifoidea y tifo exantémico. La epidemia de sarampión tuvo graves consecuencias por cuanto derivó en problemas pulmonares que causaron una elevada mortalidad infantil. Uno de los médicos que debió manejar a los enfermos de estas epidemias, en tanto interno del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, el doctor Jaime Mejía Mejía afirma que el tifo exantémico atacaba con preferencia a las clases acomodadas, y a los intelectuales, a las familias aristocráticas:

> El corazón del indigente resistía mejor esta prueba infecciosa, que el del potentado (...) De donde podría deducirse que, para resistir vivo esas pruebas

> infecciosas que periódicamente visitan la ciudad capital, hay que estar en contacto con el pueblo e ir vacunándose lentamente con las aguas infectas, con las cortezas sucias de las frutas y con el mínimum de medidas profilácticas. [Esto no lo puede sostener un médico], aunque, en el fondo es sencillamente la verdad a secas (Mejía Mejía, 1960: 129-130).

En cuanto a la fiebre tifoidea[30], el doctor Lombana Barreneche sostenía, en 1909, que ocupaba el primer puesto entre las enfermedades infecciosas agudas (Lombana Barreneche y Camacho, 1909: 31). Frente a todo esto, en medio de las dramáticas condiciones políticas del siglo XIX, el Estado busca salidas, sin mucho éxito.

Guillermo Restrepo y Augusto Villa, historiadores de la salud pública en Colombia (Restrepo Ch. y Villa, 1980) han identificado tres etapas en la acción social del Estado colombiano: a) la etapa del individualismo, que va de 1810 a 1886; b) la etapa del intervencionismo de Estado, que se inicia con la reforma de 1886, se profundiza en 1936 y cobra mayor énfasis en la década del cuarenta y c) la etapa del Estado empresarial, a partir de 1968, sustentada en la reforma constitucional de ese mismo año. Lo fundamental de este trabajo se encuadra, pues, en la segunda de esas etapas, la del intervencionismo de Estado.

La Ley 30 de 1886 estableció, dentro del Ministerio de Instrucción Pública, la existencia de una Junta Central de Higiene integrada por tres médicos y un secretario. Los médicos eran escogidos por el Ejecutivo a partir de ternas presentadas al presidente por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales que se había fundado en 1873 y que luego se convertiría en la Academia Nacional de Medicina. De esta junta se hacían depender las Juntas Departamentales de Higiene, integradas de la misma manera, nombrados sus titulares también por el presidente a partir de ternas presentadas por la Junta Central. De esta última también dependían el Parque de Vacunación, la Oficina Central de Vacunación y una división encargada de las políticas y prácticas relacionadas con las cuarentenas. Desde la independencia frente a España, el control y la prevención de las epidemias fueron preocupaciones de nuestro Estado. Algunas de las amenazas se localizaban en los puertos que conectaban nuestra economía fundamentalmente exportadora-importadora con los grandes centros de la economía mundial. El cólera, por ejemplo, es significativo a este respecto, en el recorrido que hizo desde Oriente, pasando por Europa e incursionando en tierras americanas. Escribía en 1892 Nicolás Osorio:

> El cólera amenaza nuestras costas a pesar de la clausura de los puertos; éste puede invadirnos o por la introducción clandestina de mercancías o por el desembarco de un buque que traiga el cólera a bordo a un puerto de la Guajira

o de Venezuela, y es necesario que este terrible azote no nos encuentre desprevenidos (Osorio, 1982: 1).

La nueva estructura sanitaria que se crea en 1866 debía hacer frente no sólo a la amenaza de las epidemias o de las enfermedades endémicas y a otras pedologías; debía, además, ocuparse de problemas de higiene pública y de medicina social que aún persisten en países como el nuestro: desnutrición infantil, falta de agua potable, contaminación ambiental, insuficiencia asistencial, ignorancia en torno de asuntos de salud y de prevención, escasez de recursos, malos manejos, etc. La primera Junta Central de Higiene estuvo integrada por los doctores Nicolás Osorio, Aureliano Posada y Carlos Michelsen (Bejarano, 1964: 3-15). Después salió éste último e ingresaron los doctores Gabriel J. Castañeda y Proto Gómez. Las labores de esta junta fueron intensas en los terrenos de la investigación, la planificación y la reglamentación de muy variados aspectos de la salud publica y privada. Trabajó en estrecho contacto con la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá que poseía una interesante publicación, la *Revista Médica de Bogotá*. La Junta Central de Higiene, a su vez, creó, hacia 1889, su propio órgano de divulgación, la *Revista de Higiene*. En estas dos revistas se publicaron informes, estadísticas, medidas de prevención, etcétera.

Entre los médicos más destacados de esta época está el doctor Nicolás Osorio, varias veces citado, fundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, miembro de la Junta Central de Higiene, profesor y prolífico escritor médico sobre temas como las epidemias (viruela, cólera, "ictericia"), el bocio exoftálmico, la lepra, la tuberculosis, la educación médica y los problemas de la salud publica. Está también Andrés Posada Arango muy inclinado hacia los temas de medicina legal y hacia el análisis del problema del alcoholismo, en la versión nacional del "chichismo", vicio contra el cual se empezó a luchar desde el momento mismo de la independencia (carta de Bolívar a Santander del 20 de marzo de 1820) y que sólo logró erradicarse hasta bien entrado el siglo XX. Se pueden mencionar igualmente, a Pedro María Ibáñez, nuestro primer historiador de la medicina; Aureliano Posada, José María Buendía, W. Sandino Groot, Abraham Aparicio, Liborio Zerda, ya nombrado, autor de un interesante estudio sobre el chichismo (Zerda, 1889). Josué Gómez también trabajó sobre este tema y además escribió un amplio informe sobre la tuberculosis en 1887 (Gomez, 1888). En las revistas existentes por esta época, 1873 a 1910 (*Revista Médica de Bogotá*, *Revista de Higiene*, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, *Boletín Médico del Cauca* y en otras no especializadas en temas de medicina como los *Anales de la Universidad* que

luego se convierten en los *Anales de Instrucción Pública*) escribían también otros médicos más jóvenes que luego se destacarán como profesores, clínicos e investigadores, como José María Lombana Barreneche[31], Juan Bautista Montoya y Flórez, Luis Cuervo Márquez y otros. Dentro de lo que pueden considerarse los primeros pasos en firme de la psiquiatría, es importante la labor de Carlos Putman (1850-1915), graduado en París con una tesis sobre el rol de los nervios vasomotores en el tabes sensitivo y autor de un importante tratado de medicina legal (*véase* Rosselli, 1968, T. I: 259 y ss.).

Las guerras civiles y la medicina

La medicina, al mismo tiempo que contribuye a mitigar un tanto el sufrimiento que acompaña a toda guerra, aprende en medio de los campos de batalla. La cirugía, en particular, ha sacado de esos campos no pocas enseñanzas. Amplias posibilidades ha tenido nuestra medicina para hacer este aprendizaje, sobre todo en el siglo pasado. Pero al parecer el provecho ha sido escaso. A este respecto un testigo de algunas de ellas, el doctor Jaime Mejía Mejía, asevera:

> [En] un país que tenía —y que tiene— que resolver todos sus diferendos internos a punta de choques sangrientos periódicos —para poder ser llamado "democracia"— debió haber hecho progresos y, aún crear, una cirugía de guerra propia de su modo de herir. Pero no, nada de eso. El que tenía la mala suerte de ser herido en uno de sus miembros, por ejemplo, no tenía otra esperanza ni ayuda que las aplicaciones liberales de yodo (liberales, por la abundancia del antiséptico), las tablillas y vendajes compresores que, la más de las veces, desembocaban a la gangrena y a la amputación [como] consecuencia. Y, el que tuviera la terrible desgracia de recibir una bala en el tronco y no entregara su alma por el impacto era sometido a las torturas más inconcebibles antes de que la ciencia se declarara vencida por lo "grave" del caso.

Después de describir el proceso operatorio, el doctor Mejía añade:

> En la mayoría de los casos no se lograba ni eso (localizar el proyectil) y, la exploración era tan traumatizante que, el herido, tenía aún verdadero gozo en morirse antes de que llegara la "extracción". Pero, si resistía vivo ese primer *round* científico, no resistía el segundo porque la introducción de pinzas inapropiadas para el efecto, casi nunca lograba aprehender al metal y, casi siempre, lo que lograban era quitar el tapón espontáneo a algún vaso grande que

había dejado de sangrar con los desmayos y, con esta última hemorragia incohibible, se terminaba el espectáculo (Mejía Mejía, 1960: 102).

Habría que añadir a esto los estragos de las infecciones posoperatorias.

Los propiciadores de las guerras, en su fanatismo delirante, olvidaban tomar las más elementales medidas en relación con la asistencia médica y la prevención de las enfermedades. Un cronista de la Guerra de los Mil Días, el teniente coronel Leonidas Flórez, señala:

> Por simple y elemental principio, han debido saber los directores de la guerra de los dos bandos, que una tropa que marcha al combate está formada por seres humanos que enferman por la acción del clima, las largas marchas y la escasez de alimentos. Que como quiera que su actividad ha de ser la lucha con un adversario que lleva armas que forzosamente darán la muerte a sus semejantes, o por lo menos ocasionarle heridas, han de tomarse todos los aprestos necesarios para que las bajas sean menores (citado en Muñoz, 1958: 213).

Sobre esta Guerra de los Mil Días el doctor Carlos Putman, jefe del Servicio de Ambulancias del gobierno, pionero de la psiquiatría y autor de un tratado de medicina legal, dejó un patético "Informe del Jefe de Ambulancia".

Pero algo bueno debía salir de este conflicto de cambio de siglo, la Guerra de los Mil Días: la Cruz Roja Colombiana. En torno a la figura de don Santiago Samper se reunieron varios médicos (Nicolás Buendía, Hipólito Machado, José María Montoya, Lisandro Reyes) y algunos miembros de la alta sociedad bogotana de tendencia liberal. Este grupo decidió crear dos servicios de ambulancia. Uno integrado por 28 médicos, 42 practicantes, 8 hermanas de la caridad, un capellán y un farmaceuta, que se dirigió hacia Santander. Otro formado por 8 médicos, 12 practicantes y 3 hermanas de la caridad, que se dirigió hacia Fusagasugá y Tibacuy. Habían sido equipados con dineros pertenecientes a la Cruz Roja. De esta iniciativa surgió el embrión inicial de la Cruz Roja Colombiana, institución que habría de instalarse oficialmente unos años después en el Teatro Colón, el 30 de junio de 1915. A esta iniciativa también contribuyeron don Fidel Cano, el doctor Adriano Perdomo y otros. En 1920 ingresó Colombia a la Cruz Roja Internacional, a raíz de la X Conferencia celebrada en Ginebra (Muñoz, 1958: 221 y ss.).

Claro que muchas de las dificultades sanitarias y médicas, que adquirían especiales dimensiones durante las guerras civiles, estaban determinadas además por la misma situación de la medicina internacional. Hacia 1900, a pesar de los avances de la microbiología, se desconocían los agentes de muchas de las enfermedades transmisibles, así como sus vectores y sus formas de difusión.

La comprensión fisiológica de los procesos morbosos, como se ha señalado, no había penetrado aún en el quehacer médico. La farmacología, como rama particular y diferente de la terapéutica, dio sus pasos más sólidos sólo ya un poco entrado el siglo XX. Muchos médicos, y de los más destacados, no entendían la importancia del estudio farmacológico y farmacodinámico de las sustancias medicamentosas.

La opinión del notable clínico Armand Trousseau, autor de un tratado de terapéutica (Trousseau, 1858), es ilustrativa al respecto, a pesar de que corresponda a la época de mediados del siglo pasado. Exclamaba Trousseau: "¡Qué importa cómo cura un medicamento, si realmente cura!". Poco se había avanzado, además, en la quimioterapia experimental y controlada y aún faltaba el descubrimiento de los antibióticos (penicilina por A. Fleming en 1928; estreptomicina por Waksman en 1943; cloromicetina por Burkholder en 1947; aureomicina por Dugarrd en 1948; terramicina por Finlay en 1950) y de las sulfamidas (obra del alemán G. Domagk en 1923, seguido por las investigaciones de J. y T. Trefouel, Bovet y Mitti en el Instituto Pasteur). Las técnicas quirúrgicas, de otra parte, aún tendrían mucho que aprender en la primera guerra mundial y en los años posteriores, pero para nuestro caso el desfase era evidente: los tres grandes descubrimientos que revolucionaron la cirugía en la segunda mitad del siglo XIX, la anestesia, la hemostasia, y la asepsia y la antisepsia, corrientemente aplicadas en Europa hacia 1870, aquí todavía a comienzos de este siglo no eran de uso generalizado, a pesar de que los médicos estaban convencidos de sus bondades[32].

Para ilustrar, de todas maneras, las difíciles condiciones en que trabajaban los cirujanos colombianos de finales del siglo pasado y comienzos del presente, vale la pena oír algunas de las cosas que dijo el doctor Juan Evangelista Manrique, uno de los más destacados cirujanos de esa época, en la inauguración de la nueva sala de cirugía del Hospital San Juan de Dios en 1907. Hablando del rector que emprendió la construcción de la nueva sala dice

> [Que su iniciativa] (...) ha llegado a este asilo de dolor, en momentos en que ya era un peligro penetrar en lo que llevaba el nombre de sala de operaciones, pues derruidas las vigas del pavimento por la acción de los siglos y por el agua que penetraba en los intersticios de un teclado (sic) de rotos ladrillos, se habían desplomado y unas amenazaban desplomarse otras. Por otra parte, la sala estaba dispuesta, como todo este Hospital, a la usanza del siglo XVI. (Manrique, 1907).

CINCO HECHOS SOBRESALIENTES DE NUESTRA MEDICINA

Alfonso Bonilla Naar ha señalado cinco hechos importantes en la historia de la medicina (Bonilla Naar, 1944: 561-563), que tuvieron lugar por la época que se reseña. El primero de ellos es la exploración de cerebro realizada por el doctor Guillermo Donado en 1878. Lo único destacado en este hecho —si se atiene uno a la información que aporta el autor— es la osadía del médico en cuestión, quien habría introducido "seis pulgadas de estilete" en el cerebro del paciente, un herido a bala. Dice Bonilla Naar que "la historia de la cirugía cerebral en América nos dirá qué puesto le corresponderá a nuestro audaz e inteligente compatriota", sin añadir más datos. Queda la sensación de que nuestro compatriota era más audaz que inteligente.

El segundo hecho es mucho más convincente, indudablemente. Se refiere al tifo exantemático, enfermedad sobre la cual se dio, unos años después, un interesante debate entre médicos colombianos. Se trata de un artículo de Nicolás Osorio, escrito en 1877: "Estudio comparado. Trazados termométricos. Tiphus y detienenteria". El artículo presenta un doble interés. En primer lugar, por su alcance interpretativo y, en segundo lugar, por cuanto constituye uno de los primeros intentos por introducir sistemáticamente la termometría en la medicina colombiana.

El tercer hecho se relaciona con un trabajo del profesor de cirugía, Juan Evangelista Manrique, sobre el funcionamiento del corazón en Bogotá. El trabajo, sin embargo, no se ha encontrado, pero sí se halló una comunicación de la Sociedad de Biología de París en la cual se hace un resumen del mismo. Este trabajo sería de 1884.

El siguiente hecho reseñado por Bonilla Naar es doble. De un lado, se trata de la resección del maxilar inferior realizada por José V. Uribe en 1879. Según Bonilla Naar esta intervención había sido efectuada muy pocas veces desde cuando la inventó Broca. El segundo aspecto de este hecho se relaciona con la transfusión sanguínea llevada a cabo por Juan David Herrera en 1880. Y el último hecho —y quinto— tiene que ver con la publicación en la *Revista Médica*, en 1890, de un artículo del doctor Carlos Michelsen sobre la *leche de popa* o *liria*, planta colombiana. Esta planta tendría propiedades antidisentéricas muy connotadas.

NOTAS

1. Como "fervientes devotos de los principios exagerados de Broussais" enumera el autor doce médicos que trabajaron en Antioquia, dentro de los cuales estaban Ignacio Quevedo, Manuel V. de la Roche,

Juan C. Uribe y Pedro Uribe Restrepo, quien había pasado algún tiempo en Francia "con el fin de instruirse en los principios y reglas del arte de curar" (Uribe Angel, s/f: 54-55).

2. Uribe Angel explica la gran influencia de la medicina francesa de la siguiente manera: "Relaciones más fáciles y frecuentes con el pueblo francés que con los demás pueblos civilizados, mayor parentesco en el idioma y, por consiguiente mayor comodidad para la lectura de los libros de enseñanza, más intimidad en las relaciones comerciales, más proximidad en las creencias políticas y religiosas, y muchas otras razones hicieron que la semilla de los conocimientos humanos cayera en nuestro campo como en un terreno fértil en que hallaría pronta fecundación" (Uribe Angel, s/f: 53).
3. Es evidente que hubo aportes sustanciales de otros países, pero sobre todo para la mentalidad anatomoclínica el aporte francés fue definitivo. Para una caracterización más amplia de estas mentalidades puede verse el trabajo citado de Néstor Miranda Canal (1984). Como se ha señalado repetidamente, algunos historiadores prefieren denominar a la mentalidad anatomoclínica con el término de *medicina hospitalaria*, y agrupar a las otras dos (fisiopatológica y etiopatológica) dentro de la *medicina de laboratorio*; tal es el caso de Erwin Ackernecht.
4. *La Lanceta*, Bogotá, 16 de mayo de 1852, No. 1.
5. *Gaceta Médica*, Bogotá, 1o. de octubre de 1865, Serie I, No. 5.
6. "Comprendo fácilmente que el principio anatómico debía presentarse necesariamente primero, pero creo que este principio se torna falso al querer ser exclusivo, y que hoy en día ha llegado a ser dañino para la fisiología, después de que le prestó grandes servicios, que yo, al igual que los demás, no pongo en duda. En efecto, la anatomía es una ciencia más simple que la fisiología y, en consecuencia, debe estarle subordinada, en lugar de dominarla. Toda explicación de los fenómenos de la vida basada exclusivamente sobre consideraciones anatómicas es necesariamente incompleta" (Bernard, 1966: 158).
7. "En cuanto patólogos, ellos (los médicos anatomoclínicos) hacen 'patología morfológica' (W. Hueck), examinando órganos y tejidos que han sufrido modificaciones morbosas en su forma aparente; en cuanto clínicos, ellos establecen 'cuadros' típicos, después de los cuales se esfuerzan por distinguir los unos de los otros. Estos médicos siguen siendo 'empíricos'. Etiología y patogénesis no son su fuerte. Describen lo que ven, lo que sienten y lo que oyen en la cama del enfermo y en la sala de disección" (Lichtenthaeler, 1978: 427).
8. Como es fácil de apreciar, la medicina anatomoclínica está fundamentada en la utilización cuidadosa, casi pasiva, de los sentidos, tanto en anatomía patológica como en semiología: captar cambios de forma, de sonido, de color, de tamaño, de sabor, etc., y establecer correlaciones. Este camino está muy bien ilustrado en la introducción ("Desein de cet ouvrage") de Condillac a su *Tratado de las sensaciones*. Dice allí: "Imaginémonos una estatua organizada interiormente como nosotros y animada de un espíritu privado de toda clase de ideas. Supongamos además que su exterior que es todo de mármol no le permite el uso de ninguno de los sentidos, y reservémonos la libertad de abrirlos según nuestra voluntad, a las diferentes impresiones de que ellos son susceptibles (...) Creímos que debíamos comenzar por el olfato, porque es de todos los sentidos el que menos parece contribuir a los conocimientos del espíritu humano. Los otros fueron después el objeto de nuestras investigaciones, y después de haberlos considerado separadamente y en conjunto, vimos que la estatua se convertía en un animal capaz de volar por su conservación". Todo está, pues basado en las sensaciones: "El principio que determina el desarrollo de sus facultades es simple; las mismas sensaciones lo contienen: pues siendo todas necesariamente agradables o desagradables, la estatua está interesada en gozar de las unas y librarse de las otras. Ahora bien, uno se convencerá de que este interés es suficiente para dar lugar a las operaciones del entendimiento y de la voluntad. El juicio, la reflexión, los deseos, las pasiones, etc., no son más que la sensación que se transforma de diferentes modos" (Condillac, 1984: 11).
9. La cual, como se verá, tiene una especial importancia dentro de este trabajo.
10. Giovanni Battista Morgagni, autor de uno de los primeros tratados de anatomía patológica, en 1761: *De sedibus et causis morbourm por anatomen indagatis* (de la sede y de la causa de las enfermedades por indagación anatómica).
11. Todo este proceso, como es claro, está sujeto a futuras profundizaciones, pero con base en la documentación encontrada y las reflexiones elaboradas a partir de ella constituye un marco satisfactorio de ubicación de problemas.
12. La *Gaceta Médica* (Bogotá, 1o. de mayo de 1866, Serie I, No. 12, p. 47) publicó extractos de la presentación que de este trabajo de Villemin hizo Claude Bernard en la Academia de Ciencias de París, el 5 de diciembre de 1865.

13. En 1882, apenas publicado en Alemania el trabajo de Koch, el doctor Nicolás Osorio, destacado médico del siglo pasado quien, además, fue uno de los introductores del microscopio en Bogotá, escribió un artículo sobre este asunto en la *Revista Médica* (Año 7, No. 76, pp. 151-160).
14. J. M. López Piñero y M. García Ballester han planteado un problema interesante "que pesa considerablemente en la situación conflictiva de la educación médica", cual es el de no tener en cuenta que las pautas de conducta de los estudiantes "no siempre coinciden con las del grupo profesional médico". (López Piñero y García Ballester, 1974: 124). Es lo que Robert Merton expresa particularmente en términos de "ambivalencia sociológica": "Los estudiantes de medicina deben tener interés en aumentar sus responsabilidades médicas a medida que avanzan en sus estudios. Pero no deben aceptar prematuramente responsabilidades para las que no están adecuadamente preparados (o, por lo menos, para las que no están legalmente calificados)" (Merton, 1980a: 88).
15. "Es cierto que sobre las ruinas de la enseñanza oficial brotó instantáneamente la enseñanza privada fundándose gran número de brillantes colejios, que parecían realizar en esa materia la doctrina de los economistas en materia de industria libre: el interés individual, el espíritu de especulación, se apresuró a ofrecer los medios de satisfacer la necesidad de ciencia a los que tuvieran con qué pagar este servicio. De la libre concurrencia en industria se obtienen maravillas de bienestar. ¿Por qué de la libre concurrencia en instrucción pública no habían de esperarse también maravillas de sabiduría?" ("Qué es la Universidad Nacional", en *Anales de la Universidad*, septiembre de 1868, T. I, No. 1: 4).
16. En el número anteriormente citado de los *Anales* están publicadas las leyes y demás reglamentaciones fundadoras de la Universidad Nacional.
17. *Anales de la Universidad*, febrero de 1870, T. III, No. 14, p. 220.
18. *Diario Oficial*, Bogotá, lunes 7 de marzo de 1881, No. 4961.
19. El problema se presentaba también para las disecciones anatómicas. "Con respecto a la primera de esas asignaturas [la anatomía] puede asegurar que teníamos más dificultades en conseguir un cadáver para disecar que el mismo Galeno en sus primeros pasos anatómicos. En todo el año [1884] sólo logramos disponer de un cuerpo (...) Y, con respecto a histología, si no hubiera sido por el doctor Alejandro Restrepo, que acababa de regresar de Europa, y que tuvo la gentileza de poner a nuestras órdenes su consultorio para conocer el microscopio que había traído junto con una completa colección de preparaciones de tejidos orgánicos y cortes de diversos tumores, seguramente que hubiéramos tenido que aprender de memoria la constitución íntima de los tejidos básicos del cuerpo humano" (Mejía Mejía, 1960: 74).
20. Es lo que se puede deducir de un artículo firmado por Evaristo García, aparecido en 1890 (García, 1890: 1155 y ss.).
21. Datos sobre sus estudios en: Academia Nacional de Medicina. *Temas médicos*, Bogotá, 1975, T. IX, p. 361. También —y es una buena fuente para los datos concernientes a los trabajos de los médicos de diferentes épocas— en Rosselli (1968).
22. El doctor José Ignacio Quevedo realizó, según Alfonso Bonilla Naar, la primera cesárea exitosa en Latinoamérica, en 1844, cuando aún no se conocían la anestesia, ni la asepsia y la antisepsia. Esta "hazaña" coloca a Colombia por encima de los otros países latinoamericanos "y a dos pasos de las primeras intervenciones de los Estados Unidos de Norteamérica (1794 y 1827)" (Bonilla Naar, 1954: 27-30).
23. Sobre esta figura un tanto patriarcal, y con mucho de sabio, se expresa así otro médico mucho más joven: "Iría a ser médico. Pero habría de ser médico como el Dr. Manuelito Uribe, médico para el alma y para el cuerpo". Habiendo sido su paciente dice que "Me había demostrado que la mejor terapéutica es la que se ejerce sobre el espíritu. En esos momentos comprendí que el ser humano, enfermo del cuerpo, lo está también del alma y, por consiguiente, hay que hacer un tratamiento mixto. El diagnóstico tiene que hacer la selección de la dolencia para poder emplear el tratamiento físico pero el espíritu intuitivo del médico tiene que penetrar en el enfermo, para conocer su paisaje interno y desarmar sus aprensiones pues, de lo contrario, será mediocre el resultado de las fórmulas terapéuticas. Los conocimientos para la primera parte física del tratamiento, los enseñan las facultades de medicina; pero, los de la segunda, que pudiéramos llamar tónica del alma, es un don natural, que ninguna escuela médica podrá sembrar en el cerebro del alumno médico si no nació dotado de esa sensibilidad" (Mejía Mejía, 1960: 66).
24. Muy ilustrativo es el informe presentado por el doctor Manuel Ancizar, rector de la Universidad Nacional al "Secretario de lo interior i de Relaciones Exteriores" al año de funcionamiento de este

establecimiento, el 1o. de febrero de 1869. (En *Anales de la Universidad*, enero de 1869, T. I, No. 5, p. 431 y ss.).

25. "Resumen de la Memoria presentada por el Dr. Pablo García Medina, Delegado de la República de Colombia a la VI Conferencia Sanitaria Panamericana de Montevideo". En: *Revista de Higiene*, Vol. X, No. 126-133, junio de 1922, p. 182.
26. En 1892 se publicaban unas instrucciones francesas de medidas preventivas contra el cólera, traducidas por Nicolás Osorio (1892: 37 y ss.).
27. Nicolás Osorio, luego de hacer un recorrido por diversos países en relación con la vacunación, exhorta al gobierno a implantarla en todo el territorio nacional (Osorio, 1891: 163).
28. "En presencia de los peligros tan repetidos a los cuales la provocación de las prostitutas expone la salud pública, se ha pedido que esta provocación cualquiera que sea su naturaleza se reprima enérgicamente" (Castañeda, 1892: 443). Ya en los primeros años de nuestra vida independiente el doctor José Félix Merizalde solicitaba autorización a la Gobernación de Bogotá, para rehusar la entrada al hospital a los que hubieran contraído enfermedad por mala vida, como las prostitutas y los alcoholizados, cuenta Pedro María Ibáñez. Y añade que en 1840 "hizo escribir sobre la puerta [del hospital], en grandes letras, las siguientes palabras: "Si no temes a Dios, témele a la sífilis" (Citado en Rosselli, 1968, T. I: 111).
29. "Mientras no se reglamente de una manera científica y metódica la prostitución de las ciudades, apoyándose en argumentaciones falsas o en sofismas, no queriendo convencerse de que la prostitución es inevitable, necesaria para guardar la moralidad de las sociedades, no podrá dársele solución racional a la sífilis como enfermedad social" (Lombana B. y Camacho, 1909: 30).
30. Sobre la distinción clínica entre fiebre tifoidea y tifo exantémico se dio una interesante discusión entre los médicos colombianos, que se reseña brevemente más adelante.
31. Por su cronología natural, Lombana Barreneche debería situarse en el período comprendido entre 1867 y 1910. Había nacido en Santa Marta el 1o. de febrero de 1854, es decir que en 1910 ya tenía 56 años. Pero sus ideas médicas y "filosóficas" lo sitúan en una etapa posterior, cuando ya las nuevas concepciones positivistas y de la medicina experimental se abren paso en Colombia. Y esto a pesar de que fue un destacado clínico en el sentido tradicional de la palabra.
32. El doctor Jaime Mejía, hablando de la cirugía de esta época, atribuye las infecciones postoperatorias a la falta de lavado de las manos de los estudiantes, tal como lo señalaba a mediados del siglo pasado el célebre Semmelweis, en sus observaciones sobre las parturientas. Afirma que "muchos escaparon con vida a la prueba quirúrgica, pero sucumbían a la infección consiguiente". Se pregunta: "¿Cómo era que existiendo la asepsia y la antisepsia —pues no eran muy conocidos Pasteur y Lister— tanto en los cirujanos, el instrumental y en la sala, se admitiera a los alumnos con sus vestidos comunes y, sin exigirnos el lavado de las manos, nos invitaban muchas veces a ayudar en determinada maniobra y aún a palpar los órganos expuestos?" (Mejía Mejía, 1960: 110-111). Pero de muchos otros testimonios se puede colegir que las medidas de asepsia eran mínimas.

Capítulo 5

LA MEDICINA COLOMBIANA DE 1910 A 1930: LOS PRIMEROS PASOS DE LA MEDICINA DE LABORATORIO Y DE LA ESCUELA NORTEAMERICANA

El siglo XX sorprende al país en un medio de una de las más delirantes guerras civiles, la de los Mil Días. Durante tres años se sucedieron batallas enloquecidas, algunas de las cuales —como la de Palonegro— duraban hasta dos semanas. Apenas terminada esta guerra, Colombia "pierde" a Panamá. La situación en ese momento era difícil, además, en el orden económico. Pero en 1904, con el ascenso de Rafael Reyes a la presidencia de la República y una favorable coyuntura económica internacional, las cosas empezaron a mejorar[1]. Se inician en el país, por estos años, procesos de cambio que van a proyectarse en la posterior superación de lo que algunos han llamado "la república señorial" en la década de los años treinta, en particular con las medidas reformistas de la Revolución en Marcha de López Pumarejo. Los hombres que le dieron forma a estos procesos pertenecían a dos generaciones que se cruzaron en los primeros años de este siglo: la pragmática o costumbrista y la modernista o republicana[2].

Eran políticos, como Reyes, Uribe Uribe y Pedro Nel Ospina; pensadores y ensayistas, como Carlos Arturo Torres y Baldomero Sanín Cano; empresarios, como Alejandro López y Santiago Londoño. Socialmente representaban la versión moderna de la burguesía colombiana en sus pasos iniciales[3]. Emblemática es, por ejemplo, la figura de Pedro Nel Ospina, quien presidirá entre 1922 y 1926 uno de los gobiernos más cruciales de nuestros primeros treinta años de este siglo. Era "un exitoso empresario antioqueño, fundador de indus-

trias y dueño de algunas de las mayores haciendas cafeteras y ganaderas del país. Con su elección, la nueva burguesía —nueva por sus actitudes y actividades, aunque compuesta en gran parte por miembros de los grupos dominantes tradicionales— tenía uno de sus más ilustres representantes al frente del Estado" (Melo, 1985: 91). Para datos biográficos de Ospina puede verse Sánchez Camacho (1960). La mayoría de ellos adopta una posición más claramente positivista frente a los asuntos relacionados con la ciencia, la técnica y el desarrollo industrial. El lenguaje positivista impregnaba las declaraciones políticas, los debates parlamentarios y los artículos de las revistas[4]. La medicina, por su parte, no se quedaba atrás: también sufría sus procesos de cambio.

LA APERTURA HACIA LA MEDICINA DE LABORATORIO

Como ya se señaló, los planteamientos fisiopatológicos y etiopatológicos encontraban eco en Colombia a medida que iban surgiendo en Europa en la segunda mitad del siglo XIX. Pero su asimilación efectiva y, sobre todo su introducción en el quehacer médico se daban con un desfase considerable. Esto es más acentuado para el caso de la fisiopatología. Durante el anterior período (1867-1905), de predominio de la medicina anatomoclínica, sin embargo, las nuevas corrientes se expresaban y encontraban incluso, sus propagandistas. Ya en 1897 el doctor Pablo García Medina pronunciaba una sólida conferencia en una sesión solemne de la Academia Nacional de Medicina sobre el método experimental aplicado a la clínica (García Medina, 1897: 217 y ss.). Allí señala:

> La experimentación fisiológica de Magendie condujo, como el fisiologismo de Broussais[5], a un escepticismo completo en medicina y esto trajo consigo una gran reacción contra el método experimental aplicado a los estudios médicos. La falta, sin embargo, no era de la experimentación, sino de quienes la aplicaban sin guiarse por un criterio clínico, que los habría conducido a resultados prácticos de la más alta importancia.

En medio de la anarquía que se suscitó por esta actitud vino la observación clínica a salvar la situación: Laennec, Chomel, Bouillaud, etc. Sólo una vez que se agotara la observación podía pasarse a la experimentación. Pero esos clínicos dejaron una obra que sigue siendo la guía del "verdadero práctico". Sin embargo, aunque la observación es un momento de la ciencia, sólo la experimentación configura la verdadera ciencia, porque permite reproducir el fenómeno para analizarlo. Un "experimento bien hecho en un cuerpo organizado

vale más que la observación más atenta y mejor dirigida". Pero para poder experimentar en medicina es necesario conocer "el mecanismo de desarrollo" de las enfermedades y la medicina de observación (anatomoclínica) no lo conocía. Y el círculo se cierra porque para poder demostrar "la unidad de los fenómenos morbosos" se requería poder producir artificialmente algunas enfermedades. Sólo esta patología experimental podría permitir una comprensión realmente científica de la enfermedad. Esto fue obra —entre otros— de Claude Bernard, "gloria, no sólo de una nación, sino de la ciencia universal".

> Pero el mayor mérito de Claude Bernard —afirma el doctor García Medina— no es haber realizado los descubrimientos con que ha enriquecido la fisiología, la patología y la terapéutica; no lo es tampoco el haber demostrado en sus bellas lecciones de fisiología general que los fenómenos de síntesis y de destrucción son iguales en todos los seres vivos; y que, en resolución, la vida es una, tanto en el punto de vista de la estructura anatómica, como de las manifestaciones fisiológicas. Ese mérito está en haber fijado los principios de la experimentación aplicada al estudio de los seres vivos, así en el estado normal como en el patológico; fue haber establecido, con la teoría y con el ejemplo, el criterio experimental que debe presidir a las verdaderas aplicaciones de la fisiología a la medicina; en una palabra: haber inaugurado con su fecunda labor la era verdaderamente científica de los estudios médicos.

Luego de una interesante exposición sobre las toxinas y antitoxinas, y otros aspectos "técnicos", García Medina plantea el problema de la inexistencia de laboratorios en el país, razón por la cual todos esos logros de la medicina internacional que él reseña en su conferencia no pueden aprovecharse. La clínica colombiana en ese momento —1897— continúa siendo una clínica de observación, anatomoclínica. Se impone entonces, la necesidad de estudios prácticos de laboratorio. Recuerda que Pasteur afirmaba que "laboratorios y descubrimientos son correlativos". Conocía muy bien el autor de esta conferencia lo que estaba sucediendo en el terreno internacional, como seguramente lo conocían otros médicos, pero estaba consciente de las limitaciones infraestructurales que impedían que la medicina de laboratorio echara raíces. Conocía también las nuevas concepciones de la clínica que ya años antes había planteado Georges Dieulafoy (1839-1911) que superaban lo tradicional de la medicina hospitalaria[6].

Pero el asunto estriba también en el hecho de que algunos médicos no entendían muy bien el papel del laboratorio y se contentaban con los métodos tradicionales de la semiología clínica. Es lo que dice un médico de Buga, el doctor Cruz Pombo:

> Y sin embargo hay médicos que no dan importancia a los estudios de micrografía, de bacteriología, que ven con desdén y cierto desenfado las enseñanzas que da el microscopio como medio científico de investigación en medicina (...) Del hecho *raro* de que un Clínico experimentado, dotado de ojo avisado y solamente armado de su sagacidad, pueda *ver* y *diagnosticar* una enfermedad, no debe deducirse que los medios de exploración encaminados a formar el diagnóstico, fundados en la micrografía y la microbiología no tengan valor científico en los estudios clínicos (Cruz Pombo, 1909: 108)[7].

Otro médico que comenzó su trabajo profesional a finales del siglo pasado asevera que todos esos descubrimientos de la medicina de laboratorio servían para mantener la fe en el futuro de la medicina, pero "no me solucionaban un adarme los problemas que la patología tropical me iba presentando" (Laín Entralgo, 1982b: 88). El gran Edwin Klebs, decidido etiopatólogo, llegó a sostener que si no había infección no había, en rigor, enfermedad. En nuestro país advertía sobre estos excesos el doctor José María Lombana Barreneche, en su lección inaugural de clínica de patología interna (Lombana Barreneche, 1910: 495 y ss.). Afirmaba que se recurría al laboratorio con exageración y que ello conducía, muchas veces, a conclusiones erradas. A este respecto hacía una interesante anotación: en la bacteriología se pone a funcionar sólo un sentido, el de la vista, mientras que en la clínica se utilizan simultáneamente todos los sentidos, lo que permite el control de los unos sobre los otros y la obtención de "una deducción inteligente hecha con el concurso de distintas sensaciones que se ayudan, se explican y refuerzan recíprocamente". Exhorta a que, de todas maneras no se dejen de lado las ayudas de laboratorio, pero que se usen con cautela. La opinión de Lombana Barreneche es de tener en cuenta, por cuanto proviene de uno de los primeros médicos que se enrutaron por la vía de la fisiopatología, que entendía con claridad aspectos centrales del problema de la ciencia. Tal vez cuando se enfrentó, en 1918, como candidato del Partido Liberal, a Marco Fidel Suárez, uno de los campeones del anti-positivismo, tenía en mente algunas de estas cosas[8]. En un trabajo de investigación sobre una epidemia de fiebre tifoidea que se dio en la capital durante los años 1908-1909 y sobre el cual se volverá más adelante (Camacho, 1910: 194 y ss.), Martín Camacho advertía a sus colegas sobre la importancia de la bacteriología, sobre todo para el caso de la fiebre tifoidea pero al mismo tiempo les señalaba que los diagnósticos de laboratorio no tienen un valor matemático e indiscutible. Se da el caso, añadía, de individuos que han sufrido en alguna época de tifoidea, se han curado y, mucho tiempo después, al ser atacados por una gripa o por

"una simple febrícula de origen gástrico o catarral" presenten un serodiagnóstico positivo, sin que en realidad tengan la fiebre tifoidea[9].

La etiopatología, a pesar de estas discusiones, fue asimilada más rápidamente por la medicina colombiana que su compañera de ruta dentro de la medicina de laboratorio, la fisiopatología. Los conocimientos propiamente fisiopatológicos tardaron en penetrar, pero como preámbulo casi que necesario, podría decirse, entraron las ideas más generales que acompañaban esta concepción de la enfermedad y que estaban tan característica y brillantemente expresadas en Claude Bernard. Pero no hay que olvidar, al mismo tiempo, que la etiopatología le abrió el campo a la idea experimental. Así lo afirma Leriche con su agudeza acostumbrada:

> Lo que debemos subrayar es el trastorno provocado en la patología quirúrgica por el hecho microbiano, trastorno en la etiología de las enfermedades, no hay que decirlo, pero trastorno también en el modo de trabajar los cirujanos, porque fue la disciplina pasteuriana el vehículo de la idea experimental de Claude Bernard. Tengo la impresión de que si Pasteur no hubiese surgido, el método bernardiano hubiese durante mucho tiempo aún, permanecido confinado en los laboratorios de fisiología (...) La ley bacteriológica trastornó la patología quirúrgica como hizo en toda la patología (...) Pero sus éxitos la volvieron tiránica (Leriche, 1951: 29).

La fisiología exige el trabajo experimental en laboratorio con animales y, hasta donde es posible, con seres humanos. La fisiopatología exige la constitución de la fisiología, es decir, el conocimiento científico de los hechos funcionales del organismo, y a su vez, requiere una patología experimental o sea, la posibilidad de producir enfermedades artificialmente en el laboratorio, el hacerlas y rehacerlas (Leriche). Estas exigencias han hecho que su introducción en el quehacer médico sea lento, pues exige una infraestructura, un respaldo científico y una actitud mental mucho más complejos que las de la anatomoclínica.

Para nuestro caso, José María Lombana Barreneche es uno de los médicos que por los comienzos del siglo agita en sus cátedras el asunto de la fisiopatología. Uno de sus discípulos, por allá por los años veinte, cuenta que "sus concepciones fisiopatológicas eran, muchas veces, avances impresionantes, precogniciones sobre el futuro de la ciencia médica" (Campo Posada, 1982: 83-84). Se le acusaba de ser un bernardiano demasiado entusiasta. Lombana Barreneche pensaba que la única salida para la medicina de esa época estaba en encontrar la explicación fisiopatológica y patogénica de las enfermedades para poder resolver muchos de los problemas que tenía planteados, entre otros el de tener que recurrir a la cirugía. Uno de sus colegas más jóvenes, el profesor

Edmundo Rico, declaraba al asumir años después la cátedra de clínica médica en la Universidad Nacional, que Lombana Barreneche, "el genio médico más grande hasta la fecha habido en Colombia" era especialmente lúcido en la exposición de la fisiología de los procesos morbosos (Rico, 1937: 796). Y el propio Rico —profundo conocedor de la obra de Claude Bernard— afirmaba ya a mediados de la década de los treinta, recogiendo la herencia de su maestro Lombana Barreneche, que en medicina le atraía sobremanera, la síntesis patogénica porque consideraba:

> Que el análisis sistemático y unilateral de los solos síntomas, así sean subjetivos u objetivos conduce fatalmente al más estéril de los automatismos. Porque el automatismo cierra las puertas al raciocinio etiológico y, perdido este mordiente, intuitivo y deductivo del intelecto, la fisiopatología, base *sine qua non* de la clínica, deja de existir. Una clínica puramente semiológica puede ser una clínica con médula pero no con cerebro (Rico, 1937: 801).

En esta misma perspectiva fisiopatológica trabajó Alfonso Esguerra, sobre todo a partir de 1928 cuando sucedió al profesor Julio Aparicio en la cátedra de fisiología de la Universidad Nacional, en donde adelantó un sistemático trabajo experimental que lo consagró como uno de los pioneros de la endocrinología. Una de sus preocupaciones fue la de definir las constantes biológicas del ser humano colombiano, convencido como estaba de que las que aparecían en los manuales extranjeros correspondían a otras coordenadas geográficas, históricas y culturales (Pastor, 1982: 38-40).

Después de 1910, a pesar de las contradicciones, de los vacíos y de los silencios, ya se encuentran en los médicos colombianos otras ideas sobre la medicina, sobre la clínica, sobre las ayudas diagnósticas, etc., diferentes a las que había esbozado la mentalidad anatomoclínica tradicional. Estas últimas, de todas maneras, no se abandonan; pero aparecen como un momento dentro de otros que, incluso, se van tornando cada vez más importantes. La etiopatología —pese a las unilateralizaciones— y la fisiopatología —pese a sus dificultades conceptuales y de equipamiento— se abren paso. Poco a poco, ciertamente, pero los procesos de la medicina, como los del país en general, requerían su tiempo. Las posiciones epistemológicas también cambian, y una buena síntesis de ellas las tenemos en las palabras del doctor Gabriel Camero en el congreso médico de Medellín de 1913[10]:

> La aplicación simple de nuestros sentidos en la interpretación de los signos y de los síntomas es insuficiente para formar juicio seguro sobre las alteraciones de la salud; pues es entendido cuán diferente es el modo individual de

> interpretar las manifestaciones mediatas de un hecho y el error seguro cuando hechos semejantes son producidos por causas distintas o cuando una causa modificada en su acción produce hechos diferentes. Hay que auxiliar nuestros juicios con elementos mejor adaptados para discriminar los fenómenos indicadores de una alteración en los humores y en los órganos; hay que hallar el agente causal viciador o destructor de los cambios vitales; hay que buscar las vías por donde esos agentes dañinos han sorprendido las defensas naturales de la materia viviente; hay que encontrar el correctivo, en fin, que detenga y anonade la acción de esa fuerza aniquiladora (Camero, 1913: 530).

No deja de tener sus vacilaciones este profesor de anatomía patológica, pero como tendencia poco a poco dominante, expresa, sin embargo, los nuevos puntos de vista.

Los primeros laboratorios en Colombia

Cuenta el doctor Roberto Franco en carta enviada al profesor Laurentino Muñoz, y fechada en Nueva York el 3 de enero de 1957[11], que su estadía en París (1898-1904), en donde adelantó estudios en la Facultad de Medicina y en el Instituto Pasteur (con Roux, Metchnikoff, Laveran, Sergente y otros), su paso por el Hospital Sadiki en Túnez, y finalmente su breve permanencia en la London School of Tropical Medicine, lo fueron convenciendo cada vez más de la "trascendental importancia del Laboratorio para dilucidar no sólo el diagnóstico, sino también la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades que dominan nuestra Patología". Antes de regresar a Bogotá se trasladó a Buenos Aires como representante colombiano al Segundo Congreso Médico Latinoamericano, en donde conoció al veterinario francés Lignieres, quien realiza estudios experimentales en Argentina. De él recibió láminas microscópicas, además de haber podido seguirlo en algunas de sus observaciones. En 1904 estaba ya el doctor Franco en Bogotá y al comenzar el siguiente año solicitó la creación de una cátedra de clínica de enfermedades tropicales, solicitud que fue aceptada. Obviamente fue él su primer titular. Para poder adelantar la cátedra se requería evidentemente, el laboratorio y "no había hasta entonces ningún laboratorio en Bogotá que colaborara con los profesionales para resolver los problemas de la clínica"[12]. El profesor Franco, entonces, instaló en su consultorio sus elementos de laboratorio e interesó en este trabajo a Federico Lleras Acosta, quien trabajaba como veterinario y quien habría de distinguirse en las investigaciones sobre la lepra. Lleras Acosta fundó luego su propio laboratorio, famoso en Bogotá y en el país, y Roberto Franco convenció a don Santiago Samper

para que dotase un laboratorio en el Hospital San Juan de Dios, como en efecto lo hizo el conocido filántropo. Así nació el primer laboratorio más o menos bien dotado, el Laboratorio Santiago Samper. Allí trabajaron, bajo la dirección de Franco, Jorge Santamaría y Gabriel Toro Villa, los cuales se destacaron, junto con su maestro, en las investigaciones sobre la fiebre amarilla selvática y otras enfermedades tropicales (Gast Galvis, 1982[13]). Desde esta época comienzan a aparecer los laboratorios clínicos y de investigación en Bogotá y otras ciudades. Para la segunda década del presente siglo, Antioquia, por ejemplo, cuenta con el Laboratorio Químico Departamental de Antioquia y el Laboratorio Bacteriológico de Medellín, así como con el del Hospital San Vicente, fundado en 1913.

Mención especial merece la creación en 1917 del Laboratorio Samper Martínez, entidad privada fundada por los doctores Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría, ya nombrado por sus trabajos sobre la fiebre amarilla al lado de Roberto Franco. La orientación y la dotación iniciales del Samper Martínez lo convirtieron, en la práctica, en eslabón importante de la investigación médico-clínica y de salud pública en Colombia[14]. Por los años veinte era el encargado de producir la vacuna contra la fiebre paratifoidea, las vacunas antirrábicas y las autovacunas. Producía sueros inmunes y realizaba exámenes bacteriológicos y parasitológicos de aguas y leches. Desde 1925, y mediante disposiciones legales, el gobierno dio los pasos necesarios para la adquisición del laboratorio Samper Martínez, pues el laboratorio oficial de higiene, que se había pretendido crear por la Ley 46 del 31 de octubre de 1919, no logró consolidarse a diferencia del laboratorio privado de los doctores Samper y Martínez. Según la citada ley dicho laboratorio debía estar al servicio de la Dirección Nacional de Higiene. Para 1928 el Laboratorio Samper Martínez ya es una dependencia efectiva de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública y adquiere el nivel de Instituto. En efecto la Ley 27 de 1926 había establecido la organización del mismo dentro de esa Dirección, pero la Ley 100 de 1928 (noviembre 19) reglamenta en detalle su estructura, su personal, sus funciones y demás aspectos importantes, y deroga la Ley 46 de 1919 que había creado el Laboratorio Oficial de Higiene. El personal de base del instituto estará integrado por 64 funcionarios. Se establecen cuatro secciones, además de lo que podría llamarse el personal de dirección, administración y servicios generales: sección de bacteriología y microscopía, sección de química y toxicología, sección de vacuna y seroterapia y sección de epidemiología y demografía. La estructura es, pues, bastante actual. Se crea la carrera de higienistas y se plantea la asistencia de los funcionarios de salud, en los distintos niveles, a los cursos dictados por el instituto. Este deberá mantener, se expresa, la estructura comer-

cial que tenía en su época de entidad privada. Las funciones que se le atribuyen son las siguientes:

1. Hacer las investigaciones o estudios científicos sobre higiene pública y privada que le ordene la Dirección Nacional de ramo.
2. Practicar los análisis químicos, microscópicos o bacteriológicos que encomienda la Dirección General de Higiene.
3. Practicar las investigaciones necesarias para determinar la naturaleza de las epidemias o epizootias.
4. Preparar los sueros, vacunas y demás productos biológicos para combatir las enfermedades infecciosas.
5. Preparar sueros artificiales y demás productos biológicos y químicos que se usan para el tratamiento de las enfermedades infecciosas.
6. Preparar sueros antiofídicos, vacuna antirrábica y similares.
7. Resolver qué preparaciones o medicinas patentadas o no, pueden ser permitidas en el comercio del país, como medios curativos o profilácticos;
8. Establecer cursos prácticos de enseñanza en los diferentes ramos relacionados con la higiene, a fin de formar un personal idóneo en asuntos sanitarios.
9. Vigilar y reglamentar el comercio de productos biológicos de usos terapéuticos y profilácticos, como sueros, vacunas, etcétera.
10. Los demás trabajos que disponga la Dirección Nacional de Higiene.

En la ley que se reseña se establece que el sueldo del director científico del Instituto será pagado por la Fundación Rockefeller, muy seguramente dentro del convenio firmado entre dicha fundación y el Ministerio de Agricultura en 1920, del cual dependía en esa época la Dirección de Higiene, y prorrogado por cinco años más en 1926, para combatir la anemia tropical.

Desde entonces el Instituto Samper Martínez hará parte orgánica de todas las diversas dependencias que manejaron la política estatal en el campo de la salud hasta llegar a la creación del ministerio del ramo en 1946. Aquí también estará este instituto. En 1956 se ordena su fusión, junto con nueve entidades más, de las cuales sólo cuatro y el instituto se integrarán efectivamente en 1962; estas cuatro entidades fueron el Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay, el Laboratorio de B.C.G., el Laboratorio de Higiene Industrial y el Laboratorio de Control de Productos Farmacéuticos. La base de esta integración, que desemboca en nuestro actual Instituto de Salud, fue el Laboratorio Samper Martínez fundado en 1917.

La aparición y el desarrollo de los laboratorios permitieron, en primer lugar, la realización de un trabajo clínico más moderno (más orientado por las concepciones etiopatológicas y fisiopatológicas) y un mejor control de las enfermedades; en segundo lugar, la realización de trabajos originales de investigación de médicos colombianos sobre algunas enfermedades importantes dentro de la patología de nuestro país.

LA RENOVACION DE LA MEDICINA NORTEAMERICANA

La medicina de los Estados Unidos de Norteamérica sufrió durante el siglo XIX las influencias de las principales escuelas y mentalidades médicas de Europa. Por razones históricas y culturales pesó bastante la tradición inglesa, pero igualmente la alemana y la francesa encontraron eco en el país del Norte que ascendía vertiginosamente. Dos antecedentes importantes en la renovación de la medicina estadinense están dados por la creación de la Universidad Johns Hopkins, en 1876, y la fundación del Hospital Johns Hopkins y su Escuela de Medicina, entre 1889 y 1893. Algunas de las reformas que se propondrán más adelante tienen su origen en estos antecedentes. No estaba desenfocado, de ningún modo, el doctor Uribe Angel cuando hacia 1881 escribía que "en medio de ese movimiento efervescente y magnífico" de la idea médica, "principió a surgir con facciones colosales la escuela médica norteamericana, que tan alto y distinguido puesto va consiguiendo en el campo del saber" (Uribe Angel, s/f: 53).

Es claro que este movimiento renovador, que llevará a la medicina norteamericana a ocupar los primeros puestos en la medicina internacional, tiene que ver necesariamente con las transformaciones económicas, políticas y militares que le permiten a los Estados Unidos ubicarse en la avanzada de los países desarrollados, en todos los campos. Este hecho, a su vez, le va a permitir dominar e influir técnica y científicamente sobre el planeta, pero en particular sobre los países atrasados por el dominio colonial y neocolonial y que casi naturalmente quedaron bajo su esfera de influencia[15]. Pero no es sólo esto. La medicina sufre un cambio radical en la manera de concebirse y, sobre todo, en lo que a la educación médica se refiere. En 1908 las fundaciones Carnegie y Rockefeller subvencionan al destacado educador médico Abraham Flexner para que elabore un estudio sobre la educación médica en Norteamérica. Flexner visita las universidades estadinenses y canadienses y en 1910 aparece su primer informe que va a marcar toda una revolución. Hasta nuestro país llegan los ecos de aquel documento y, claro está, de las medidas que se toman para subsanar

las deficiencias señaladas por Flexner. En 1915 aparece en la *Revista Médica de Bogotá* un artículo de Burton Hendrick (Hendrick, 1915: 370 y ss.), en el cual se hace una precisa reseña sobre estos asuntos. Vale la pena pues, seguir ese artículo que seguramente debió suscitar no pocos interrogantes y discusiones dentro de los médicos nacionales.

Dice el autor que si hubiera escrito su artículo cinco años antes, en 1910, tendría que haber señalado las enormes fallas de la educación médica, pero ahora lo que se aprecia es un progreso extraordinario. Flexner había encontrado una enorme proliferación de escuelas de medicina: la mitad del total de las existentes en el mundo se encontraban en los Estados Unidos, en total 161. "Eran escuelas particulares, y su fin, tal como una tienda provinciana o un almacén de cualquier esquina, era simplemente lucrativo". Los requisitos de admisión eran mínimos, la mayoría de los profesores era *ad honorem*, sin vinculación efectiva a la docencia, y no estaban convenientemente dotadas ni mantenían relaciones orgánicas con los hospitales. Se salvaban de esta situación algunas escuelas como las de Johns Hopkins, Harvard, Pennsylvania, Columbia, la Jefferson de Philadelphia y la Rush de Chicago. Las críticas iniciales a este estado de cosas habían surgido de la Asociación Médica Americana desde 1905, no obstante que en ese momento sólo existían 58 escuelas. Para 1915 habían sido cerradas 61 de las 161 que encontró Flexner entre 1908 y 1909, y en algunas de éstas había intervenido la policía u otras autoridades estatales. Dentro de las cien que quedaban en el momento en que Hendrick escribe su artículo, sólo catorce son definitivamente malas, según la Asociación Médica Americana, 67 son excelentes y 19 requieren reformas.

Las reformas que se introdujeron a partir del *Informe Flexner* fueron las siguientes:

1. Requsitos de ingreso inflexibles: es necesario haber cursado cuatro años en una escuela superior (*college*), y tener conocimientos suficientes en física, química y biología, además de un idioma extranjero, preferiblemente francés o alemán. Se aprecia, pues, la tendencia hacia las ciencias básicas, tan importantes para la fisiología, la bioquímica, etcétera.
2. Se estableció que los estudios médicos debían durar cuatro años. Anteriormente en algunas escuelas sólo se cursaban dos años.
3. Se dividió la instrucción médica en dos parcelas: en primer lugar trabajos de laboratorio y clase, (básicas, como se llamarán después), y estudios clínicos, o sea trabajo en la cabecera del paciente. En la primera parcela se le

da mucha importancia al laboratorio y al trabajo personal, y en la segunda al hospital.

4. Introducción del profesorado de tiempo completo y de dedicación exclusiva, en básicas y en clínicas.
5. Preferiblemente cada escuela debe tener su propio hospital para poder ejercer un dominio completo sobre la enseñanza clínica. Los hospitales que dependen administrativamente de instancias diferentes a las universidades o escuelas, son generalmente conflictivos en relación con la preparación clínica de los estudiantes y con la labor docente.
6. Búsqueda de la excelencia en el *staff* del profesorado.
   A este respecto Johns Hopkins fue ejemplar[16].
7. La investigación, al igual que la enseñanza, hace parte de la función de una escuela de medicina.

El autor hace luego una breve revisión de las escuelas de posgrado que han surgido en algunas universidades como Harvard, dedicadas a la formación de especialistas en la salud publica y en enfermedades tropicales. Finalmente enumera algunos de los enormes logros médico-clínicos que han hecho posible la investigación, en especial la llevada a cabo en el Instituto Rockefeller, y los cuales están ligados al proceso de reforma de la enseñanza médica[17].

Inicialmente los logros de la medicina norteamericana parecen dejar perplejos a muchos médicos colombianos. Poco a poco las opciones se van aclarando y algunos empiezan a adherir a las nuevas orientaciones. Por eso no es de extrañar la afirmación del doctor Luis López de Mesa, quien había adelantado estudios de especialización en neuropsiquiatría en el Boston Psychopatic Hospital entre 1916 y 1917, de que con la primera guerra "los estudios médicos colombianos cambiaron la orientación francesa por la norteamericana, que a su vez había trocado el influjo de Inglaterra por el de Alemania, e iniciado entonces el extraordinario impulso nacional autónomo" (López de Mesa, 1966: 223). El cambio, sin embargo, no es tan súbito y se requiere para que se consolide todo un proceso que abarca varias décadas. Se dan hechos importantes en la salud pública (cooperación internacional), en las reformas a los planes de enseñanza, en la formación de médicos generales y especialistas en los Estados Unidos, etc. Algunos médicos se resisten al cambio y, por ejemplo, en la década de los treinta la polémica entre "franceses" y "norteamericanos" es abierta. Otros se sitúan a mitad del camino. Pero el desenlace es inevitable por múltiples razones, que van desde el enorme desarrollo —innegable— de la medicina estadinense hasta los problemas de relaciones internacionales en el contexto de

la dependencia. El proceso, de todas maneras, no es simple, requiere mucho estudio, pero hacia la década de los sesenta ya está cumplido. Restaba poner en marcha las correspondientes reformas.

Más atrás se ha señalado que por estos años de comienzos del presente siglo toman fuerza en el país las ideas de Claude Bernard sobre la medicina experimental y por su intermedio se va entronizando lentamente la concepción fisiopatológica de la enfermedad. La medicina norteamericana, por su parte, significa un desarrollo acentuado de las ideas de Claude Bernard, dentro de las cuales es central la conversión de la fisiopatología en la rama dominante del saber y del quehacer médico. No quiere esto decir que la medicina de Estados Unidos deje de lado otros aportes provenientes del siglo XIX: también asimila otros legados y los lleva a un plano nuevo de desarrollo. Tiene razón Leriche cuando afirma hacia mediados de este siglo:

> Lo que importa aquí, es que Claudio Bernard, al demostrar que la enfermedad es un hecho intrínseco cuyo determinismo está rigurosamente sometido a las leyes de la fisiología, ha fijado para siempre el método que permite estudiar científicamente el hecho médico. La enfermedad es una fisiología desviada.

Y añade lapidariamente:

> Todo el vuelo de la medicina contemporánea no es sino un largo bordado sobre ese tema bernardiano (Leriche, 1951: 38).

La medicina de los Estados Unidos hereda más de un postulado de la medicina experimental de Claude Bernard: importancia de las ciencias básicas, en especial de la fisiología, que a su vez se apoya en la física y en la química; clínica fundamentada en esas ciencias básicas y en el trabajo de laboratorio: el médico debe, ojalá, ser un científico; visión cuantitativa de la enfermedad (variación de grado, de intensidad de una función y, por tanto, medible), la cual se expresa en trazados gráficos, porcentajes, etc., es decir predominancia de la fisiopatología; intervención activa del médico (quimioterapia, cirugía, etc.) para cambiar el curso de la enfermedad: el médico no es un observador; rechazo a la "especulación" filosófica: atenerse a los hechos, dentro de la tradición positivista y neo-positivista; tendencia a la tecnologización y al especialismo. Es decir, que la medicina colombiana, impregnada de las ideas de Claude Bernard a comienzos de este siglo, recibe paralelamente la influencia de la norteamericana, a su vez heredera en varios sentidos de la medicina experimental. El proceso de definiciones y de filiaciones de cada una de estas medicinas es más complejo, pero si se atiene uno a las directrices fundamentales puede plantearse

en los términos en que se ha hecho. A lo que desplaza la medicina norteamericana en nuestro país es a una de las versiones de la medicina francesa, la mentalidad anatomoclínica con su forma característica de conceptualizar la enfermedad (lesión), de trabajar clínicamente (semiología tradicional y *ojo clínico*) y de concebir la figura y el papel del médico (humanista y profesional liberal). Otra de las versiones francesas, la de la medicina experimental, le sirve de puente, de abono, para realizar este desplazamiento que, de otra parte, se inscribe en los reacomodamientos ineludibles de la medicina internacional.

SALUD PUBLICA Y ALGUNAS ENFERMEDADES

En los primeros treinta años de este siglo la organización estatal de la salud pública, surgida en 1886, sufre algunos cambios. Por la Ley 33 de 1913 la Junta Central de Higiene se convierte en el Consejo Superior de Sanidad y pasa a depender del Ministerio de Gobierno. La anterior organización había sufrido una crisis a raíz, muy seguramente, de la Guerra de los Mil Días, crisis ésta que se prolongó hasta pasado el gobierno de Rafael Reyes[18]. En 1914 retorna la Junta Central de Higiene y se trata de dotarla de una estructura burocrática permanente (Ley 84 de 1914) sin resultados prácticos notables. En 1918 (Ley 32, de octubre 29) hay un nuevo cambio de denominación y de ministerio: aparece la Dirección Nacional de Higiene en el Ministerio de Agricultura y Comercio, con un director (Pablo García Medina), un subdirector (Manuel E. Lobo) y un secretario. Las disposiciones tomadas por el director no estaban sujetas a la aprobación de ninguna otra autoridad y tenían fuerza de ley. Se trataba, al parecer, de darle mayor dinamismo y capacidad de acción. Una comisión de la Academia Nacional de Medicina, compuesta por cuatro miembros (uno de ellos bacteriólogo) funcionaba como cuerpo de consulta y asesoría. El director, a su vez, nombraba los directores departamentales en los catorce departamentos existentes en ese entonces.

En el año de 1923 la Dirección Nacional de Higiene retorna, por la Ley 31 de ese año, al ahora llamado Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas, lo cual al menos nominalmente indica que la salud requiere un mayor espacio dentro de las políticas estatales. En el año de 1925 la Dirección de Higiene agregará a sus funciones la asistencia pública, precisamente en el momento en que se registran campañas contra el pian en el occidente del país, y contra una epidemia de fiebre amarilla en Santander.

También se desarrollan campañas contra la fiebre tifoidea, la disentería, la rabia, la viruela, la peste, la lepra, la tuberculosis, la tos ferina, las enfermedades venéreas, etc., y se toman medidas sobre la organización y la prestación de servicios en los hospitales, además de reglamentarse lo relativo a la policía sanitaria.

A partir de 1927 el Ministerio de Instrucción adopta el nombre de Ministerio de Educación, en el cual se reorganiza (Ley 1a. de 1931) el llamado ahora Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Este momento es importante por cuanto la reorganización dota a la instancia encargada de la salud pública en Colombia de una estructura administrativa y burocrática estable y amplia que la prepara para las futuras reacomodaciones de la década de los años treinta y para su conversión en ministerio en el año 1946.

Un informe presentado por el director de Higiene de Colombia a la VI Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en Montevideo en 1920, ilustra sobre las patologías más importantes existentes por estos años de comienzos del siglo (García Medina, 1922: 179 y ss.). La peste bubónica (o de Oriente) no se había presentado en el país, al menos hasta esa época. Por el año de 1914 se presentaron en la costa atlántica varios casos de una "enfermedad que tenía todos los caracteres de una neumonía pestosa". A pesar de las dudas clínicas, sin embargo, se declaró el estado de alerta anti-pestosa. El jefe del servicio de sanidad de la zona del Canal de Panamá declaró que se trataba de "una neumococcia de excepcional virulencia". Pero en dos meses ya la emergencia estaba superada. De todas formas la lucha contra los roedores portadores de la peste se mantuvo en los puertos, especialmente. El cólera, como ya se dijo, sólo una vez antes de 1920 había atacado al país, más concretamente a la costa atlántica en 1851. Pero su presencia en tanto amenaza —debido al contacto de nuestra economía importadora-exportadora con países afectados— siempre ha rondado nuestras fronteras y ha preocupado a los ciudadanos y a los responsables de la salud pública.

La viruela ha sido una de las enfermedades epidémicas más recurrentes, sobre todo en el siglo pasado. Por ejemplo, en 1883 se presentó una epidemia en la sabana de Bogotá, en forma hemorrágica, con una mortalidad del 33%. Se denunciaron, según estadísticas de la Dirección de Higiene, 25.000 casos. Desde finales de siglo se trató de impulsar la vacunación obligatoria, como ya lo habían pedido el doctor Nicolás Osorio y otros. En general, los médicos y la Academia Nacional de Medicina, clamaban por llevar adelante esta necesaria inoculación antivariolosa. Según García Medina, ya para los años veinte de este siglo el flagelo había perdido fuerza, gracias a la ampliación de la vacunación.

En el año 1919, por ejemplo, se habrían presentado en el país únicamente 1.300 casos de viruela, de los cuales sólo cuatro fueron mortales.

La producción de la vacuna era masiva: en 1920 se produjeron 1.100.000 dosis, cifra bastante elevada si se tiene en cuenta que para 1918 el país contaba con una población de 5.855.077 habitantes (Ocampo López, 1984: 275). El doctor García Medina da la cifra de 6.200.000 habitantes para el mismo año.

Al referirse a otras enfermedades infecciosas, nuestro informante dice que "en Colombia la patología es tan variada como sus climas". La malaria (paludismo) se da en todos los climas, con excepción de las tierras frías. En las regiones pantanosas adquiere caracteres dramáticos. Tomando la experiencia de Cuba y de Panamá, Colombia ha iniciado, en 1920, la lucha contra el mosquito, especialmente en los puertos. Con la futura explotación de "las ricas regiones petroleras" se acentuará la lucha antimalárica. Y esto sucedía no sólo con esta enfermedad, sino con muchas otras enfermedades tropicales. Los cada vez más importantes enclaves económicos norteamericanos en el país obligaron a las autoridades médicas y sanitarias de los Estados Unidos a trabajar en tres frentes: el primero, en la creación de escuelas de salud pública que diseñaran planes de higiene y campañas sanitarias y que estudiaran las patologías propias de los trópicos[19]; el segundo, en el envío de médicos a las zonas de su creciente influencia para asistir a los técnicos y funcionarios de sus compañías a investigar los problemas de salud típicos de ellas; y el tercero, en la "colaboración" con los gobiernos de los países periféricos para adelantar convenios sanitarios, etc. Todos estos mecanismos sirvieron, al mismo tiempo, para que nuestros médicos fueran asimilando las concepciones médicas que se iban desarrollando en los Estados Unidos. Con la colaboración sobre el terreno y con los cada vez más frecuentes viajes de médicos colombianos para adelantar estudios especializados en Norteamérica la influencia se fue solidificando.

Los gobernantes y las autoridades estadinenses eran conscientes del impacto económico que tenía sobre sus empresas la acción de las enfermedades. Algunos médicos colombianos también lo eran. Lombana Barreneche advertía sobre la necesidad de que los gobernantes tuvieran en cuenta el problema sanitario cuando concibieran sus planes de desarrollo. Concretamente se refería al asunto de la construcción de ferrocarriles en relación con la fiebre amarilla y el paludismo. Decía: "Los cálculos teóricos del aumento del comercio y del tráfico de esos ferrocarriles son ilusorios, mientras los gobiernos no dediquen su atención al saneamiento de esos lugares". Y advertía que los gastos efectuados en ese saneamiento se traducirían en mejores resultados económicos (Lombana Barreneche y Camacho, 1909: 33).

Dos casos bastante significativos en la colaboración colomboamericana son los de la fiebre amarilla y la anemia tropical. La fiebre amarilla tiene una larga historia[20] y ha sido una de las enfermedades más extendidas en los trópicos y que mayor resistencia han ofrecido al "hombre blanco" en su deseo por cumplir "uno de los más grandes movimientos de la historia: la apertura de los trópicos a la civilización". Sobre la presencia de esta enfermedad —que parece ser de origen americano— hay testimonios desde la Conquista. La primera epidemia en nuestro país sobre la que se tiene noticia sería la de 1494. Más recientemente se podrían citar las epidemias de 1830, 1857, 1885, 1900, 1915 y 1920, algunas localizadas en las costas y otras de mayor cubrimiento. La colaboración con los Estados Unidos para hacerle frente a esta enfermedad se inició en 1916, a través de la Fundación Rockefeller. Esta fundación venía adelantando una importante labor de investigación en diversos campos de la medicina, entre otros el de las enfermedades tropicales, que está en la base —junto con la reforma educativa de Flexner— de la renovación de la medicina norteamericana. La primera comisión que visitó al país estaba integrada por los doctores William C. Gorgas (presidente), Henry Carter, Juan Guiteras, Theodore C. Lister, Euge Whitmore y William D. Wrightson (secretario). La comisión se dividió, en compañía de médicos colombianos, para visitar las zonas más amenazadas: Muzo, Puerto Berrío, Bucaramanga, Cúcuta y, posteriormente, la Costa Atlántica. Las conclusiones a que llegó la comisión son varias, pero la más importante es la de que no existía en Colombia un foco endémico y que la fiebre llegaba de Panamá, vía la Costa Atlántica, o del Ecuador. Declaraban "libre" a Colombia de fiebre amarilla. En la década de los años treinta se inicia un nuevo período de colaboración, más estrecho y mejor financiado, para combatir lo que algunos médicos nacionales, a diferencia de los de la Rockefeller, consideraban "una hecatombe". Por esta época (1910-1930), los médicos colombianos, por su parte, intensifican sus investigaciones sobre esta enfermedad. Ya se habían ocupado de ella Luis Cuervo Márquez (Cuervo Márquez, 1891), Domingo Esguerra (Esguerra, 1872), Carlos Esguerra (Esguerra, 1889), Nicolás Osorio[21] y Proto Gómez (Osorio y Gómez, 1881: 88-91), entre otros. Pero indudablemente los trabajos más interesantes de este momento son los de Roberto Franco, Gabriel Toro Villa y Martínez Santamaría (Franco, 1907: 93-105; Toro Villa, 1913: 123; Franco, Toro Villa y Martínez Santamaría, 1911). Por estos años se estaba formando un médico que escribiría en la década de los años treinta otros estudios de interés y que contribuiría a la organización de algunas exitosas campañas de erradicación de la fiebre amarilla: Luis Patiño Camargo (Patiño Camargo, 1936). Según el doctor Jorge Bejarano, un colom-

biano —el doctor Roberto Franco— habría sugerido en 1910 la existencia de una especie de fiebre amarilla no transmitida por el *Aedes aeggipti*, que fue llamada la "fiebre amarilla selvática" y que asoló a la región de Muzo. En 1934 esta teoría se comprobó, por Sopper, en el Brasil, al estudiar una epidemia en donde no se encontró el clásico vector (Bejarano, 1964).

> El virus que está implicado (en ambas) es el mismo, pero la epidemiología de la fiebre amarilla de la selva es completamente diferente de la de la clásica enfermedad de los puertos tropicales. El virus abarca un ciclo que comprende los monos de la selva, los titís y los monos aulladores principalmente, y los mosquitos que se alimentan de animales que viven en la parte alta de la selva (MacFarlane Burnet y White, 1982: 308).

Franco se distinguió en el estudio de otras enfermedades como la anemia tropical y la uncinariasis.

En 1920 se firmó un convenio entre el Ministerio de Agricultura y Comercio de Colombia —del cual dependía la Dirección de Higiene— y la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller para luchar contra la anemia tropical, por cinco años[22]. En 1926 fue ampliado a cinco años más, y para ello se creó un Departamento de Uncinariasis dentro de la Dirección Nacional de Higiene, del cual saldría posteriormente la Sección de Epidemiología de la misma Dirección. La Dirección Técnica y la de tratamiento quedaban en manos de la Rockefeller, en tanto que la de saneamiento del suelo correspondía a nuestro gobierno. El aporte económico de la fundación debía ser pagado de la siguiente manera: al comenzar el segundo año de este plan cooperativo, el gobierno asumía la responsabilidad y reembolsaría el 20% de los gastos hechos a la International Health Board, en el tercero el 40%, en el cuarto el 60% y en el quinto el 80% de los gastos. En el marco de este convenio se realizaron 9.191 conferencias, se colocaron 6.938 letrinas, se inspeccionaron 19.360 viviendas, se efectuaron 65.483 exámenes microscópicos y se llevó a cabo un millón de tratamientos.

Otras enfermedades importantes para esta época fueron: la tuberculosis, sobre la cual se iniciaron campañas de educación y prevención, así como la construcción de pabellones especiales en los hospitales para los afectados de este mal, y la fiebre espiroquetal (fiebres recurrentes), que también tuvo una presencia significativa. Quedan otras patologías por señalar, pero por su importancia en trabajos de investigación y en discusiones médicas y de salud pública vale la pena citar la lepra, el tifo exantemático (fiebre petequial) y la fiebre tifoidea. La uncinariasis y las disenterías (amibianas y bacilares), de otra parte,

siempre han sido un problema mayor de salud pública, especialmente grave dentro de la población infantil.

La Ley 99 de diciembre 7 de 1922 plantea la obligación de denunciar ciertas enfermedades ante las autoridades sanitarias o ante los alcaldes y corregidores, para el caso de sitios en donde no existen estas autoridades[23]. Establece dos grupos de las enfermedades infectocontagiosas, para fines de su declaración: el primer grupo corresponde a las de declaración obligatoria: cólera asiática, cólera nostras, fiebre amarilla, tifo exantémico, fiebre tifoidea y paratifoidea, viruela, difteria, escarlatina, disenterías bacilar y amibiana, tuberculosis pulmonar y laríngea, neumonía infecciosa, meningitis cerebroespinal epidémica. Esta lista podía ser ampliada según concepto de la Dirección Nacional de Higiene, previa consulta con la Academia Nacional de Medicina. El segundo grupo corresponde a las enfermedades de declaración *potestativa*, cuya definición estará en manos de la Dirección Nacional de Higiene. En esa misma ley, además de otras disposiciones se establecía la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela en el primer año de edad, con revacunaciones a los once y a los veintiún años.

La lepra fue una de las enfermedades que más impacto social y cultural causó durante muchos siglos, y no sólo en Colombia. Su presencia o amenaza desataba una verdadera fantasmagoría. Para Jaime Mejía:

> [Es] el tema más escabroso, el capítulo más doloroso de la vida del médico de la provincia colombiana (...) Es que, adquirir la lepra, es como si dijéramos la maldición en tono mayor, el mayor mal que los dioses pueden dispararle a un ser, casi siempre al más sobrio, el más sumiso y servicial y cumplidor de las leyes naturales[24].

Los informes y las discusiones sobre la necesidad o no, de aislar a los afectados de este mal eran frecuentes. La mayoría de los médicos estaban convencidos del carácter contagioso de esta dolencia y propugnaban por medidas radicales de aislamiento. Por ello el problema de los lazaretos fue uno de los más debatidos a finales del siglo pasado y durante buena parte del presente. En 1891 el doctor Proto Gómez presentaba un amplio informe sobre este asunto de la construcción de lazaretos a la Junta Central de Higiene (Gómez, P., 1891: 303 y ss.). Empieza por hacer una crítica radical del lazareto de Agua de Dios y del de La Contratación (Santander)[25], debido a que quienes los construyeron no estaban animados sino por sentimientos caritativos, y desprovistos de conceptos técnico-médicos, es decir, se trataba de instituciones no medicalizadas: "estoy suficientemente autorizado para asegurar que en esta República no exis-

te ningún establecimiento destinado a los leprosos que pueda merecer el nombre de Lazareto y que todo está por crear". La enfermedad se extendía por todo el territorio, según el doctor Gómez, y afirmaba que en ese momento (1891) la población de elefancíacos alcanzaba la cifra de 20.000, dentro de una población de sólo cuatro millones, según datos suministrados por el doctor J. Davis Herrera. Santander era uno de los departamentos más afectados. Unos años después, en 1903, el doctor José María Lombana Barreneche era más alarmista en lo que a la extensión de la lepra se refiere. Afirmaba que si el manejo de la lepra continuaba en manos de personas caritativas, "cuando menos se piense Colombia será una inmensa leprosería. Entonces el problema será a la inversa, es decir, se tratará de buscar un lugar convenientemente aislado y en buenas condiciones higiénicas para que en él se asilen los sanos" (Lombana Barreneche, 1903: 867). Seis años después este mismo autor matizaba un poco sus alarmantes expectativas y se refería con mayor prudencia a las estadísticas[26]. Lo que parece ser cierto es que la alarma fue gigantesca y las cifras se inflaron desmedidamente. El impacto de la enfermedad era enorme —y lo sigue siendo— aun en los mismos médicos. En el informe del doctor García Medina (1920), citado varias veces, se afirma con base en una estadística elaborada entre 1905 y 1907, y rectificada entre 1913 y 1915, que el número de leprosos era de 6.560, en lugar de los 20.000 de que se hablaba antes. El 80% de estos enfermos estaría ya aislado en lazaretos, lo cual es, ciertamente, dudoso. Lombana Barreneche apoyaba la propuesta hecha por el doctor Proto Gómez en 1891, sobre el establecimiento de una colonia de leprosos con carácter nacional, que le permitiera a los afectados de elefancía tener sus propios cultivos y artesanías, darse su propia organización, etc., llegar a ser casi autosuficientes y de paso, impedir que esos enfermos contagiaran a los otros. Y no debía, claro está, ser un asilo fundamentado en concepción caritativa, sino que debería fundarse en criterios médicos y sociales. En este sentido se oponía claramente al decreto del 6 de abril de 1903 (No. 419) que ordenaba la creación de lazaretos en cada uno de los departamentos[27].

El informe de Proto Gómez es interesante por diversas razones. Señala el autor que "el mal bíblico de Lázaro hoy es incurable", y que la ciencia reconoce como "únicas causas de producción y propagación de la lepra [al] contagio y la herencia: (...) el hijo del leproso será leproso". Con el avance del mal el hombre, *ser activo* pierde la capacidad de fecundar y la unión entre leprosos, afortunadamente, resulta estéril. Si una de las personas está sana la fecundación tiene lugar. Ahora bien, la única forma de limitar el avance social de la

lepra, como se ha demostrado en Europa, es la del aislamiento riguroso. Y para ello se necesita ubicar un sitio que llene las siguientes condiciones:

1o. Que tenga una situación topográfica que impida siempre, ahora o dentro de un siglo, la entrada a las personas sanas y la salida a las enfermas.
2o. Que tenga agua en abundancia para los baños, el lavado de las ropas y para la alimentación.
3o. Que esté alejado de los ríos y riachuelos en cuyas riberas haya o pueda haber poblaciones, con el fin de que las aguas sucias que salgan del lazareto, cargadas del microbio de la lepra, no vayan a contaminarlas y a ser un medio de propagación de la lepra.
4o. Que esté alejado de los caminos y de las poblaciones por pequeñas que sean.
5o. Que tenga vías fáciles y baratas para el acarreo de los alimentos, vestidos y demás cosas necesarias para la vida.
6o. Que al mismo tiempo esté cerca de los lugares en que se produzcan alimentos vegetales en abundancia para obtenerlos frescos y baratos.
7o. En donde se puedan hacer construcciones rápidamente, baratas y de duración; y
8o. Que sea un clima sano, salubre, sin pantanos que produzcan fiebres, etc. (Gómez, P., 1891: 308-309).

El autor del estudio comentado se refiere a un informe presentado a la gobernación de Antioquia por parte de un grupo de médicos, y publicado en los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, en donde se recomienda fundar un lazareto departamental en el sitio de San Nicolás de Quebradaseca, arguyendo que "no está resuelto todavía, si la lepra es o no de origen parasitario" y la tesis de que las aguas de algunos ríos se purifican espontáneamente. Proto Gómez, de su parte, se declara convencido de la *naturaleza microbiana de la lepra*, y en cuanto a lo de los ríos se inclina, por *prudencia*, hacia el lado de los que consideran posible el contagio hídrico. El mejor lugar, por lo tanto, es una isla, el único que permite el aislamiento efectivo[28]. La isla escogida por nuestro informante es la de Coiba, situada al sur de Panamá, y que reunía, según él, las condiciones planteadas más atrás. Propone construir unos *hoteles-lazaretos* para los enfermos "que reciben todo del Gobierno y de la caridad pública, [y unas] casas más o menos espaciosas para los enfermos acomodados que deseen llevar una vida diferente a la que están sometidos los demás leprosos". Finalmente el doctor Gómez hace una descripción de las construcciones, con todos los servicios necesarios (capilla, escuelas, lavaderos, talleres, baños, etc.) y acompaña esta descripción de un plano. Para los hoteles-lazaretos recomienda el sistema

de pabellones —originario del hospital del siglo XIX— e incluso llega a recomendar el material en que deben construirse básicamente los edificios: el hierro.

Ya desde la fundación de la Academia de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, en 1873, la lepra había venido sometiéndose a un examen científico por parte de esta academia o de las universidades y, claro está, de algunos médicos con espíritu investigador. En 1910 precisamente, apareció una obra que marcó época y que aún espera su crítica histórica. Se trata de *Contribución al estudio de la lepra* de Juan Bautista Montoya y Flórez (Montoya y Flórez, 1910), obra que en palabras de Humberto Rosselli "bien valía la pena de una segunda edición"[29]. Recién aparecido este libro, el doctor Alfonso Castro, discípulo del autor y pionero de la cirugía infantil en Colombia, lo recibió con un elogioso artículo (Castro, 1910: 227 y ss.) en donde afirma que con este trabajo se demuestra "que es factible la creación de obras criollas con sello de fuerte originalidad, en las cuales se planteen los problemas patológicos e higiénicos propios de esta zona tórrida". El trabajo está realizado con base en investigaciones clínicas, "de las que no se aprenden en los libros sino en la cama del paciente", estadísticas —a las cuales era muy aficionado Montoya y Flórez— de laboratorio, epidemiológicas, bibliográficas, etc. Al decir de Bonilla Naar, el trabajo sería tan valioso que hay autores que dividen el estudio de la lepra "en pre y post-Montoya". Un dermatólogo y un clínico de fama mundial, Ehlers-Danlos y Dieulafoy, habrían elogiado la publicación de Montoya, en la cual se afirmaba el carácter contagioso de la enfermedad (Bonilla Naar, 1954: 79). Algunos años después las investigaciones sobre la lepra de otro colombiano dedicado a los trabajos de laboratorio, el doctor Federico Lleras Acosta, también recibirían los elogios de otro sabio europeo, el célebre dermatólogo francés Raymond Sabouraud.

Montoya y Flórez fue además un connotado cirujano, educador de una brillante promoción de cirujanos antioqueños dentro de los cuales se cuentan el ya citado Alfonso Castro y Gil J. Gil. Eran famosas las estadísticas quirúrgicas que llevaba Montoya y que luego continuarían llevando sus discípulos, las cuales, entre otras cosas, permitieron establecer récords. Por ejemplo, Montoya y Flórez practicó 278 intervenciones quirúrgicas entre 1903 y 1912, en las cuales tuvo 18 muertes. Un récord importante para esa época. Y su discípulo Gil J. Gil, a quien llamaron "el bisturí de oro", llegó a realizar durante su vida profesional la increíble cifra de 10.000 operaciones, con muy buenos resultados según se ha dicho[30]. Montoya y Flórez fue jefe de los servicios científicos de los lazaretos.

Uno de los debates más interesantes que se presentó a comienzos de siglo entre algunos médicos colombianos fue el relacionado con el tifo exantemático y la fiebre tifoidea, enfermedades éstas que se presentaban epidémicamente en Bogotá y en otras regiones del país. Se dieron dos escuelas a este respecto: la dualista, que planteaba que estas dos enfermedades eran diferentes, a pesar de su sintomatología más o menos similar y que ambas se presentaban regularmente, y la escuela unitarista, que afirmaba que lo que se catalogaba como tifo exantemático no era otra cosa que una forma hipertóxica "ataxodinámica del tifo abdominal". Dentro de la primera de estas posiciones, la minoritaria, se contaban las del profesor Carlos Esguerra y el doctor Luis Patiño Camargo, quien habría de dirimir el asunto sin que fuesen aceptadas sus tesis de manera definitiva. Dentro de la segunda militaba la figura central de José María Lombana Barreneche y algunos de sus discípulos, como Edmundo Rico, quien sostendría la posición de su maestro años después de los concluyentes trabajos de Patiño Camargo. La sintomatología de estas dos enfermedades es en efecto bastante parecida. Estas dos afecciones infecciosas agudas presentan algunos síntomas comunes como fiebre elevada, cefaleas, erupciones[31], y sopor (*typhus* en griego).

Existe un trabajo de Martín Camacho, ya citado, sobre la epidemia de fiebre tifoidea que azotó a Bogotá de 1908 a 1909. Durante dicha epidemia su autor efectuó una investigación en la cárcel de Paiba, que reseña con detalle en su trabajo (Camacho, 1910: 194 y ss.). Camacho insiste sobre el interés vital que tiene el saber distinguir estas dos afecciones para el país y para el campo internacional. En el diagnóstico diferencial el autor del trabajo propone —los nuevos aires que soplan— el recurso al laboratorio, concretamente a la reacción seroaglutinante de Widal, y no quedarse en el simple examen clínico, y esto no porque los nuevos médicos tengan dotes superiores a las de sus maestros. En su investigación Camacho utilizó la vía del laboratorio: encontró que la mayoría de los serodiagnósticos (de Widal) eran positivos en lo que a la fiebre tifoidea se refiere: "Por los resultados que acabamos de apuntar, pudimos concluir que la pretendida epidemia de tifo de la Cárcel de Paiba no era otra cosa que una epidemia local de fiebre tifoidea". Advierte sobre el hecho importante del polimorfismo de la fiebre tifoidea, que se origina en los diversos grados de virulencia del bacilo tífico que influyen en la aparición de diferentes cuadros clínicos. Esto es lo que no se tiene en cuenta en Bogotá y que hace que formas de fiebre tifoidea se tomen por tifo exantemático: "Aquí tenemos la tendencia a no diagnosticar las enfermedades sino cuando llenan los cuadros clásicos descritos en los libros y de ahí tantos errores lamentables"[32]. El problema, a pesar de las confusiones que aún reinaban en aquella época por cuanto

no se habían dilucidado plenamente algunos puntos referentes a los agentes de éstas y otras enfermedades, así como lo relacionado con mayores precisiones clínicas, no dejaba de ser interesante. La cuestión tenía evidentes consecuencias prácticas: las epidemias se sucedían con frecuencia y con un alto costo en vidas humanas; por ejemplo, una supuesta epidemia de fiebre tifoidea había dejado durante la Guerra de los Mil Días un total de 380 muertos. El doctor Lombana Barreneche colocaba a esta enfermedad en el primer puesto de las enfermedades infecciosas. Afirmaba, eso sí, la necesidad de dotar a las poblaciones de agua potable y de mejores condiciones higiénicas para luchar contra ella. Camacho aceptaba la presencia de casos de tifo exantemático, pero como diferentes a los causados por la epidemia de 1908-1909 que para él fue de fiebre tifoidea. En 1908 se habrían presentado cuatro casos, tres de ellos mortales y en 1909, siete casos, tres de ellos letales. La fiebre tifoidea, por el contrario, y con base en una estadística que podía ser defectuosa, presentó 94 casos, entre abril de 1908 y abril de 1909. Lamenta, sin embargo que los diagnósticos de tifo que los clínicos hicieron no fuesen acompañados de datos de laboratorio:

> No queremos con estas consideraciones negar la existencia de casos auténticos de tifo, pero sí es más lógico en medio de una epidemia de fiebre tifoidea análoga a la que venimos estudiando pensar en formas graves de virulencia exagerada, presentando el cuadro clínico del tifo (y cuyos límites son difíciles de separar sin la ayuda de la sero-reacción y de las lesiones macroscópicas de los órganos examinados en la autopsia, y que explican perentoriamente que pueden tomarse por casos de tifo exantemático, casos de fiebre tifoidea.

Ya en 1877 el varias veces citado Nicolás Osorio había intentado establecer diferencias entre la fiebre tifoidea y el *tifus fever*, utilizando para ello un método de avanzada en ese entonces, los trazados termométricos. Pero hacia 1917 un practicante de la Clínica de Marly, que habría de destacarse dentro de la medicina colombiana, se dedicó a estudiar el problema de la fiebre tifoidea y el tifo (o fiebre petequial). Se llamaba Luis Patiño Camargo y su tutor era el adalid de la escuela dualista: Carlos Esguerra (Groot, 1985: 31 y ss.). Patiño Camargo, quien también se desempeñaba en la Clínica General del Hospital San Juan de Dios, trabajó durante un lustro con enfermos y con animales de laboratorio y demostró la presencia del tan negado tifo exantemático en Bogotá. El asunto tenía —como lo señaló Hernando Groot— consecuencias no sólo académicas sino también profilácticas y terapéuticas de primer orden.

> La obra de Patiño sobre el tifo, que constituyó su Tesis de Grado publicada en 1922, no ha perdido vigencia; más aún, hoy día sigue siendo el tratamiento más importante y completo que sobre la materia se ha escrito en Colombia.

Patiño Camargo también se dedicó, con éxito, al estudio de la bartoneliasis (enfermedad de Carrión), en particular durante la época de la guerra con el Perú, en la cual fue médico-jefe con el grado de coronel.

Quince años después del trabajo de Patiño Camargo, el profesor Edmundo Rico, uno de los notables discípulos de Lombana Barreneche, continuaba defendiendo las tesis unitaristas de su maestro. Rico afirmaba que el gran clínico samario se había adelantado a Nicolle[33] en relación con el transformismo de las enfermedades infecciosas: "La doctrina de que el tifus exantemático es apenas una brutal septicemia eberthiana" (Rico, 1937: 794 y ss.). El colibacilo —según Rico— que estaría presente siempre en nuestro intestino se transformaría en bacilo de Eberth, exaltando su virulencia, y produciría la "enterisis" conocida con el nombre de fiebre tifoidea, o dotienenteria de Trousseau. Como este microorganismo vive en el intestino allí se localiza el combate y se afectan diversos órganos de esta región del cuerpo, como el hígado, dándose "una simple guerra departamental dentro de la república del individuo". Pero cuando el intestino está maltrecho por anteriores problemas o por decaimiento nervioso, el ex-colibacilo se torna en bacilo tífico:

> Penetra triunfador en el torrente circulatorio e invade brutalmente cuantos órganos encuentra a su paso. Aquello es la hecatombe. Es la septicemia eberthiana; que admirada con no hallar fortalezas de defensa local, se transforma en un momento en el apodado tifo exantemático.

Para Rico, pues, esta última enfermedad no es otra cosa que una derivación, una transformación de la tifoidea. El autor expresa la misma actitud relativista frente a la bacteriología que también manifestaba Lombana Barreneche, como se vio más atrás[34]. Nuestro autor muestra también sus dudas sobre si la *rickettsia prowazeki*, señalada por Ricketts y Rosa Lima como causante de la septicemia exantemática, y puesta en relieve "en el sesudo trabajo sobre 'La fiebre petequial de Tobia' por Patiño Camargo, sea el factor etiológico fundamental. ¿No podría ser tan sólo un eslabón morfológico y biológicamente evolucionado y exaltado del bacilo de Eberth?". Esto estaría más de acuerdo con las concepciones lamarckianas de su maestro Lombana Barreneche. De todas maneras, poco se sabe con certeza sobre el tifo exantemático y otras enfermedades y es que "la medicina avanza pero nunca llega", aun cuando también es cierto que "la medicina llega aun cuando avance lentamente".

ESPECIALISTAS Y CIRUJANOS

Las especialidades comenzaron a desarrollarse en las primeras décadas del presente siglo. Es cierto que desde la centuria pasada se habían definido incipientemente algunos campos como la cirugía, la obstetricia y la pediatría, la oftalmología, la psiquiatría y lo que podríamos llamar la medicina interna. Pero es sólo en el siglo XX cuando el proceso de especialización adquiere toda su dimensión. No es ajena a este proceso la fuerte corriente hacia la especialización que se da en la medicina norteamericana y mundial, sobre la base de la conquista de nuevos campos del saber biomédico, de la introducción de nuevas tecnologías o, simplemente, de la creación de nuevas concepciones sobre el ser humano (reivindicación de la especificidad de ciertas etapas de la vida humana, como la vejez, por ejemplo, que da origen a la geriatría) que exigen y posibilitan una práctica y unos saberes especializados. El doctor José Félix Patiño ubica esta definición de las especialidades hacia la década de los años treinta y señala además, que desde este momento la medicina va perdiendo su carácter de arte y se va tornando cada vez más científica[35]. Pero lo cierto es que la definición final de este proceso en Colombia se ubica un tanto más tarde, hacia los años sesenta, con el establecimiento y la reglamentación de las residencias y la creación de asociaciones de especialistas. De todas formas ya a comienzos de este siglo muchos médicos colombianos habían realizado estudios de especialización y otros, en la práctica, se habían definido por campos particulares del saber médico. Algunos nombres importantes —no todos, claro está— de la primera mitad del siglo ilustran este tópico: Miguel Jiménez López, Maximiliano Rueda y Edmundo Rico en psiquiatría, Carlos Trujillo y Alfonso Uribe en medicina interna; Gonzalo Esguerra, pionero de la radiología; Héctor Pedraza, Rafael Barberi (fundador del Hospital de La Misericordia) y Calixto Torres Umaña en pediatría. Este último dejó una considerable obra especializada[36]. Rafael Ucrós en ginecología, Ramón Atalaya en cardiología, Miguel Antonio Rueda en urología y José Pablo Leyva en cirugía pulmonar. La mayoría de estos médicos ya ha fallecido. En lo que respecta a la cirugía vale la pena reseñar un acontecimiento de comienzos de este siglo que va a ser definitivo en el desarrollo posterior de esta especialidad[37]. En el año 1902 se reunieron diez médicos en la capital de la República, y decidieron constituir la Sociedad de Cirugía de Bogotá, con el objeto de hacer avanzar esta disciplina en Colombia. Estos diez médicos fueron Diego Sánchez, Eliseo Montaña, Guillermo Gómez, Hipólito Machado, Isaac Rodríguez, Juan E. Manrique, José María Montoya, Julio Z. Torres, Nicolás Buendía y Zoilo Cuéllar Durán. Instalaron una peque-

ña sala de cirugía en "El Campito de San José", un orfanato regido por las Hermanas de la Presentación —situado arriba del barrio de las Aguas— y que luego habría de convertirse en clínica psiquiátrica. Se propusieron la posterior creación de un hospital como los que "existen en Londres, edificados y sostenidos con donaciones particulares, y especialmente dedicados a la cirugía". Esta iniciativa despertó polémicas dentro de los médicos, pues algunos consideraban que lo importante era reforzar el Hospital San Juan de Dios y no dispersar esfuerzos en nuevas instituciones hospitalarias que la ciudad no requería. Así pensaba, por ejemplo, José María Lombana Barreneche. Sin embargo, la iniciativa se desarrolló y algunos años después, en 1925, se inauguró el nuevo hospital, ubicado en lo que hoy se conoce como la Plaza España, y se le llamó Hospital San José. Su arquitecto fue el italiano Pietro Cantini, también constructor del Teatro Colón. Desde 1924 las cirugías realizadas por los miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá se trasladaron al Hospital San José, mejor dotado que El Campito. Allí se sistematizaron diversos procedimientos operatorios y se naturalizaron las grandes conquistas de la cirugía del siglo XIX: anestesia, hemostasia, asepsia y antisepsia. Paralelamente a la labor de la Sociedad de Cirugía, en el Hospital San Juan de Dios trabajaban otros cirujanos que también hicieron su aporte en el sentido anteriormente señalado. Allí, precisamente, se disputaron la preeminencia en el terreno de la cirugía dos tendencias: la de Pompilio Martínez, quien practicaba una cirugía rápida, sin muchas contemplaciones ni cuidados, partiendo del planteamiento de que hay que actuar en el menor tiempo posible y con mucha pericia para no prolongar el acto quirúrgico más de la cuenta, y la de Juan N. Corpas —destacado no sólo en cirugía sino en muchos otros campos de la medicina y de la vida pública— meticulosa, rigurosísima en medidas de asepsia y de hemostasia, sin prisa y en quien, según uno de nuestros historiadores de la cirugía "no se sabía qué admirar más, si la sincronización de los movimientos o la limpieza". Corpas solía decir: "La cirugía tiene que ser limpia; no tiene por qué verse sangre" (Andrade Valderrama, 1985).

Hacia la decada de los años treinta

Los años que anteceden a la caída de la hegemonía conservadora, en el poder desde 1880, son ricos en conflictos sociales y en cambios, que se dan en diversas direcciones. El gobierno de Pedro Nel Ospina (1922-1926) propicia algunos de estos cambios, mientras que el de Miguel Abadía Méndez (1926-1930) precipita algunos de esos conflictos, como fue el caso de la masacre de las

bananeras. Las nuevas clases se fortalecen y pugnan por expresarse desde la sociedad política, es decir, desde el Estado propiamente dicho (como lo hará la nueva burguesía industrial y financiera, representada en el Partido Liberal), o al menos desde la sociedad civil (como lo hará la clase obrera y el campesinado desde los sindicatos, las ligas agrarias y sus propios medios de comunicación). El Partido Liberal accede al poder con el parsimonioso y recatado Enrique Olaya Herrera, quien empieza a preparar el terreno para los cambios reformistas, y un poco más profundos, de Alfonso López Pumarejo y su "Revolución en Marcha". La medicina colombiana, por su parte, ha comenzado a virar hacia los Estados Unidos, pero no se decide a abandonar su muy cara tradición francesa. Sin embargo, la década de los años veinte es rica en discusiones alrededor del problema de la enseñanza médica y, en general, de la universidad. No es ajena a estas discusiones la marcada renovación que con posterioridad a 1910 sufre la medicina norteamericana a raíz de los informes de Abraham Flexner, así como tampoco lo es la creciente influencia de los Estados Unidos en la salud pública del país y en todos los órdenes de nuestra vida social y económica. Estas discusiones se van a acentuar en los años treinta para constituir uno de los hechos más importantes de la historia médica de ese entonces.

Uno de los aspectos debatidos en cuanto al problema universitario era el de si la universidad debería ser laica o no. Durante los gobiernos de la Regeneración, y especialmente a raíz del Concordato, se intentó con resultado desigual introducir el confesionalismo en la universidad. Los médicos sufrieron estos intentos. En 1902, el 23 de junio, durante el gobierno de Marroquín, el ministro de Instrucción Pública citó a los profesores de la Facultad de Medicina en su despacho para notificarles que por orden emanada de Roma los profesores de todos los países católicos debían hacer profesión de esta fe, o de lo contrario abandonar sus cargos. Algunos se negaron tácitamente a ello, y otros, como Juan David Herrera, Eduardo Herrera, Luis Zea Uribe y José María Lombana Barreneche, lo hicieron explícitamente y por escrito (Forero Caballero, 1983: 63). Por ello en la exposición de motivos de un proyecto de ley orgánica de la Universidad Nacional presentado en 1919 por Eugenio Gómez, éste se declaraba:

> Decidido partidario de la escuela laica que deja plena libertad a la conciencia individual para orientar sus creencias como lo dicen los complejos factores que las determinen [pero] no veo por el momento posibilidad de implantar entre nosotros ese sistema en boga hoy en todos los países democráticos civilizados (Gómez, E., 1919: 13).

No era para menos: gobernaba en ese entonces un campeón del confesionalismo, don Marco Fidel Suárez. En cuanto al tipo de universidad el autor del proyecto decía:

> [Del modelo] inglés podemos tomar la autonomía general, la división en colegios y el carácter práctico de los estudios; del francés poco en verdad, no obstante la semejanza de raza; y del alemán, su sabia organización independiente y la formación del profesorado con la docencia libre que también correspondía al inglés.

Interesa resaltar el abandono del modelo francés. En cuanto a las escuelas se proponía la inclusión, además de las ya tradicionales (ingeniería, medicina, jurisprudencia, filosofía), las de pedagogía, ciencias económicas y comercio, odontología y agronomía y veterinaria. Todas estas propuestas habrían de concretarse en las reformas educativas de López Pumarejo.

En 1925 cuando era ministro de Instrucción Juan N. Corpas, se dio un paso intermedio para concebir la Universidad Nacional como una institución autónoma e integrada.

NOTAS

1. Jesús Bejarano señala que "corresponderá al gobierno de Reyes, iniciado en 1904, la tarea de reconstruir el país en el orden económico y especialmente en el terreno monetario (...)". Y luego afirma: "Por un corto tiempo, pero el suficiente para adquirir un dinamismo propio, la industria pudo desarrollarse ampliamente en casi todas las regiones del país al amparo de este tipo de protección. Con el impulso dado a las obras públicas, con la obtención de recursos de deuda externa y con el estímulo a la industria que perduraría en sus características básicas hasta la década de los veinte, se operó un acentuado cambio en la atmósfera del país, poniéndose en un plano distinto la pugna política y suscitándose, a cambio, el interés por el progreso económico. Como señala Ospina Vásquez, en cierto sentido se había invertido la fórmula de los radicales: no se trataba de que la libertad nos trajera el progreso, sino más bien que el progreso nos trajera la libertad, y era ésta más o menos la concepción que subyacía en el programa económico de la administración Reyes" (Bejarano, 1980: 19, 21 y 22). Darío Mesa, en un estudio sobre las primeras décadas de este siglo ubica los comienzos del Estado moderno en Colombia, en la época de Reyes (Mesa, 1980: 83 y ss).
2. Así las denomina Ocampo López (1984: 262).
3. "El grupo de empresarios agrupado por el general Reyes se había convertido en una clase y empezaba a hablar con lenguaje propio sobre el Estado que quería" (Darío Mesa, 1988a: 112).
4. El general Uribe afirmaba: "Somos modestos y prudentes como la ciencia. Sabemos que no hay dogmas en política; sólo hay verdades experimentales que acostumbramos a decorar con el nombre de *principios* (...) Adoptamos en política el método experimental y evolutivo". Y Baldomero Sanín Cano, quien conocía bien el positivismo y había incluso escrito sobre Taine, llamaba a luchar contra aquel prurito de razonar en el vacío sobre principios abstractos. Quería que se razonara sobre los hechos (citado en Mesa, 1980a: 163 y 106).
5. "Hábil para destruir, fue incapaz de fundar, y su sistema pereció con él. Si algo benéfico pudo hacer, fue demoler una medicina estacionaria, preparando así el campo para la evolución moderna" (García Medina, 1897: 219-220).

6. "Clínica —decía Dieulafoy— es lo que hacemos todos los días cuando practicamos el examen de la sangre, de la orina, de los humores y cuando ponemos al servicio del diagnóstico el termómetro, el microscopio, el laringoscopio, el oftalmoscopio y otros medios de contraprueba y análisis (...) cuando para fijar el diagnóstico recurrimos a las investigaciones bacteriológicas y a las experimentales (...) es imposible ser un clínico en el verdadero sentido de la palabra, no haciendo marchar a la par el estudio del enfermo y los trabajos de laboratorio" (citado en Laín Entralgo, 1972, T. IV: 46).
7. El doctor Martín Camacho decía, en 1910, que "es una verdadera lástima que los profesores de los servicios clínicos, así como los médicos en su clientela civil, no se hayan empapado del interés que tiene para Bogotá el esclarecer el punto que venimos tratando, o que miren con cierto desdén la aplicación de estos nuevos métodos de investigación clínica". El punto se relaciona con el diagnóstico de la fiebre tifoidea por la reacción de Vidal y los nuevos métodos son los bacteriológicos (Camacho, 1910: 199).
8. *Véase* por ejemplo, la conferencia pronunciada por Suárez en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Suárez, 1958, T. I: 1315 y ss.).
9. Cita a Ferdinand Widal (1862-1929), creador del método de seroaglutinación en el diagnóstico precoz de la fiebre tifoidea, quien advierte: "1. La aglutinación obtenida con el suero, de un enfermo que nunca haya tenido la dotienentería, debe considerarse como un *signo cierto* de fiebre tifoidea. 2. Un resultado negativo, obtenido con el suero de un enfermo sospechoso, da una *probabilidad* contra el diagnóstico de fiebre tifoidea, pero no es sino una mera probabilidad, sobre todo si la búsqueda se ha practicado en los primeros días de la enfermedad el examen debe repetirse los días siguientes" (Camacho, 1910: 199).
10. Este fue el tercer congreso médico que se celebró en el país. De allí salieron tres volúmenes bajo el título de *Temas generales de Medicina y Cirugía*. El primero se había celebrado en Bogotá en 1893, y en el año de 1910 se celebraron unas "Sesiones", con motivo del centenario de la Independencia, que según Bonilla Naar, constituyeron efectivamente el segundo congreso. Luego vino el de Medellín (1913) y después, en 1918 se realizó el cuarto congreso en Cartagena. El siguiente, el quinto, tuvo lugar en Tunja en 1919.
11. La carta está en: Laurentino Muñoz (1958: 248). El autor había solicitado al doctor Franco información sobre la fundación del Laboratorio Santiago Samper.
12. Sin embargo ya a finales del siglo, desde cuando se fundó la cátedra de bacteriología, existía un pequeño laboratorio en la Universidad Nacional que pasó, durante la Guerra de los Mil Días, al hospital San Juan de Dios, para servir en trabajos clínicos. (Decreto del 1o. de noviembre de 1900). Su director era Francisco J. Tapia.
13. El autor es uno de los protagonistas, desde diversas perspectivas, de la lucha contra esta enfermedad.
14. Algunos antecedentes históricos en: Colombia. Ministerio de Salud (1984).
15. "El nuevo orden económico y social de los Estados Unidos a principios de siglo que hacen a las sociedades Carnegie y Rockefeller subvencionar el *Informe Flexner*, es el que está detrás de su despegue científico" (Marset Campos y Ramos García, 1972: 374).
16. Allí fueron docentes, entre otros, Walter Redd, destacado en investigación sobre la fiebre amarilla; el cirujano Harvey Cushing y una figura de tan alto vuelo como William Osler.
17. Para el doctor José Félix Patiño, con el *Informe Flexner* se da el salto: "Antes de 1910, la medicina fundamentalmente era arte y tenía muy poco de ciencia. En este momento aparece el Informe Flexner en Norteamérica y se produce una revolución en la educación médica que tiene repercusiones en todo el continente y en el resto del mundo" (Patiño, 1980: 25-26).
18. José María Lombana Barreneche y Martín Camacho señalaban en 1909, que "las determinaciones de la Junta Central de Higiene habían sido acatadas con especial complacencia por los gobiernos y esta Academia (la de Medicina) había sido considerada como la primera autoridad científica en la materia. El personal de la Junta Central de Higiene era nombrado por el Poder Ejecutivo por ternas presentadas por la Academia. Todo esto fue alterado, trastornado y olvidado, y los gobiernos se creyeron suficientemente ilustrados y competentes para no volver a consultar la opinión de la Junta Central de Higiene ni de la Academia, a ninguno de los asuntos científicos de higiene pública que a diario se han presentado. Relegó al desprecio absoluto esta corporación, a la cual se le negaron hasta los muy escasos recursos que anteriormente los gobiernos acostumbraban dar para los gastos de la Academia" (Lombana Barreneche y Camacho, 1909: 28).
19. Burton Hendrick, en un artículo ya citado sobre la instrucción médica en Norteamérica (Hendrick, 1915: 379-380), exalta este hecho, no sin cierto sabor colonialista. Dice: "Harvard, en su nueva escuela

de enfermedades tropicales, está preparando a los exploradores americanos para lo que promete ser uno de los más grandes movimientos de la historia: la apertura completa de los trópicos a la civilización. Areas enormes en la superficie del mundo han sido impropias para la ocupación humana. Grandes extensiones de Africa y de Centro y Sur América están aparentemente cerradas a la raza humana. Estas regiones son extremadamente feraces; en manos de cultivadores hábiles podrian alimentar a más gente que la que hoy puebla la superficie de la tierra. Sólo una cosa mantiene al hombre alejado de esta área: el temor a las enfermedades".

20. Sobre la historia de la fiebre amarilla existe el ya citado libro de Augusto Gast Galvis (1982), el cual nos sirve de guía junto con el *Informe* del doctor García Medina (1922).
21. Osorio, junto con su esposa María Teresa Umaña, murió de fiebre amarilla en Anapoima en 1905.
22. Para este convenio *véase* Restrepo Ch. y Villa, 1980: 32-33.
23. *Diario Oficial*, sábado 16 de diciembre de 1922, Nos. 18657 a 18660.
24. Es interesante insertar lo que expresa este autor sobre la posición del médico frente a la lepra, en esa época: "Y el médico que, en este oscuro cuadro patológico, que se tiene por infectocontagioso y de declaración obligatoria, pero cuya contagiosidad no se puede probar; que se dice tratable pero que, después de cientos de medicaciones —que destruyen a la par ese organismo herido— sólo puede presentar cicatrizaciones parciales, ¿qué otra cosa puede que transformarse en una especie de sacerdote, de esos que acompañan al que van a fusilar para aconsejarle resignación?" (Mejía Mejía, 1960: 215-216).
25. "Lo que existe en Agua de Dios (y en La Contratación) no es un lazareto, sino una aglomeración de individuos enfermos de los dos sexos, que están en contacto permanente con habitantes exentos de la lepra que viven en el mismo distrito" (Gómez, P., 1891: 303).
26. "El número de leprosos que existe actualmente en Colombia no alcanza seguramente las cifras fabulosas de que nos hablan los libros extranjeros, pero sí es realmente digna de tomarse en consideración..." (Lombana Barreneche, 1909: 29).
27. "Concentrados todos los recursos y todos los esfuerzos en un solo punto, el resultado será satisfactorio, y allí se hará bien, lo que en nueve partes será defectuoso; se podrá, por ejemplo, establecer una oficina de desinfección para las personas y las cosas que salgan del lazareto; la vigilancia para la entrada y la salida de las personas se podrá hacer con mayor seguridad; y el gasto en un solo personal administrativo y científico será menor. Siendo agrícola, y si se quiere manufacturera, la colonia leprosa no dependerá solamente de los recursos exteriores" (Lombana Barreneche, 1903: 868).
28. Algunos médicos no entienden esto del contagio y divulgan teorías erróneas "sobre la propagación de la lepra", lo cual ha contribuido a que no se le pongan obstáculos a "los matrimonios de algunos elefanciacos con bellas y sanas mujeres; la vida de sociedad que llevan algunas familias en Santander concurriendo a bailes, paseos, sin que nadie llegue a tener la menor repugnancia, y más que todo el comercio activo que existe entre la parte sana y la enferma en Agua de Dios" (Gómez, P., 1891: 315-316).
29. Humberto Rosselli, en nota preliminar a los primeros capítulos de *Orígenes de la lepra en Colombia* (Por: Juan Bautista Montoya y Flórez), Folleto de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina, 4/12.
30. Para la cirugía son importantes, además del ya citado trabajo de Bonilla Naar, los de Ernesto Andrade Valderrama, que aún están por recopilarse para ser publicados en conjunto.
31. Las erupciones de una y otra enfermedad se distribuyen topográficamente de manera distinta, pero no siempre tal y como las describen los textos de patología. En ambas, además, puede darse esplenomegalia, o sea crecimiento del bazo.
32. En ningún momento en el trabajo que se comenta se establece la diferencia entre la *Salmonella typhi*, causante de la fiebre tifoidea, y la *Rickettsia* productora del tifo exantemático, por razones obvias.
33. Charles Nicolle había descubierto en 1909 que los piojos son los transmisores del tifo exantemático, mediante una *rickettsia*.
34. "¡Ah! ¿Acaso saben los bacteriólogos, cuáles son y en dónde están las grietas numerosas y recónditas en que, a veces, el organismo sabe esconder a sus malhechores? Quizás en el tifus el bacilo de Eberth únicamente se encuentre, en ciertos momentos, sobre los órganos abordables o el torrente circulatorio..." (Rico, 1937: 798).
35. "En la década de los años treinta comienzan a formarse los especialistas que se preocupan por estudiar campos de la medicina en sus aspectos generales de diagnóstico y de tratamiento, quienes vienen a

desplazar al médico general. Con esto comienza a irrumpir la ciencia como componente cada vez más importante de la medicina y el arte comienza a disminuir. Este año de 1930 posiblemente marca la época en que la medicina tomó una orientación como ciencia y no como arte" (Patiño, 1980: 26).

36. Dentro de su amplia bibliografía pueden citarse las siguientes de sus obras: Torres Umaña (1918; 1924; 1935; 1946, 1954-1956).
37. Para este acontecimiento, cf. Laurentino Muñoz (1958).

Capítulo 6

LA MEDICINA COLOMBIANA DE 1930 A 1946: LA MODERNIZACION

Pasada la crisis del año 30 comienza en el país una década de cambios, unos más profundos que otros, que permiten consolidar las modernas estructuras capitalistas en los distintos campos de la vida social, económica, política y cultural[1].

López Pumarejo, por el contrario, era un liberal a cabalidad, es decir un político que creía en la necesidad de introducir cambios democráticos y de cierta avanzada, pero sin romper el orden burgués. En efecto, durante su primer gobierno (1934-1938) realizó una serie de transformaciones que tuvieron un impacto efectivo en la marcha del país, pero sin llegar a los radicalismos de otros gobiernos revolucionarios de Latinoamérica de estos años, como fue el caso de Lázaro Cárdenas en México. En primer lugar se atrevió a tocar la vieja y obsoleta Constitución de 1886, con su reforma constitucional del año 36. Introdujo reformas laborales, y le dio además participación en éstas a algunos sectores obreros. Con su Ley 200 transformó el atrasado régimen de tierras y al calor de los debates que suscitó esta ley se despertó la conciencia de sectores tradicionalmente oprimidos, como los campesinos pobres y los indígenas. Realizó una reforma penal y una reforma tributaria que impactaron fuertemente en las correspondientes estructuras jurídicas y fiscales del Estado y que replantearon, sobre una nueva base, las relaciones de éste con los ciudadanos. Claro que estas reformas no se debieron únicamente a la buena voluntad de López, y mucho menos a la del Partido Liberal. López con su visión de estadista moderno entendía la necesidad de cambios que el país en su desarrollo objetivo estaba

planteando. Pero otras fuerzas sociales diferentes a la burguesía presionaban, a su vez, estos cambios.

Otra de las reformas importantes de López fue la reforma educativa. Ella ha sido motivo de análisis de muy variados autores. Entre 1934 y 1938 se tomaron diversas medidas que transformaron el aparato educativo. Muy importante para nuestro caso de la medicina fue la Ley 68 de 1935 (diciembre 7), o Ley Orgánica de la Universidad Nacional de Colombia, que modernizó la estructura académica, jurídica, administrativa e incluso locativa de este importante centro de enseñanza superior. Además de las escuelas y facultades, se estableció que harían parte de la Universidad Nacional, el Conservatorio Nacional de Música, el Observatorio Nacional Astronómico y el Instituto Nacional de Radium. Se le permitió a la universidad recibir a título gratuito las herencias y legados hechos a su favor, además, obviamente, de todos los auxilios oficiales. Los bienes de la universidad se declararon exentos de todo gravamen[2]. El artículo quinto autorizó al gobierno para comprar los terrenos necesarios para construir la ciudad universitaria. Se reglamentó el gobierno universitario, dentro del cual aparecían dos profesores y dos estudiantes elegidos por mecanismos democráticos fijados en la misma ley. Esta era una vieja aspiración de algunos de los colaboradores en el gobierno de López Pumarejo, suficientemente conocidos, y quienes habían protagonizado ruidosas jornadas estudiantiles inspiradas por el ideario del movimiento reformista de Córdoba. El rector, a diferencia de lo establecido durante todo el período de la hegemonía conservadora, sería elegido por el consejo directivo de la universidad mediante terna presentada por el presidente de la República. Anteriormente era elegido directamente por el presidente o por el ministro de Educación. En esta misma Ley 68 se precisaban las funciones de los organismos directivos y de los principales funcionarios universitarios. Otras disposiciones sobre las facultades, los grados, los profesores y los estudiantes, las relaciones de la Universidad Nacional con las departamentales, etc., completaban la citada ley. La firmaban Alfonso López Pumarejo, como presidente de la República, y Darío Echandía, como ministro de Educación.

El proceso de reforma de la Universidad Nacional, que habría de impactar en las otras dos universidades existentes, abarcaba también otra serie de aspectos. Se crearon nuevas facultades diferentes a las tradicionales, como las de arquitectura, agronomía, química, economía, etc. Este hecho, además de abrir nuevos campos profesionales que respondían al proceso de modernización del país, impactaba, aun cuando no de manera inmediata, en la concepción de la medicina y en sus posibilidades de trabajo. Baste señalar, por ejemplo, que la

aparición de la arquitectura abría posibilidades de mejoramiento en las condiciones higiénicas de la vivienda, introducía nuevas y científicas concepciones urbanísticas ligadas a la preservación del medio ambiente, además de brindar profesionales calificados para la construcción de instalaciones propiamente asistenciales como hospitales, dispensarios, etc. Otro tanto podría decirse de las nuevas ramas de profesiones que se crearon durante la reforma de López Pumarejo.

LA POLEMICA ENTRE "FRANCESES" Y "NORTEAMERICANOS" Y SU IMPACTO EN LA EDUCACION MEDICA

Desde cuando se inició el proceso de renovación en la educación médica norteamericana, a partir de los informes de Abraham Flexner (1910), y dentro del contexto del ascenso de los Estados Unidos en el panorama internacional, concomitante con su creciente influencia sobre América Latina, la medicina y la enseñanza médicas colombianas comenzaron a mirar hacia "la estrella polar". El proceso de desplazamiento de la clínica francesa por la medicina estadinense no fue momentáneo. No lo podía ser porque no dependía únicamente de factores subjetivos. Se requerían reacomodamientos en toda una serie de instancias que lo permitieran. De todas maneras las reformas que a todo nivel comienzan a darse a partir de 1930 e incluso antes, durante el gobierno de Pedro Nel Ospina, por ejemplo, le van abriendo el campo a ese proceso.

Los primeros años de la década de los años treinta son ricos en reformas en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Durante la decanatura del doctor Luis Cuervo Márquez, por ejemplo, se toman toda una serie de medidas tendientes a cambiar una situación que ya desde la década anterior se consideraba que no correspondía a los nuevos vientos de la medicina ni a las necesidades asistenciales del país. Ilustrativo a este respecto es el Acuerdo No. 3 de julio 11 de 1932 que introduce una serie de reformas al reglamento de la facultad de medicina[3]. Una de ellas tiene que ver con la definición de las distintas clases de profesores y los requisitos exigidos para pertenecer a ellas. Aun cuando la definición de las categorías y de los requisitos no es muy estricta, y está muy alejada de la que se planteaba en las universidades norteamericanas de entonces, e incluso de las francesas, sin embargo significa un intento de reglamentar la docencia. Los catedráticos de entonces, tendían a considerar —y esto hasta época muy cercana a nosotros— las cátedras como de su propiedad. Desde 1903 ya el doctor José María Lombana Barreneche insistía sobre la ne-

cesidad de establecer concursos para los profesores de medicina (Lombana Barreneche, 1915: 833 y ss.). En este mismo acuerdo No. 3 se reglamentaba lo correspondiente a jefes de trabajo, preparadores, monitores, etc. Se establecían secciones dentro de una tendencia especializacionista. Estas secciones eran las siguientes: medicina general, cirugía general, clínica obstétrica y obstetricia, dermatología, sifilografía y fisioterapia, órganos de los sentidos, neurología y psiquiatría, histología, embriología y anatomía patológica, bacteriología y parasitología, anatomía y embriología, física médica, química médica, fisiología general (vegetal y animal), fisiología, medicina legal y toxicología, higiene y radiología. Las secciones de medicina general y cirugía general a su vez se subdividían en clínicas. Es claro que la facultad de medicina no contaba con la infraestructura ni con los recursos de todo tipo para llevar a la práctica este especialismo desbordado: se trataba más bien de unas secciones "teóricas". En el acuerdo comentado también se establecía con cierto detalle lo relativo a los concursos para llenar vacantes. Por ejemplo, para el concurso de los jefes de trabajo se establecían tres pruebas: la prueba oral pedagógica, la prueba práctica o de técnica y la prueba de manipulación rápida. Se establecía, además, el régimen de ocho horas diarias de trabajo para los estudiantes, de lunes a viernes, más cuatro horas el sábado por la mañana. Este acuerdo ya indica una cierta afinidad con la reforma que se dio en los Estados Unidos desde 1910.

El intento reformista dentro de la óptica de la enseñanza médica norteamericana tenía ya antecedentes. El doctor Hipólito Machado, quien fue decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional entre 1911 y 1914, y que había estudiado en los Estados Unidos, intentó una serie de cambios calcados del esquema norteamericano que no fueron aceptados por el presidente de la República. En 1919, cuando era decano el notable cirujano Pompilio Martínez, por el contrario, se firmó un convenio con la Universidad de París que, de todas maneras, no tuvo mayor continuidad. La necesidad de cambios era sentida por los distintos estamentos universitarios. En 1920 los estudiantes de medicina realizaron una huelga para exigir la unificación del plan de estudios, la introducción de laboratorios, etc. Para 1925:

> La medicina en Bogotá presentaba un progreso lento y sostenido y la escuela de medicina había recibido un impulso con sus laboratorios de fisiología, bacteriología, parasitología, anatomía patológica, química, física, botánica, clínica de terapéutica que se había establecido para la docencia en el Hospital de San Juan de Dios. Sin embargo carecían de algunos elementos, de instructores y profesores especializados para cumplir a cabalidad el programa (Forero Caballero, 1983: 64-66).

En el año de 1935 se llevaron a cabo diversas reformas bajo la decanatura de Calixto Torres Umaña. Además de Torres Umaña hacían parte del Consejo cuatro de los más destacados médicos colombianos de esa época: Juan N. Corpas, Roberto Franco, Jorge Bejarano y Pablo A. Llinás. Calixto Torres Umaña participó activamente en las reformas educativas del gobierno de López Pumarejo. Escribía a este respecto:

> Sería conveniente que, al organizarse la Universidad Nacional, se le diera una autonomía más amplia, tanto en el orden económico como en el administrativo; pero no considero que fuera conveniente para la Universidad, y por consecuencia para el país, el conceder desde ahora una autonomía absoluta a un organismo que no ha empezado todavía a vivir y cuya organización debe desarrollarse gradualmente para evitar en lo posible falsos pasos que podrían ocasionarle graves perjuicios en el curso de un desarrollo de cuya marcha normal depende el porvenir de la institución (Torres Umaña, 1935b: 293 y ss.).

En cuestiones de ideología decía Torres Umaña:

> La libertad o autonomía debe estar limitada sólo por la salvaguardia del orden público y de la moral universal, a fin de que la institución sea siempre un organismo donde reine el ambiente ordenado y sereno que la ciencia impone, no por la fuerza aprovechable por los ímpetus revoltosos ni por las aspiraciones egoístas de caudillos o de círculos como ha sucedido en algunos países de nuestra América.

Sobre la investigación afirmaba: "La función principal que atañe a toda universidad moderna [es la investigación, que debe] estar a cargo del personal docente y de los alumnos". Torres Umaña abogaba por la libertad de cátedra, por la total autonomía en el nombramiento de los profesores y por el fortalecimiento económico de la universidad. Planteaba como función central de la universidad la investigación. Ya para Torres Umaña la enseñanza médica norteamericana era digna de ser tenida en cuenta en la realización de reformas en Colombia. Consideraba que había un exceso de médicos en el país y que para evitar "el problema del proletariado profesional" era necesario diversificar la formación universitaria. Planteaba la creación de una escuela de higiene y la apertura de ramas como la química industrial, la electricidad, la ingeniería hidráulica, la agronomía, la economía y el derecho internacional:

> Existe, pues, entre nosotros un número excesivo de médicos que recetan, de abogados que defienden pleitos y quizás también de ingenieros que constru-

> yen edificios y caminos, pero carecemos dentro de las ciencias de la Medicina, del Derecho y de la Ingeniería de una multitud de técnicos que nuestra llamada universidad no ha sabido formar, y carecemos además de los profesionales cuyo estudio no existe entre nosotros.

Torres Umaña consideraba, de otra parte, que el clero tenía una función central en la educación del pueblo y planteaba que se pensara en crear una facultad de teología para elevar el nivel intelectual de los sacerdotes católicos. Era partidario de la existencia de grandes institutos y laboratorios y de la reunión de toda la universidad en un solo espacio. Para él, en cuanto al profesorado se refiere, no habría verdadera universidad mientras no existiera la carrera docente[4]. Según Torres Umaña, el mejor sistema de concurso para profesores universitarios era el sistema francés, que debería adoptarse en Colombia. Abogaba además por la reforma de la educación secundaria, por la creación de la extensión universitaria y por el mejoramiento de las condiciones económicas del profesorado universitario. Torres Umaña no ahorraba sus críticas a ciertas costumbres políticas que parecen ser endémicas en el país. A este respecto decía:

> [La política entre nosotros] no es la ciencia de dirigir los pueblos, ni de servir los intereses nacionales, de acuerdo con determinadas doctrinas, sino por el contrario, el arte de poner los presupuestos y las influencias oficiales al servicio de determinadas colectividades, de determinados círculos o aun de determinadas personas.

En otro de sus escritos Torres Umaña hacía un elogio del gobierno de López Pumarejo por haberse preocupado por dos de los problemas fundamentales del país: la higiene y la educación[5], y planteaba la necesidad de introducir la tecnología en el país: el país "reclama la tecnocracia". En este mismo escrito se refería a Flexner.

El asunto de las reformas estaba, pues, al orden del día. En una nota editorial de la *Revista de la Facultad de Medicina*[6] se hablaba de la "inquietud motivada por las medidas relativas a la reglamentación de los concursos y a la implantación de un nuevo plan de estudios para el año 1939". Se decía que esta inquietud era positiva pero que surgía de una falta de información. La nueva reforma de este año le estaba abriendo el paso oficialmente a las tendencias norteamericanas en la educación médica de nuestro país. En el plano docente esta reforma institucionalizaba los puestos de profesores agregados, los cuales en número de 16 deberían tomar a su cargo la enseñanza teórica que antes era impartida por sólo tres titulares. Se establecía un jefe de trabajo, médico gra-

duado, para cada uno de los cursos prácticos. Se creaban 74 puestos para preparadores e internos, que debían ser adjudicados por concurso dentro de los estudiantes. También se creaban las monitorías. En el plano de las concepciones pedagógicas se declaraba explícitamente que la reforma busca intensificar "la enseñanza técnica que dan los cursos teórico-prácticos de las ciencias fundamentales de la medicina". Se trataba además de capacitar al estudiante para que, dentro del laboratorio formara "su espíritu científico e investigador".

Y la polémica no tardó en estallar. Agustín Arango escribía una nota editorial en *Colombia Médica* (Arango, 1939: 112 y ss.), en donde afirmaba que "estas reformas no fueron consultadas ni discutidas con el profesorado y aun después de implantadas la mayoría del personal docente desconoce muchos de sus detalles y la totalidad de su objeto". Aseguraba Arango que el estudiante de medicina colombiana era superior al europeo o al norteamericano y esto porque "nuestra facultad le ha dado siempre mucha importancia a los estudios clásicos" y además existe la ventaja de que el profesor los "conoce por sus nombres y hasta por sus familias". El editorialista sostenía que se habían suprimido los estudios teóricos de obstetricia, patología externa, etc., y que esto era un golpe mortal a la seriedad y a la solidez de la enseñanza médica en Colombia y que "en las clínicas poco se aprende cuando no se tiene un bagaje teórico". Lo que expresa Arango es su rechazo a las nuevas orientaciones provenientes de los esquemas norteamericanos, así como su defensa de las viejas, sólidas y seguras tradiciones francesas[7].

El impulsor de esta reforma de 1939, Jorge E. Cavelier, respondió a Arango con un artículo aparecido simultáneamente en dos revistas (Cavelier, 1939a: 153 y ss.; 1939b: 285 y ss.), en donde plantea que no se han suprimido los estudios teóricos sino que se han dividido las materias teniendo en cuenta que nadie está en capacidad de dominar un área completa de la medicina debido a los grandes desarrollos que en ella se han dado. La tendencia hacia el especialismo es clara. Las materias se dividían por temas que eran adjudicados a cada uno de los profesores agregados que pudieran dominarlos. Cavelier planteaba la necesidad de orientar la enseñanza médica desde la óptica teórico-práctica y no fundamentalmente teórica como hasta ese momento se hacía. De nuevo en Cavelier encontramos planteada la polémica entre la medicina francesa y la norteamericana:

> El profesor Arango, que tan celoso se muestra para defender las ideas de renovación y que dice haber predicado en varias publicaciones, resulta a última hora atacando las que hemos implantado e invoca el respeto que debe tenerse en cuenta por la Escuela Francesa llegando al extremo de negar hasta

> el tradicionalismo de la Escuela Americana que hoy brilla esplendoroso en el mundo científico y al cual el mismo profesor rindió pleitesía, defendiendo por encima de escuelas muy nuestras, doctrinas americanas relacionadas con la ortopedia, según lo hemos leído en un artículo aparecido en su propia revista. 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.

En la clausura del año académico de 1939 Cavelier insistía sobre la bondad de las reformas. Señalaba que la introducción de las ciencias básicas dentro de una concepción experimental era algo muy positivo como también lo era la enseñanza clínica en los hospitales de San Juan de Dios, La Misericordia y La Samaritana, que había dejado de ser teórica para convertirse en teórico-práctica. A este respecto citaba un concepto de una misión médica francesa que afirmaba que era posible imaginar una facultad de medicina sin profesores de cursos teóricos, porque la literatura era suficiente, pero lo que sí no era posible era imaginar una facultad sin trabajos prácticos y sin laboratorios. Se trataba de que los profesores agregados, encargados de la enseñanza teórica, establecieran una relación con la clínica de tal manera que la docencia se convirtiera en una enseñanza activa. Pero se establecía la diferencia necesaria entre un profesor agregado y un profesor de clínica:

> El profesor agregado toma una entidad nosológica definida y realiza su disertación haciendo resaltar los elementos que la integran; el profesor de la clínica observa el síntoma y valiéndose de su análisis llega a constituir una enfermedad, diferenciándola de entidades similares y culmina su enseñanza instituyendo el tratamiento.

Para Cavelier, el laboratorio era fundamental, tanto en la enseñanza como en la práctica médica. Decía que el espíritu científico nacía de la observación controlada y de los experimentos. Por eso se proponía la creación de un gran centro de investigaciones médicas en el Laboratorio Santiago Samper, y aspiraba a reunir un núcleo de médicos altamente calificados que fueran la base de un futuro Instituto de Medicina Tropical. Dentro de la reforma de Cavelier, se trataba, además, de institucionalizar el internado.

La polémica en torno a los modelos internacionales de educación médica y de medicina por seguir fue intensa por estos años. La influencia norteamericana llegaba no sólo en las revistas y demás publicaciones médicas sino también con los médicos que cada vez en mayor número iban a adelantar estudios

especializados en los Estados Unidos. Un alumno del profesor Edmundo Rico cuenta que ya a finales de la década de los años veinte:

> Empezaron a llegar los tecnólogos médicos formados en la escuela norteamericana y que fueron cambiando el espíritu médico alimentado en las escuelas filosóficas y humanísticas de la vieja Europa, que siempre indagaban las causas primigenias de la enfermedad para buscar las soluciones etiológicas. Sistematizar normas para manejar fenómenos biológicos y seres humanos tendrá posibilidades estadísticas expresables en números, pero no en bienestar humano (Campo Posada, 1982: 93)[8].

En la *Revista de la Facultad de Medicina*, previamente a las reformas de 1939, se había publicado un extenso informe sobre la enseñanza médica en los Estados Unidos, preparado en Washington, en la Oficina Sanitaria Panamericana, por el doctor Aristides A. Moll (Moll, 1938: 197 y ss.). En él, además de los planteamientos programáticos generales se reseñaban los pénsumes y la intensidad horaria de Columbia, Harvard, Johns Hopkins, Yale, Stanford y Toronto. Se hacía énfasis sobre los nuevos métodos de estudio que incluían proyecciones cinematográficas, equipos profesionales para cada cátedra (profesor titular, dos asociados y varios instructores), trabajo en los laboratorios, literatura actualizada y trabajo personal del estudiante. Se afirmaba la necesidad de establecer y reglamentar el internado de un año como culminación de los estudios médicos. Como dato ilustrativo sobre la mentalidad de esta sociedad masculina se señalaba que "la mayoría de las escuelas son coeducacionales, es decir, que abren sus puertas a las mujeres, aunque en varias de ellas limitan el número de éstas a cierto porcentaje".

Los partidarios de la escuela francesa no permanecían callados. Uno de ellos, Jorge Calvo Escobar, le pidió al doctor J. Braine un artículo sobre la cirugía en París que apareció en la *Revista de la Facultad de Medicina* en 1938 (Braine, 1938: 15 y ss.). Su autor afirma la importancia del hospital en la formación de los médicos y de los cirujanos, a diferencia de otros que tendían cada vez más a privilegiar el laboratorio. Planteaba la necesidad de establecer vínculos médicos entre Colombia y Francia[9] y se oponía a los grandes hospitales verticales que bajo la influencia norteamericana comenzaban a construirse en Francia:

> Personalmente, me siento, en ese inmenso hospital, un poco "desorientado" con tantos pisos, tantos ascensores y tan largos corredores. Aprecio más la intimidad grande que dan los pabellones pequeños de un sólo piso, bien agrupados alrededor de un "bloque operatorio" y rodeados de verde follaje, que crean tanto para el cirujano como para los enfermos un ambiente más adap-

tado a nuestras costumbres francesas. Pero sin duda alguna soy un poco retardatario, no estoy suficientemente *up to date*.

Sin embargo reconocía que la complejización de los métodos de exploración, la utilización de diversos agentes físicos en sentido terapéutico, la importancia de los laboratorios, de las salas de investigaciones endoscópicas y biológicas y de las instalaciones de *radium*, y de *curie-terapia* hacían necesarios cambios en la infraestructura de los hospitales, pero se oponía explícitamente a las concepciones excesivamente americanizadas de la institución hospitalaria. Braine reconoce la necesidad de la especialización, incluso en el campo particular de la cirugía, en donde la cirugía fisiológica de René Leriche —citado más atrás— es un ejemplo, pero afirma que esta tendencia debe acompañarse con el trabajo en equipo. De todas formas el trabajo "a la americana" es un poco "mecanizado" y "usinero". Dice Leriche:

> Sería un error el abusar de esta "taylorización" llevada al extremo que reduciría al cirujano al papel exclusivo de peón, trabajando como "a la cadena". Llegaría a ser una especie de ejecutante automático y anónimo de las decisiones de clínicos médicos especializados, escogedores de enfermos.

La polémica, como se ve, no está desactualizada, a pesar de todos los desarrollos que se han dado entre 1939 y nuestros días. Mucho podría aprender la medicina, y la ciencia y la tecnología, con una relectura cuidadosa de esta discusión.

El artículo de Braine fue celebrado por el doctor Manuel Moreno, antiguo interno de los hospitales de París, con otro en donde habla sobre el sistema de internado y de externado francés para concluir que constituye la mejor escuela de medicina del mundo. Termina con un ditirámbico llamado a los estudiantes para que no abandonen la medicina francesa:

> Para terminar, quiero insistir ante los estudiantes colombianos en que París es, para nosotros latinoamericanos, la escuela de medicina sin igual en el mundo. París nos ofrece posibilidades que en ninguna otra parte podemos encontrar. Su genio latino, hermano del nuestro, es el que está más a nuestro alcance para comprendernos y dejarse comprender de nosotros. Su lengua maravillosa, vehículo de ese genio, es la más accesible para nosotros. En ninguna otra parte podemos esperar adquirir, al mismo tiempo que conocimiento científico, una formación moral y espiritual en armonía con nuestro propio temperamento y, por lo mismo, el aporte cultural que hacemos a nuestros países nunca puede ser mejor asimilable en ellos que cuando es francés. Que los jóvenes de las nuevas generaciones estén prevenidos y no se dejen

> sorprender por ciertas propagandas anti-francesas que, aunque les dirijan hacia centros científicos igualmente respetables, les desvían del camino de París, que es el único verdadero hogar de nuestra cultura latina (Moreno, 1939: 451).

El doctor Moreno estaba expresando la opinión de muchos médicos colombianos de esa época que se negaban a aceptar el cambio de rumbo y se aferraban a la tradición y a una forma de concebir y practicar la medicina que estaban en trance de desaparecer llevándose, claro está, muchas cosas importantes que reaparecen en los debates actuales sobre la medicina. La presencia de la clínica francesa fue larga y profunda en el país y aún hoy algunos la añoran.

En 1944 apareció publicada una conferencia dictada en la Alianza Colombo-Francesa por Jorge Bejarano sobre la influencia de la medicina francesa en nuestro país (Bejarano, 1944: 325 y ss.), en donde reconoce la fuerte impronta que esa influencia dejó en quienes se formaron en las primeras décadas del presente siglo. Enumera quince de los más destacados profesores colombianos que hacia 1908 trabajaban en la Universidad Nacional y que se habían formado en Francia y dice sobre ellos que lo que "sí podía advertirse en todos era la visible influencia que en ellos había tenido la escuela de los maestros franceses". ¿Y cómo no habrían de tenerla, si sus profesores fueron la avanzada de la medicina internacional en ese momento? Dentro de ellos estaban Laveran, Brabinsky, Metchnikoff, Dieulafoy, Widal, Pierre Marie y muchos otros,

> [Que] todavía hoy en nuestros días [constituyen para] nosotros principios normativos en la clínica, en la pediatría, en la dermatología, en la cirugía, en la ginecología y obstetricia, en la neuropsiquiatría, en la medicina tropical, en la urología y en la medicina forense.

La influencia se extendía incluso a los que no fueron a Francia, como fue el caso de José María Lombana Barreneche, quien "parecía una estampa arrancada al pequeño anfiteatro de la escuela de París"[10]. Y era que la atracción que ejercía la medicina francesa se expresaba además en la indumentaria, copiada de los médicos franceses: sacoleva, camisa de seda y sombrero de copa. Algunos se dejaban crecer la barba a la usanza de no pocos clínicos galos. Bejarano afirma que durante el gobierno de Rafael Reyes se acentuó más la influencia de la medicina francesa. Esta influencia se daba tanto en la clínica como en la cirugía. Cirujanos como Pompilio Martínez, Zoilo Cuéllar y Rafael Ucrós, introdujeron "la elegancia, la audacia y la habilidad de los maestros franceses". La mayor parte del instrumental quirúrgico provenía de Francia. La clínica tenía todos los rasgos de la clínica francesa: sagacidad y visión que adelanta el

diagnóstico antes de tener que recurrir al laboratorio. Para Bejarano la *clínica tropical*, de la cual fue destacadísimo representante Roberto Franco también tenía la impronta francesa. El conferencista criticaba la tendencia a la especialización temprana que estaba inundando la medicina. Veía síntomas salvadores en una reacción reivindicatoria del médico general y del médico de familia. Las bibliotecas colombianas de medicina daban testimonio de la presencia de la medicina francesa. Finalizaba Bejarano preguntando cuáles eran los frutos de la influencia francesa en la educación médica, y respondía que eran excelentes:

> El país, de uno a otro extremo, ha estado regido en lo político, en lo social como en lo científico, por la clase médica, clase de élite, de selección, que ha contribuido, casi diría que ha formado la colombianidad (...) Esta nación, esta patria, concebida no como la suma de oscuras voluntades, discutibles y revocables, de electores vivos que morirán, sino como una entidad superior que dura y perdura en el transcurso secular de las formas y de los cuerpos, esa idea de Colombia fue la que sembraron en nosotros los maestros que fueron hasta Francia para traer de ella la noción de patria en la forma impalpable de la ciencia.

En 1944 todavía la clínica francesa tiene una presencia que es reivindicada por figuras tan importantes como Bejarano. Pero, de todas formas el terreno ya le es disputado sólidamente por la medicina norteamericana. Los mismos médicos se ven divididos entre estas dos influencias e intentan sintetizarlas.

Seis años más tarde, en 1950, aparece en el *Organo de la Sociedad Médico Quirúrgica del Atlántico* un editorial titulado "Medicina francesa o norteamericana" (C.A.U.F., 1950: 7 y ss.) en donde se empieza por reconocer la existencia de estas dos escuelas. Se afirma que la discusión en relación con este tema es "un problema de interés práctico, más que todo por las conveniencias que se puedan derivar con respecto a la gestación de una medicina nacional". El editorialista ubica la finalización de la influencia francesa por la época de la segunda guerra mundial. Esta influencia se debía a los profesores colombianos que en buena parte todavía en 1950 impartían docencia y que trataban de justificarla arguyendo nuestra ascendencia latina y, afirmando que con el famoso "ojo clínico" de la escuela francesa se podía responder mejor a las necesidades de salud de un país pobre que contaba con muy escasos recursos radiográficos y químicos. "Con los dedos y una gran dosis de inteligencia el sabio profesor fulano era capaz de distinguir los principales cuadros patológicos más o menos esquematizados de una manera fácil de aprender y recordar. ¿Por qué no debía el joven médico recordar lo mismo?".

El autor del editorial plantea que con la segunda guerra mundial comenzó una enorme afluencia de médicos colombianos hacia los Estados Unidos para realizar

cursos de especialización. La mayoría de estos médicos se sentían desorientados al enfrentarse a una modalidad médica muy diferente a la que se enseñaba en las cátedras colombianas. Algunos podían incluso pensar que "allí no sabían medicina". Pero lo que existía, según el autor, era una transformación de "la inspiración poética de la clínica francesa [en] una mentalidad ciento por ciento positivista"[11]. Allí no se trataba de hacer diagnósticos intuitivos, ni de convertir al enfermo en una caja de ruidos, se trataba de trabajar con el laboratorio y al ritmo de la innovación que registraban los *Journals* de medicina. Cuando los que habían viajado a los Estados Unidos regresaban al país se veían enfrentados con sus antiguos profesores. Muchos fueron excluidos de la cátedra

> [Por] la osadía de afirmar, por ejemplo, que en Bogotá se estaba enseñando una ortopedia del año 14, o que las diarreas ya no se clasificaban como verdes, amarillas y coloradas, o que la leche de vaca inyectada no podía ser superior a las sulfas, o que la existencia de fiebre tifoidea debía demostrarse con hemocultivos o reacciones de aglutinación y no por simple "ojo clínico" y muchos otros puntos que resultaban verdaderas herejías.

Las cosas no eran tan drásticas como las presenta el editorialista, además porque muchos de los profesores de orientación francesa no eran, ni mucho menos, ignorantes de los últimos desarrollos de la medicina. Pero de todas maneras la polémica sí estaba planteada y habría de prolongarse por unos años más. El editorialista dejaba entrever que el gran avance científico norteamericano se debía a las condiciones del desarrollo económico de ese país y terminaba su artículo haciendo un llamado para reformar la medicina en el sentido de los avances logrados por la medicina de los Estados Unidos. Como se ve, la polémica fue larga y aún tiene sus ecos hoy en día. Pero no se trataba únicamente de polémica sino también de reformas prácticas y para ellas el período que va desde 1930 a 1946 fue importante: se trataba de la modernización de estructuras como la universidad y la salud pública. Adelantándose a un hecho que se sucedería años después algunos médicos proponían la creación de una instancia que revisara y acreditara los títulos de los profesionales de medicina (Bejarano, 1936: 373 y ss.; Sin firma, 1932: 308).

La salud publica despues de la Revolucion en Marcha

El gobierno de López Pumarejo se distinguió por su preocupación frente a dos grandes problemas nacionales: la educación y la salud. Durante su primer go-

bierno se inicia en serio en el país la orientación preventiva en la salud pública. También se solidifican los lazos con las fundaciones norteamericanas, especialmente con la Rockefeller. Precisamente con esta fundación el gobierno colombiano firmó un convenio para adelantar una gran campaña nacional de saneamiento del suelo y de lucha contra el parasitismo intestinal y la desnutrición (Campo Posada, 1982: 143 y ss.). Dicha campaña era coordinada por el Departamento Nacional de Higiene, al frente del cual estaba el doctor Arturo Robledo. El criterio que la presidía era el de crear

> Un sistema integrado de atención de la salud con el 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.

Sobre estas bases se trataba de crear unidades sanitarias en ciudades y campos del país. La primera de estas unidades fue creada en Pereira bajo la dirección de Arturo Campo Posada[12], quien luego sería el director nacional de las unidades sanitarias y comisiones rurales. Fue ésta una época de gran actividad en salud pública que demostró, además, la necesidad de reformar las instituciones encargadas de manejar la salud desde el aparato del Estado. Y en efecto, un día antes de entregar el poder a Eduardo Santos, Alfonso López Pumarejo aprobó la Ley 96 de 1938 mediante la cual se creaba el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Desaparecía así la antigua Dirección Nacional de Higiene.

En este ministerio la salud contaba con un Departamento de Servicios Coordinados de Higiene, un Departamento de Ingeniería Sanitaria y, asimilando nuevas ideas sociales aparecían el Departamento de Protección Infantil y Materna y el Departamento de Asistencia Social. Un Departamento de Lucha Antileprosa evidencia la importancia que esta enfermedad tenía en el país. Algunas otras enfermedades como la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el cáncer —que ya por esta época era un problema significativo de salud— contaban con secciones especializadas. El ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en una explicación sobre el Decreto 2392, organizador del ministerio[13], advertía que la organización no era definitiva y se trataba de llegar a "mejores fórmulas" en el futuro. En cuanto al cáncer, una enfermedad importante para la última etapa que se trabajó, decía el ministro que "uno de los mayores beneficios rendidos por el actual Instituto de Radium es el de habernos demostrado la cuantía prodigiosa del mal en Colombia". Proponía la creación de un gran Departamento de Institutos y Laboratorios, pero mientras se podía

llegar a ello el Laboratorio Federico Lleras Acosta quedaba adscrito al Departamento de Servicios Coordinados, pues antes dependía del Departamento de Lucha Antileprosa, ya que dicho laboratorio estaba dedicado a la investigación de la lepra, campo en el que se distinguió —como ya se señaló— precisamente el doctor Lleras Acosta. A la ingeniería sanitaria se le daba mucha importancia, pues "en naciones tropicales, la ingeniería sanitaria debe ser casi el 50% de la higiene". El cooperativismo y la previsión social eran destacados dentro de la organización general del ministerio.

La colaboración con la Fundación Rockefeller también fue intensa en el terreno de la lucha contra la fiebre amarilla. En 1932 comenzó lo que Gast Galvis llama la "segunda etapa" de esta colaboración (Gast Galvis, 1982: 93-95). En 1934, luego de una etapa de organización comenzó el trabajo de investigación llevado adelante por la Rockefeller y que comprendía tres aspectos:

1. Organizar un servicio de viscerotomía para detectar los focos ocultos de fiebre amarilla;
2. Estudios epidemiológicos completos de los casos sospechosos que llegaran a conocimiento del servicio; y
3. Estudios de inmunidad por pruebas de protección.

El presupuesto con que comenzó este trabajo fue de 100.000 pesos cubiertos la mitad por la Fundación Rockefeller y la otra mitad por el gobierno nacional. La Rockefeller pagaba su personal, así como lo relativo al envío a Río de Janeiro o Nueva York del material humano o entomológico que debiera ser examinado. Desde 1936 los exámenes se empezaron a hacer en Colombia. El trabajo de campo se hacía en Restrepo (Meta), en donde se presentaba una elevada mortalidad por fiebre amarilla. El director intendencial de higiene en el Meta era en ese entonces uno de los médicos que más se interesó, desde el punto de vista de la investigación, por esta enfermedad: Jorge Boshell Manrique. En Villavicencio, en 1938, se construyó un laboratorio para la investigación de la fiebre amarilla que luego se dedicó a otra clase de enfermedades, como la malaria.

En Bogotá se construyó un edificio, que fue inaugurado el 1o. de julio de 1939 en donde funcionaría el Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay. En 1948 la Fundación Rockefeller "juzgó cumplida su misión, ya que había preparado un personal capaz de seguir adelante con estos estudios". Dentro del personal norteamericano que vino a trabajar por estos años en Colombia figuraba el doctor Max Theiler quien recibió el Premio Nobel en 1951. Este perso-

nal ejerció una gran influencia dentro de los médicos colombianos en la difusión de las nuevas orientaciones de la medicina norteamericana y, al mismo tiempo, formó un equipo de investigadores colombianos en el terreno de la fiebre amarilla y otras enfermedades tropicales. Esta época es una de las más activas en la investigación médica en Colombia. Y como lo señala Gast Galvis, la preparación impartida por la Rockefeller abarcó no sólo el área de la salud pública sino también otras, como la ingeniería sanitaria, la entomología, la genética y hasta la estadística y la biblioteconomía. Entre 1922 y 1934 la Rockefeller becó a una treintena de colombianos, dentro de los cuales está una de las figuras más conocidas en los estudios sobre la historia de la medicina en Colombia, el doctor Andrés Soriano Lleras. También entre los becados figuran investigadores en el campo de la fiebre amarilla, como Jorge Boshell Manrique y Augusto Gast Galvis.

A comienzos de la década de los años cuarenta, y siguiendo la política de cooperación en salud tan cara al gobierno de López Pumarejo y sus colaboradores, se firmó un convenio entre los Estados Unidos y Colombia, que habría de concretarse dentro del nuevo Ministerio de Higiene creado en 1946 en el Servicio Interamericano de Salud Pública, el cual contó dentro de dicho ministerio, en palabras de Guillermo Restrepo y Agustín Villa:

> [Con] una estructura vertical, dirigida y administrada por técnicos norteamericanos con la colaboración de colombianos que se iban formando para este fin y llegó a constituir un Ministerio rico y ágil y de orientación extranjera, dentro de otro pobre, con una estructura incipiente (Restrepo Ch. y Villa, 1980: 85).

Jorge Bejarano afirma que la segunda guerra mundial trajo beneficios para los pueblos de América porque generó la "política del buen vecino" de Franklin Delano Roosevelt, particularmente importante en el caso de la higiene pública. Para Colombia se realizó, precisamente, por intermedio del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Gracias a ello en el país se realizaron campañas sanitarias en los puertos fluviales, se construyó un edificio para la escuela de enfermeras, se inició la campaña antimalárica, se brindó asesoría para la construcción de hospitales y centros de higiene, se recibieron materiales sanitarios y se organizó la preparación de higienistas colombianos en los Estados Unidos y Puerto Rico, especialmente (Bejarano, 1964: 13-14). Precisamente cuando era ministro de Higiene Bejarano, se logró cumplir una de las viejas tareas que tenía planteadas la salud pública en Colombia desde los tiempos coloniales: la erradicación de la chicha.

La creación del Ministerio de Higiene en 1946, bajo el gobierno de Ospina Pérez cierra esta última etapa de la modernización de la medicina colombiana, la cual entrará en su período definitivo de asimilación de las concepciones norteamericanas. Por estos años comienzan a llegar las misiones médicas estadinenses para estudiar la situación de la enseñanza médica en Colombia y hacer recomendaciones. En 1948 viene la Misión Unitaria y en 1953, la decisiva, la de la Universidad de Tulane.

NOTAS

1. "La década de los años treinta sería, pues, verdaderamente el inicio del proceso de industrialización, entendido no sólo como el establecimiento de nuevos renglones productivos, sino, sobre todo, como el comienzo del dominio del sector industrial sobre los demás sectores de la economía" (Bejarano, 1980: 49).
2. La Ley 68 de 1935, está publicada en el *Diario Oficial*, Bogotá, sábado 14 de diciembre de 1935, Año LXXI, No. 23060.
3. "Acuerdo No. 3 de 1932", en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. I, No. 5, octubre de 1932, pp. 317 y ss.
4. "Consiste en calificar las aptitudes de los que desean consagrarse a la carrera del profesorado, mediante un estudio de la personalidad intelectual y moral del candidato, de sus dotes de investigador, de sus disposiciones docentes, etc., estudio que principia desde los claustros de la universidad y aún desde los claustros del colegio. Este método, que ha sido utilizado con muy buenos resultados en Norteamérica, es completado o sustituido en las universidades alemanas, por una reglamentación de la labor científica original, mediante la cual el candidato debe permanecer en cada grado un cierto número de años y está obligado a hacer cada año un determinado número de estudios, sin los cuales no le es posible seguir avanzando en la carrera. Cada vez que exista una vacante en los grados superiores, se va llenando con los que hayan realizado una mejor labor y hayan por consiguiente adquirido un mayor renombre científico" (Torres Umaña, 1935b: 301).
5. "La sola consulta del actual presidente de la República a la Academia Nacional de Medicina, con la respuesta a que aquella dio lugar, que fija de manera precisa la amplitud del problema sanitario de Colombia, y el impulso dado a la educación popular, esta resurrección de lo que se llamó la universidad colombiana, merecen la consagración de la gratitud nacional para con el actual gobierno, porque los resultados de estas iniciativas, tendrán definitiva trascendencia en el desarrollo de este país, si los gobiernos por venir tienen conciencia de lo que ellas significan" (Torres Umaña, 1936: 229).
6. Nota editorial, sin firma, pero muy posiblemente escrita por Jorge E. Cavelier, en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. VII, No. 9, marzo de 1939: 452 y ss.
7. "Es que consideramos peligroso imponer de la noche a la mañana a una facultad que ya tiene una larga y noble tradición nutrida en las fuentes de la escuela francesa, con la cual nos han ligado siempre mil afinidades, los métodos de facultades americanas sin tradición de las cuales nos separa la raza, la mentalidad, el idioma, las costumbres y muchos factores más" (Arango, 1939 : 112).
8. Este mismo autor cuenta que un día fue el profesor Edmundo Rico a consultarle sobre alguna molestia gastrointestinal que se sospechaba era una gastritis. Le hizo tomar unas radiografías que confirmaban las sospechas y cuando Rico las vio, y leyó el informe, le dijo: "Te llevó el diablo; vamos a ver si tú eres tan buen gastroenterólogo como dicen o si eres simplemente un tecnólogo de los que nos están invadiendo y que con mucho esfuerzo apenas logran seguir como borregos las pautas que les fijan los gringos de sus preferencias" (Campo Posada, 1982: 92).
9. "Sería de desear que Colombia nos enviara jóvenes alumnos estudiosos y bien dotados susceptibles de concurrir con éxito al internado. Ulteriormente de regreso a su patria constituirían los mejores 'agentes de unión' entre nuestras dos escuelas de cirugía, cosa que sería muy provechosa para uno y otro de nuestros dos países, como para la 'interpenetración' de nuestros medios quirúrgicos" (Braine, 1938: 18).

10. Hablando de Lombana Barreneche dice Bejarano que "Platón y Trousseau eran sus manuales favoritos y el viejo y sagaz clínico estaba también doblado del filósofo a la manera de los grandes clínicos franceses" (Bejarano, 1944: 330).
11. "Una mentalidad ciento por ciento positivista reemplazaba la inspiración poética de la clínica francesa y no se encontraba en ningún lado a ese señor infalible, anciano y respetable, que sabía tanto como para poner siempre a prueba al estudiante en el momento del examen, a ese distinguido profesor nuestro ciento por ciento francés, en la enseñanza y arrogancia atildada" (C.A.U.F., 1950: 2).
12. Campo Posada narra que estas unidades sanitarias encontraron la oposición de sectores populares, por razones culturales. La gente se resistía a cambiar sus costumbres higiénicas. Por ejemplo, se negaban a utilizar las letrinas. Algunos políticos enemigos de López utilizaron esta situación para hacerle oposición en su gobierno.
13. "Explicaciones del señor ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, sobre el decreto 2392 de 1938, que organiza en ministerio". En: *Revista de Higiene*, Vol. XX, No. 1, enero de 1939.

Capítulo 7

EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA DESPUES DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

Las reformas de los años treinta dejaron plantados los elementos básicos de las estructuras capitalistas modernas —dentro de las condiciones de la dependencia— que desarrollarían los gobiernos posteriores. El ritmo de la modernización a partir de esos años es indudable en todos los campos, a pesar de las desgarradoras contradicciones internas y externas dentro de las cuales siempre se ha movido el país. Después de la segunda guerra mundial se abre un período de violencia seguido de otro de dictadura militar, que concluye con el llamado Frente Nacional en 1957. El país vuelve a la "normalidad", aun cuando las tendencias opuestas a un desarrollo económico y político más equilibrado y a posiciones más independientes en el plano internacional siguen teniendo fuerza y toda una serie de cambios necesarios se aplazan indefinidamente. Además las secuelas de la violencia continúan manifestándose. Con la revolución cubana, en 1959, y su posterior definición hacia el socialismo, los Estados Unidos diseñan nuevas políticas reformistas para la América Latina que encuentran su expresión más clara en la Alianza para el Progreso. Este hecho va a ser fundamental para las reformas universitarias, y concretamente en el campo de los estudios médicos, que después del año sesenta marcan la definitiva inclusión de nuestra medicina en la órbita norteamericana. Claro que como ya se ha señalado contribuye a ello el cada vez más notable desarrollo de la medicina de los Estados Unidos, que la coloca indudablemente en la avanzada mundial. Sus logros en la educación médica también son claros, pero generan toda una serie de problemas que hoy en día se debaten intensamente en los propios Estados

Unidos como lo demuestra el interesante informe llamado *The GPEP Report* (Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine), publicado en 1984 (Association of American Medical Colleges, 1984).

Uno de los primeros educadores que llamó la atención sobre la necesidad de reformas, luego de la venida al país de la Misión Unitaria norteamericana en 1947, fue Ignacio Vélez Escobar. Por esta época ya se había introducido la llamada medicatura rural y, además del Ministerio de Higiene, se habían creado el Instituto Colombiano del Seguro Social y la Caja Nacional de Previsión, entidades más acordes con los tiempos, que planteaban una serie de exigencias serias a la medicina.

Vélez Escobar, en un artículo publicado en el *Boletín Clínico* de Antioquia (Vélez Escobar, 1950: 336 y ss.) habla de la imperiosa necesidad de formar buenos médicos que respondan a las necesidades de salud del país, "pues creo que todos los entendidos admiten francamente que la formación médica que dan en la actualidad nuestras Facultades de Medicina, no está a la altura de una Medicina moderna, y mucho menos a la altura de las necesidades Médicas del país". Para Vélez Escobar el problema para adelantar las reformar estribaba en la falta de voluntad y de comprensión, pues si bien se requerían mayores presupuestos, podrían cubrirse con una mayor distribución de las partidas asignadas a la salud. El factor humano es lo fundamental en medicina —afirmaba— y por ello se hace necesaria una discusión sobre las reformas en la enseñanza. También debería discutirse lo relativo a la organización hospitalaria. Y este último aspecto era fundamental en las concepciones reformistas de los Estados Unidos, como ya se señaló al hablar del *Informe Flexner*, para la formación clínica de los médicos y especialistas. En este momento —1950— existían en el país cuatro facultades de medicina: la de la Universidad Nacional, la de Antioquia, la de Cartagena y la recién fundada de la Javeriana (en 1942). En general no se había establecido una clara delimitación entre el internado y el llamado año rural, entre otras cosas porque muchas veces los cupos en los hospitales eran insuficientes. Las especialidades, a pesar de haberse desarrollado en la práctica, no tenían planes de formación en el país[1]. El modelo que se debía tener en cuenta era, para Vélez Escobar, el norteamericano[2]: el plan de estudios "debe orientarse totalmente en el plan de estudios norteamericano". Entre las reformas necesarias enumeraba: la supresión del año premédico, existente por lo menos en Antioquia, un mejor bachillerato en ciencias básicas y una mejor selección de los aspirantes; reducción del currículo a cinco años, que antes estaba en seis; la perentoria obligación de un año de internado en hospital

al culminar los cinco años de formación académica, acompañado de algunos cursos de higiene pública, derecho constitucional, etc.; un año posterior de servicio rural y supresión de los preparatorios y de las tesis de grado. La reglamentación de los estudios de posgrado, el nombramiento de autoridades universitarias, etc., debían seguir las normas de la American Medical Association. Finalmente el autor presentaba el plan de estudios médicos existente en ese momento en la Universidad de Antioquia, hacía unos comentarios calificados por él de "implacables" y proponía un nuevo plan. Como elementos nuevos dignos de ser tenidos en cuenta, aparecía la farmacología, se planteaba un curso de técnicas de laboratorio, junto a la bacteriología y la parasitología, y se redistribuían y cambiaban de denominación algunos cursos clínicos y quirúrgicos. Se introducía un curso de psicología, medicina psicosomática (que estaba en pleno auge en los Estados Unidos) y psiquiatría, y otro de medicina social y preventiva e inmunología. Desaparecían los cursos de medicina tropical y dermatología, que tanta importancia habían tenido en la medicina colombiana anterior. La medicina interna se planteaba como "la estructura de toda la Medicina", la cual "al estilo norteamericano" debe poner bajo su dirección todos los cursos clínicos. La opción era, pues, clara: el modelo norteamericano.

Por estos años de finales de la década de los cuarenta y comienzos de la de los cincuenta, se empiezan a dar una serie de reuniones entre las facultades de medicina existentes para discutir los asuntos relativos a las reformas. En la segunda de estas reuniones, celebrada en Medellín los días 3, 4 y 5 de abril de 1950, se discuten estos problemas y se presentan algunas recomendaciones al gobierno nacional dentro de las cuales pueden mencionarse la de que se adopte la prueba psicotécnica para la selección de los aspirantes, que se reglamente el internado dentro del concepto de un hospital docente y que se defina un nuevo plan de estudios, sobre el cual se hace una propuesta que se acerca más al criticado por Vélez Escobar que al propuesto por él. Se insiste sobre el servicio rural obligatorio y se pide algo que se venía debatiendo en varias ciudades del país: la creación de una nueva facultad de medicina[3]. Poco tiempo después se fundará la del Valle[4] clave en todo el proceso de reforma posterior, y también las de Popayán y Manizales.

Otro aspecto que se debatía era el del profesorado. El doctor José del Carmen Acosta, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, declaraba que era necesario reglamentar la carrera del profesorado y sus distinciones, así como el sistema de selección del mismo. Planteaba la urgencia de tener profesores "de tiempo completo [y] bien remunerados, con todos los ele-

mentos de investigación y de trabajo indispensables, con buen presupuesto", (Acosta, 1950: 7 y ss.).

Los problemas de la educación médica se debatían a nivel continental en los congresos panamericanos de educación médica. En 1951 (mayo 14 a 18) se realizó el primero de ellos que culminó con 35 conclusiones y algunas resoluciones que recogían muchos de los problemas señalados. Por ejemplo, se hacía énfasis en la necesidad de orientar la educación médica dentro de las concepciones de la medicina preventiva y social y se le daba mucha importancia a los estudios de posgrado. Se insistía en la necesidad de un intercambio profesoral entre los países de América dentro de las políticas de cooperación internacional ya en boga desde los años treinta[5].

En el año de 1953 vino al país una misión que habría de ser definitiva en las posteriores reformas: la de la Universidad de Tulane. Había sido solicitada por la Universidad Nacional y fue seleccionada por la Division of Health, Welfare and Housing of the Institute for Inter-American Affairs. La misión estaba integrada por Maxwell E. Lapham, decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, Charles M. Goss, profesor de anatomía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisiana y Robert C. Berson, profesor auxiliar de medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt. Permaneció dos meses en el país. Visitó universidades, hospitales, etc., realizó entrevistas y recogió diversos materiales. Publicó un amplio y crítico informe sobre la educación médica colombiana (Lapham, Goss y Berson, 1954: 478-546)[6]. Para esa época ya existían siete escuelas de medicina en el país. El informe Tulane abarca una gran cantidad de aspectos, de los cuales se reseñarán los más significativos. En primer lugar planteaba cinco objetivos para una escuela de medicina: 1. El objetivo final de toda escuela es el mejoramiento de la salud pública, lo cual exige la formación de médicos competentes. 2. La obligación inmediata de una escuela es la preparación de jóvenes médicos, que se dedicarán a la enseñanza o se especializarán. 3. Es objetivo de toda escuela contribuir al desarrollo de la ciencia mediante la investigación. 4. Le compete a la facultad de medicina cuidar a los pacientes en el hospital correspondiente. 5. Debe, igualmente, educar a la comunidad en salud pública y demás aspectos médicos. La tendencia hacia la medicina comunitaria aparece, pues, explícitamente formulada.

En cuanto a la organización de las autoridades académicas, la misión planteó la necesidad de tener equipos estables y nombrados ojalá por la propia universidad, sin interferencias políticas. Teniendo como centro a la Universidad Nacional planteó la necesidad de reuniones periódicas que puedan conducir a

la organización estable de universidades y escuelas de medicina. No son ajenas a esta recomendación las fundaciones de la Asociación Colombiana de Universidades (Auscun) y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Se sugirió la creación de departamentos, o la consolidación de los ya existentes, que permitieran a los distintos especialistas el trabajo coordinado en equipo: anatomía, bioquímica, fisiología, farmacología, microbiología, medicina interna (incluso especialidades), cirugía (con sus especialidades), pediatría, obstetricia, ginecología, psiquiatría y neurología, junto a otros que se justificaran, medicina tropical por ejemplo. La tendencia a la departamentalización y al especialismo se solidifica[7]. En cuanto al profesorado se recomendaba institucionalizar la carrera docente, escogiendo a los aspirantes desde el momento mismo en que son estudiantes y posibilitándoles la realización de estudios de posgrado en el exterior.

En cuanto a los estudiantes la opinión de la misión fue drástica: "sólo un pequeño porcentaje de los estudiantes en las escuelas médicas de Colombia podrían ser considerados como bien preparados por un observador imparcial; ellos son las excepciones". Se recomendaba seguir con el año preparatorio sin olvidar que se requería una reforma en todo el sistema educativo. Se analizaron los sistemas de selección, promoción, etc., y la opinión expresada fue negativa, y se recomendaron reformas al respecto. Antes de hacer un detallado análisis del currículo médico, se afirmaba la necesidad de revisar los métodos de enseñanza: debían eliminarse el sistema de conferencias magistrales y la memorización de textos, para ser reemplazados "por un sistema en el que se dé más énfasis al trabajo práctico del individuo en el laboratorio, al lado de la cama del enfermo y en la biblioteca". En lo relativo al currículo, y que vale la pena retener, se aconsejaba darle énfasis a la fisiología ya que esta materia, bien concebida y bien dotada, permitía al estudiante su formación en los métodos de investigación. Se recomendaba estudiar la patología experimental y fisiológica y se criticaba el curso de anatomopatología que era anacrónico tal y como estaba concebido.

En cuanto a la relación de las facultades de medicina con los hospitales la misión Tulane criticaba la falta de contacto orgánico entre unas y otros, ya que los últimos no eran controlados por las primeras sino por las beneficencias. Y como no existe entendimiento entre las facultades de medicina y las juntas de beneficencia la situación de la enseñanza clínica es complicada. Esto hace además, que el programa de internado sea deficiente, y con mayor razón el de residencias que en términos estrictos no existe. También se afirmaba la necesidad de reformar lo relativo al registro y la licenciatura de los médicos, así

como su distribución en el territorio nacional. Globalmente se afirmaba que "en algunos sentidos la educación médica en este país está al nivel de la que había en los Estados Unidos hace 40 o 50 años y en Europa Occidental aun antes". La propuesta Asociación de Facultades de Medicina debería tomar en sus manos la reglamentación de muchos aspectos de la enseñanza médica y

> Mantener lazos fuertes con organizaciones similares en los Estados Unidos (Asociación de Colegios Médicos Americanos) (...) La misión confía que educadores médicos de los Estados Unidos, en las escuelas médicas americanas y en la Asociación de Colegios Médicos Americanos, estarán gustosos de cooperar en todo lo posible con las escuelas médicas de Colombia.

En la bibliografía, obviamente los dos primeros títulos correspondían al gran innovador de la enseñanza médica norteamericana Abraham Flexner.

El impacto del informe de la misión Tulane fue grande dentro del cuerpo médico colombiano y en especial dentro de los sectores universitarios. La polémica sobre las necesarias y propuestas reformas continuó[8]. Pero igualmente comenzaron a darse los pasos para la creación de Ascofame, tal y como lo había propuesto la misión de Tulane. Esta entidad empezó a gestarse en los seminarios sobre educación médica realizados en Cali (en 1955) y en Medellín (en 1957). En una reunión siguiente, en Bogotá, en el año de 1957, se nombró la primera mesa directiva que redactó los estatutos de la asociación, que fueron presentados en Cartagena al año siguiente. En la décima reunión de decanos de medicina, realizada en Paipa en 1958 se recomendó que la embrionaria asociación entrara en estrecho contacto con la recién fundada Asociación Colombiana de Universidades (Ascun), y el 18 de marzo de 1959 se protocolizó la constitución oficial de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (*véase*: Velásquez Palau, 1964: 17 y ss.). Comienza entonces una intensa labor de estudio, reuniones, discusiones, etc., que van concretándose en una serie de materiales que va publicando Ascofame durante la década de los sesenta (Ascofame, 1964a; 1964b; 1966; 1968). En el año de 1961 ya había producido un importante documento (Ascofame, 1961: 99 y ss.) que recogía lo básico de las nuevas orientaciones de la educación médica norteamericana que, además se había extendido a muchos otros países del planeta, incluidos los europeos de vieja tradición médica, aun cuando éstos guardaban, por razones históricas comprensibles, algunos de sus rasgos originales. En ese documento se hacían recomendaciones sobre las especialidades (médicas, quirúrgicas y básico-biológicas), se establecían las funciones de los comités de especialidades, se planteaban normas en relación con la reglamentación del internado y la acreditación

de hospitales, y se recomendaba que, a pesar de la importancia de la tesis de grado para la enseñanza del método científico, era necesario recurrir a otros sistemas para esta enseñanza hasta tanto las facultades no contaran con las facilidades requeridas para adelantar esas tesis.

Uno de los presupuestos sobre los cuales se montaban las reformas de los años sesenta era el de que la educación médica hacía parte constituyente de los proyectos de desarrollo económico de estos países atrasados. La idea venía de la Alianza para el Progreso y en ella creían seriamente los propulsores de las reformas, dentro de los cuales se contaban, entre otros, Gabriel Velásquez Palau, José Félix Patiño, Rafael de Zubiría, Rafael Casas Morales, Antonio Ordóñez Plata, Héctor Abad Gómez y Raúl Paredes Manrique. José Félix Patiño planteaba:

> Los pueblos de América, reunidos en Punta del Este en agosto de 1961, inspirados en los principios consagrados en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en la Operación Panamericana y en el Acta de Bogotá, acordaron entre sí constituir un vasto esfuerzo común para alcanzar un progreso económico más acelerado, una más amplia justicia social para sus pueblos, una vida mejor para sus habitantes, respetando la dignidad del hombre y la libertad política.

Y añadió luego que nuestro país debía también lograr esa "acelerada transformación" para obtener "la revolución social dentro del orden" y que la salud era "base y cimiento del desarrollo económico de un pueblo" (Patiño, 1964: 29 y ss.)[9]. También se apoyaba el doctor Patiño en el polémico *Informe Atcon sobre la Universidad Latinoamericana*. Para lograr todo esto era necesario fijarse metas en salud y diseñar planes de desarrollo para cumplirlas, y el médico debería participar en la elaboración de tales planes. Esto suponía a su vez, preparar un médico para Colombia, lo que exigía el replanteamiento de la educación médica.

La orientación hacia el trabajo con las comunidades y el énfasis en la medicina preventiva y social, así como la exigencia de una mayor cualificación científica y tecnológica del médico, también exigían el replanteamiento de la enseñanza de la medicina[10]. Otro de los temas centrales de discusión y de producción de reformas fue el relativo a los hospitales y al problema de la formación de los especialistas.

Las reformas de todas maneras suscitaron muchas controversias. Algunos de los más antiguos profesores consideraban que la reforma del año 61 en la Universidad Nacional era "de origen extrauniversitario" debida a "médicos re-

cientemente reincorporados al país, después de hacer residencias y másteres en hospitales norteamericanos".

> [La reforma] se enfocaba a cambiar todos los sistemas profesorales y docentes por el sistema norteamericano de profesores de tiempo completo, y de dedicación exclusiva, con el embeleco de tiempo geográfico que dizque los obligaría a permanecer en el Hospital, residencia para entrenamiento en especialidades de dedicación exclusiva e internado de tiempo geográficamente permanente (Campo Posada, 1982: 200 y ss.).

La misión Tulane había planteado la supresión de los concursos, como ya se señaló, y la creación de una carrera profesoral que permitiera la selección temprana de los jóvenes estudiantes que mostraban talento especial para dedicarse a la docencia. En señal de protesta por las reformas se produjo la renuncia de cerca de 60 de los más antiguos profesores de la Universidad Nacional entre los cuales estaban Alfonso Bonilla Naar, Arturo Campo Posada, Guillermo Uribe Cualla, Edmundo Rico, Pedro Eliseo Cruz, Héctor Pedrada, Arturo Aparicio Jaramillo, José A. Jácome Valderrama, etc. Se señalaba como causa principal de la renuncia la presentación por el representante de los estudiantes en el Consejo Directivo de la Facultad de "un memorial inaceptable" aceptado por ese Consejo. Campo Posada afirma que la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle fue un eslabón importante en "la implantación del sistema norteamericano de Educación Médica", y que la financiación aportada por la Fundación Kellog tenía graves contraprestaciones. Este autor, junto con algunos otros críticos actuales, considera que las nuevas estructuras de la educación médica creadas en Colombia en las décadas de los cincuenta y de los sesenta tendían a preparar mano de obra médica barata para que trabajara en los Estados Unidos. Mientras un residente latinoamericano recibía entre 600 y 800 dólares mensuales, un norteamericano ganaba 2.000 dólares. Campo Posada llega incluso a describir el sistema empleado por el representante de la Fundación Rockefeller para sustraer a los mejores estudiantes de medicina y conducirlos a los Estados Unidos. El autor atribuye la supuesta decadencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional a las reformas de comienzos de la década de los sesenta.

La polémica contra las tendencias norteamericanas en la educación médica continuó dándose durante varios años, y aún hoy en día se oyen los ecos de dicha polémica aunque con menos fuerza[11]. Lo cierto es que la transformación era ineludible debido a nuestras condiciones históricas y geopolíticas y a los propios avances de la medicina norteamericana. Pero también es cierto que la

medicina internacional, a cuya cabeza se coloca la de los Estados Unidos, y de la cual somos subsidiarios, manifiesta síntomas de crisis que se expresan en su "gigantismo", su "fragmentación" (Charles Lichtenthaeler) y en un descomunal desarrollo tecnológico, que a alguien hizo hablar del "navío ebrio de la tecnología médica". Nuestro país ha importado diferentes modelos sanitarios y médicos y nada mejor que revisar históricamente esos modelos y analizar críticamente los actuales para no repetir errores y para diseñar nuevos proyectos más acordes con nuestras propias condiciones. Esta revisión y este análisis permitirán además, asimilar mejor los desarrollos de la medicina internacional y en este sentido el trabajo en detalle hasta ahora comienza.

NOTAS

1. "Las Facultades de Medicina del país no tienen, ninguna de ellas, cursos ni facilidades para estudios de posgrado, por lo cual quienes deben hacerlo deben necesariamente viajar al exterior" (Vélez Escobar, 1950: 337).
2. "La American Medical Association, ha organizado un código de los requisitos que deben llenar la organización, pénsum, etc., de una Escuela de Medicina, para que pueda ser aceptada. Esos son los que deben llenar nuestras facultades" (Vélez Escobar, 1950: 339).
3. "Recomendaciones de la conferencia de decanos de las facultades de medicina, reunida en Medellín el mes de abril de 1950", en *Boletín Clínico*, Vol. 10, No. 12, abril de 1950: 355 y ss. En ese mismo número se publicaban los requisitos de la American Medical Association para las escuelas de medicina (pp. 382 y ss.).
4. Para todo el proceso de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, *véase*: Guillermo Orozco (1984). El profesor Orozco fue figura protagónica de todo el proceso hasta hoy en día.
5. "I Congreso Panamericano de Educación Médica". En: *Antioquia Médica*, Vol. I, No. 10, julio de 1951: 19 y ss.
6. El informe tenía el siguiente contenido: I. Introducción. II. Organización e interrelaciones de las univer- sidades colombianas. III. Organización de las escuelas de medicina colombianas. 1. Administración y organización del profesorado. 2. Selección y promoción de profesores. 3. Preparación, selección y promoción de estudiantes. 4. Curriculum y métodos de enseñanza. 5. Relaciones entre las escuelas médicas y hospitales de enseñanza. IV. Relaciones entre las escuelas médicas en Colombia. V. Registro y licenciatura de médicos. VI. Organización de la profesión médica. VII. Recomendaciones. 1. Plan de facilidades 2. Plan nacional para la educación médica. 3. Mejoramiento de servicios auxiliares de la medicina. 4. El futuro de la educación médica en Colombia. VIII. Apéndices. 1. Resumen de recomendaciones. 2. Referencias.
7. Sobre las especialidades se afirmaba la necesidad de introducirlas, pero se decía que "sólo uno o dos departamentos de las escuelas de medicina de Colombia están suficientemente bien organizados y equipados para justificar en el presente un programa de entrenamientos post-graduados" (Lapham, Goss y Berson, 1954: 498).
8. *Véase*, por ejemplo, además de las polémicas sostenidas en columnas médicas de los grandes diarios del país de esta época (Duque Hernández, 1954: 61 y ss.). El doctor Ricardo Cediel Angel, profesor de clínica médica en la Universidad Nacional y autor de un conocido texto de semiología, reclamaba reformas para la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional —en 1957— pues se estaba quedando rezagada en relación con las otras facultades del país (Cediel Angel, 1957: 257 y ss.). Cediel había permanecido por catorce meses en los Estados Unidos visitando las escuelas médicas de Harvard y Cornell. Cediel, sin embargo, no era un partidiario "ortodoxo" de la medicina norteamericana; conocía muy bien la mejor tradición francesa.

9. Este libro constituye un material fundamental para entender las nuevas orientaciones de la medicina colombiana después del año sesenta.
10. Además de los materiales ya citados: Ordóñez Plaja, 1966: 287 y ss.).
11. Dentro de los críticos más recientes se encuentra el desaparecido Guillermo Fergusson quien afirmaba que "nosotros imitamos mucho de la medicina norteamericana. Algunas iniciativas son buenas pero fracasan porque las circunstancias de aplicación son diferentes, y con muy loables intenciones hemos producido grotescas caricaturas de instituciones que allí son eficaces (...) Ciertamente que no debemos caer en 'chauvinismos' científicos y aprovechar cuanto podamos las diversas escuelas médicas. Pero debemos tener una medicina adecuada a nuestras necesidades y recursos. Una medicina distinta, no inferior a las otras" (Fergusson, 1983: 43 y 44).

BIBLIOGRAFIA

I Congreso Panamericano de Educación Médica

(1951) I Congreso Panamericano de Educación Médica. En: **Antioquia Médica**, Vol. I, No. 10, julio de 1951.

Acosta, José del Carmen

(1950) "Declaraciones del Profesor José del Carmen Acosta, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana". En: **Revista de Medicina y Cirugía** (Atlántico), Vol. XVII, No. 5, abril.

Andrade Valderrama, Ernesto

(1985) "Profesor Juan N. Corpas". En: **Boletín de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina**, Vol. 4, No. 2, junio.

Antei, Giorgio

(1980) "Los signos de los cronistas". En: **Humanidades**, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Vol. 9, No. 1, octubre de 1980.

Arango, Agustín

(1939) "Simple cuestión de rótulos". En: **Colombia Médica**, Vol. I, No. 4, abril.

Ascofame

(1961) "Revisión del Consejo Directivo". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. XXIX, No. 3.

(1964a) **Medicina y Desarrollo Social**. Bogotá.

(1964b) **Educación graduada**. Bogotá.

(1966) **Estudios básicos generales en Educación Médica**. Bogotá: Tercer Mundo.

(1968) **Recursos humanos para la salud y la Educación Médica en Colombia**. Bogotá: Tercer Mundo.

Association of American Medical Colleges
(1984) **Physicians for the Twenty-First Century**. Washington.

Bachelard, Gaston
(1980) "La actualidad de la historia de las ciencias". En: **El compromiso racionalista**. México: Siglo XXI, tercera edición.

Bartholy, M-C.; Despin, J-P. y Gandpierre G.
(1978) **La Science. Épistemologie Générale**. París: Magnard.

Bejarano, Jesús Antonio
(1980) "La economía". En: **Manual de Historia de Colombia**. Bogotá, Colcultura, T. III.

Bejarano, Jorge
(1936) "El Estado y las drogas de patente ante la Federación Médica Nacional". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. V, No. 6, diciembre.
(1944) "Influencia de la escuela francesa en la medicina colombiana". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. XII, No. 7, enero.
(1964) "Resumen histórico de la higiene en Colombia". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Suplemento No. 7, Bogotá: Imprenta Nacional, abril-junio.

Bernard, Claude
(1886) "Trabajos esperimentales sobre el opio i sus alcaloides". En: **Gaceta Médica**, Bogotá, 1o. de mayo, Serie I, No. 12.
(1869) "Fisiolojía i Psicolojía". En: **Anales de la Universidad**, Bogotá, abril, No. 8, T. II.
(1966) **Introduction à l'étude de la médecine expérimental**. París: Garnier-Flammarion.

Bloch, Marc
(1963) **Introducción a la historia**. México: F.C.E.

Bonilla Naar, Alfonso
(1944) "Cinco hechos sobresalientes de nuestra medicina". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. XIII, No. 5, Bogotá, noviembre.
(1954) **Precursores de la cirugía en Colombia**. Bogotá: Antares.

Borrero, Armando
(1980) **Sociología y medicina. Bases para la formulación de un currículo de ciencias sociales en la carrera de medicina**. Ponencia presentada al 3er. Congreso de Sociología, Bogotá: agosto 20-22.
(1983) **Cólera, cuarentenas y librecambio**. Trabajo presentado a las Primeras Jornadas Nacionales de Historia de la Medicina, en prensa.

Braine, J.
(1938) "La cirugía en París. (Carta de un cirujano parisiense)". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. II, No. 1, julio.
Braudel, Fernand
(1968) **La historia y las ciencias sociales**. Madrid: Alianza Editorial.
Camacho, Martín
(1910) "La fiebre tifoidea en Bogotá". En: **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Vol. I, No. 4, enero 15.
Camero, Gabriel
(1913) "Necesidades públicas relacionadas con la medicina". En: **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Vol. IX, No. 10, julio.
Campo Posada, Arturo
(1982) **Una vida, un médico**. Bogotá: Fondo Cultural Cafetero.
Canguilhem, Georges
(1974) "L'object de l'histoire des sciences". En: **Études d'histoire et de Philosophie des Sciences**. París: Librairie Philosophique J. Vrin.
(1978) **Lo normal y lo patológico**. México: Siglo XXI, Segunda edición.
Carr, E.H.
(1978) **¿Qué es la historia?** Barcelona: Seix-Barral.
Castañeda, Gabriel
(1892) "Informe de una comisión". En: **Revista de Higiene**, Año III, No. 35, junio.
Castro, Alfonso
(1910) "Alrededor de un libro". En: **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, Año XV, Nos. 8 y 9, Medellín, noviembre.
C.A.U.F.
(1950) "Medicina francesa o norteamericana". En: **Revista de Medicina y Cirugía**, Vol. XVII, No. 8, Barranquilla, agosto.
Cavelier, Jorge E.
(1939a) "La reforma de la Facultad de Medicina". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. VIII, No. 3, septiembre.
(1939b) **Colombia Médica**, Vol. I, No. 819, agosto-septiembre.
Cediel Angel, Ricardo
(1957) "Necesidad de una reforma en los sistemas de educación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. XXV, Nos. 5, 6, 7 y 8, mayo-agosto.
Colombia. Ministerio de Salud
(1984) **Instituto Nacional de Salud**, Bogotá.

Condillac, Entienne Bonnot Abad de
(1984) **Traité des sensations**. París: Fayard.
Conferencia de decanos de las Facultades de Medicina
(1950) "Recomendaciones de la conferencia de decanos de las facultades de medicina, reunida en Medellín el mes de abril de 1950". En: **Boletín Clínico**, Vol. 10, No. 12, abril.
Cruz Pombo, R.
(1909) "Necesaria dilucidación en cuestiones de medicina". En: **Boletín de Medicina del Cauca**, Año XIX, No. 198, Cali, abril.
Cuervo Márquez, Luis
(1891) **La fiebre amarilla en el interior de Colombia**. Imprenta de la Librería A. Bethencourt e Hijos, Curaçao.
Dulieu, Louis
(1976) "Aperçu sur les relations entre l'Amérique et l'École de Médecine de Montpellier". En: **Revue d'histoire des Sciences**, París: PUF, T. XXIX, No. 3, julio.
Duque Hernández, Oscar
(1954) "La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y los problemas de la educación médica en Colombia". En: **Antioquia Médica**, Vol. 4, No. 8, abril.
Esguerra, Carlos
(1899) **Contribution à l'étude de la fièvre du Magdalena**. Tesis de grado, París.
Esguerra, Domingo
(1872) **Memorias sobre las fiebres del Magdalena**, Bogotá.
Febvre, Lucien
(1959) **El problema de la incredulidad en el siglo XVI**. México: Uteha.
(1971) **Combates por la historia**. Barcelona: Ariel.
Fergusson, Guillermo
(1983) **Esquema crítico sobre la medicina colombiana**. Bogotá: Fondo Editorial CIEC.
Forero Caballero, Hernando
(1983) **Evolución histórica de la medicina en Santafé de Bogotá**. Biblioteca de Autores Cundinamarqueses, Bogotá.
Foster, Robert
(1981) "Las realizaciones de la escuela de Annales". En: **ECO**, Bogotá, Vol. 239, septiembre.

Foucault, Michel

(1976) "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". En: **Educación médica y salud**, Washington: 10 (2).

(1977) "Historia de la medicalización". En: **Educación médica y salud**, Washington: 11 (1).

(1980) **El nacimiento de la clínica**. México: Siglo XXI, séptima edición.

Franco, Roberto

(1907) "Informe presentado al Sindicato de Muzo por la misión encargada de estudiar la epidemia de fiebre observada en las minas en los meses de marzo a abril de 1907". En: **Revista Médica de Bogotá**, 28: 93-105.

Franco, Roberto; Toro Villa, Gabriel y Martínez Santamaría

(1911) **Fiebre amarilla y fiebre espiroquetal**, Sesiones científicas del Centenario, T. I, Academia Nacional de Medicina. Bogotá: Imprenta Nacional.

García, Evaristo

(1890) "Informe del Rector de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de Bogotá". **Boletín de Medicina de Cauca**, Serie 5, 1o. de septiembre.

García, Juan César

(1972) **La educación médica en América Latina**. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

García Medina, Pablo

(1897) "El método experimental aplicado a la clínica médica". En: **Revista Médica de Bogotá**. Año XIX, No. 214-219, julio.

(1922) "Resumen de la Memoria presentada a la VI Conferencia Sanitaria Panamericana de Montevideo". En: **Revista de Higiene**, Vol. X, No. 126-133, junio.

Gast Galvis, Augusto

(1982) **Historia de la fiebre amarilla en Colombia**. Instituto Nacional de Salud, Bogotá.

Geymonat, Ludovico

(1961) **El pensamiento científico**. Buenos Aires: Eudeba.

Gómez, Eugenio

(1919) "Exposición de motivos y proyecto de ley orgánica de la Universidad Nacional". Bogotá: Imprenta Nacional.

Gómez, Jaime G.

(1982) "Doctor Minian Ricardo Cheyne: precursor de la cirugía en Colombia". En: **Medicina**, No. 6.

Gómez, Josué
(1888) "Chichismo. Estudio general, clínico y anatomopatológico de los efectos del uso y abuso de la chicha en la clase obrera de la ciudad de Bogotá". En: **Revista Médica de Bogotá**, Serie XII, No. 125, abril.

Gómez, Proto
(1891) "Informe de una comisión". En: **Revista de Higiene**. Año III, No. 31, septiembre.

Graciansky, Pierre y Péquignot, Henri
(1980) "Introduccion". En: **Médecine**, Vol. 45 de la Encyclopédie de la Pléiade, París: Gallimard. T. I.

Groot, Hernando
(1985) "Discurso del doctor Hernando Groot con motivo del fallecimiento del doctor Luis Patiño Camargo". En: **Medicina**, No. 7.

Hendrick, Burton J.
(1915) "La instrucción médica en Norteamérica". En **Revista Médica de Bogotá**. Año XXXIII, Nos. 394-397, abril-julio.

Hipócrates
(1839-1861) **Oeuvres Complètes d'Hippocrate**. París: edición de Emile Littré.
(1970) "Sobre la medicina antigua". En: **Científicos Griegos**, Madrid: Edit. Aguilar, T.I.

Huard, Pierre y Ihbaubt Huard, Marie-José
(1980) "Histoire de la Médecine". En: Graciansky y Péquignot, **Médecine**, T. I.

Ibáñez, Pedro María
(1883) "Relación histórica de los hospitales de Bogotá". En **Papel periódico ilustrado**, Bogotá, 15 de octubre.

ICFES. División Académica Universitaria.
(1979) "Clasificación de los programas de la Educación Superior por áreas académicas". Bogotá: material mimeografiado.

Jaramillo Uribe, Jaime
(1980) "El proceso de la educación en Colombia". En: **Manual de Historia de Colombia**. Bogota: Colcultura, T. III.

Koch, Robert
(1965) **La etiología de la tuberculosis y otros trabajos**. Buenos Aires: Eudeba.

Koyré, Alexandre
(1977) **Estudios de historia del pensamiento científico**. Madrid: Siglo XXI.
Laennec, Rene T. H.
(1819) **De l'auscultation médiate**. París: Chez J. A. Brosson et J. S. Chaude, T. I.
Lapham, Maxwell; Goss, Charles y Berson, Robert
(1954) "Un estudio de la educación médica en Colombia -1953". En: **Antioquia Médica**, Vol. 4, Nos. 5 y 6, septiembre-octubre.
Laín Entralgo, Pedro
(1960) **La historia clínica**. Barcelona: Salvat, segunda edición.
(1983 [1964]) **La relación médico-paciente**. Madrid: Alianza Editorial. Primera edición en Madrid: **Revista de Occidente**.
(1972) **Historia Universal de la Medicina**, Barcelona: Salvat, T. IV.
(1979) **Historia de la Medicina**. Barcelona: Salvat, Biblioteca de bolsillo.
(1982) **La medicina hipocrática**. Madrid: Alianza Universidad.
(1982b) **El diagnóstico médico.** Barcelona: Salvat.
Lefebvre, Georges
(1978) "Réflexions sur l'histoire". París: François Maspero.
Leriche, René
(1951) **Filosofía de la cirugía**. Madrid: Edit. Colenda.
Lichtenthaeler, Charles
(1978) **Histoire de la Médecine**. París: Feyard.
Lombana Barreneche, José María
(1903) "Fundación de lazaretos departamentales". En: **Revista Médica de Bogotá**, Año XXII, No. 279, julio.
(1910) "Lección inaugural del Curso de Clínica de Patología Interna". En: **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Vol. I. No. 8, mayo 15.
(1915) "Facultad de Medicina". En: **Revista Médica de Bogotá**, Año XXIII, No. 278: 833 y ss., junio.
Lombana Barreneche, José María y Camacho, Martín
(1909) "Informe académico". En: **Repertorio de Medicina y Cirugía**, Vol. I, No. 1, octubre-diciembre.
López de Mesa, Luis
(1966) **Escrutinio sociológico de la historia colombiana**. Bogotá: Schering Corporation.

López Piñero, José María y García Ballester, Luis
(1974) **Introducción a la medicina**. Barcelona: Edit. Ariel.

Lozano Bautista, Guillermo
(1983) **Beneficencia y Medicina**. Bogotá: Fondo Editorial CIEC.

MacFarlane Burnet, Sir y White, David O.
(1982) **Historia natural de la enfermedad infecciosa**. Madrid: Alianza Universidad.

Manrique, Juan Evangelista
(1907) "Conferencia dictada en la inauguración de la nueva sala de cirugía en el Hospital San Juan de Dios". En: **Revista Médica de Bogotá**, Vol. XXII, No. 323, mayo,.

Marrou, Henri I.
(1954) **De la Connaissance Historique**. París: Seuil.

Marset Campos, Pedro y Ramos García, Elvira
(1972) "Sociología y asistencia médica". En: **Historia Universal de la Medicina**, T. VI.

Mejía Mejia, Jaime
(1960) **Historias médicas de una vida y una región**. Medellín: Bedout.

Melo, Jorge Orlando
(1985) "La república conservadora (1880-1930)". En: **Colombia, hoy**, Bogotá: Siglo XXI.

Merton, Robert K.
(1980a) "Los imperativos institucionales de la ciencia". En: **Estudios sobre la sociología de la ciencia**. Madrid: Alianza Universidad.
(1980b) **Ambivalencia sociológica y otros ensayos**. Madrid: Espasa-Calpe.

Mesa, Darío
(1980a) "La vida política después de Panamá". En: **Manual de Historia de Colombia**, Bogotá: Colcultura, T. III.
(1980b) "El espíritu científico en la cultura del siglo XX". En: **Ciencia, Tecnología y Desarrollo**. Bogotá; 4 (1): 74.

Miranda Canal, Néstor
(1984) "Apuntes para la historia de la medicina en Colombia". En: **Ciencia, Tecnología y Desarrollo**, Bogotá: 8 (1-4), enero-diciembre: 121-209.

Moll, Aristides A.
(1938) "La enseñanza médica en los Estados Unidos". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. VII, No. 5, noviembre.

Montoya y Flórez, Juan Bautista
(1910) "Contribución al estudio de la lepra en Colombia". Medellín: Imprenta editora.

Moreno, Manuel
(1939) "El externado y el internado en los hospitales de París". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. II, No. 9, marzo.

Muñoz, Laurentino
(1958) **Historia del Hospital San José, 1902-1956**. Bogotá: Banco de la República.

Mutis, José Celestino
(1983) **Escritos Científicos** (Compilación, prólogo y notas de Guillermo Hernández de Alba). Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, T. I.

Ocampo López, Javier
(1984) **Historia básica de Colombia**. Bogotá: Plaza y Janés.

Ordóñez Plaja, Antonio
(1966) "Discurso del Dr. Antonio Ordóñez Plaja, Ministro de Salud Pública de Colombia en la sesión inaugural de la Primera Conferencia General de Educación Médica de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina". En: **Medicina y Cirugía**, Vol. XXX, No. 6, diciembre.

Orozco, Guillermo
(1984). "La Escuela de Medicina y su Universidad". Cali: Universidad del Valle.

Osorio, Nicolás
(1891) "Vacunación obligatoria". En: **Revista de Higiene**. Año III, No. 27, Bogotá, 10 de mayo.
(1892) "Medidas preventivas contra el cólera". En: **Revista de Higiene**. Año IV, No. 38, Bogotá, 1o. de noviembre .

Osorio, Nicolás y Gómez, Proto
(1881) "Epidemias de fiebre del Magdalena". En: **Revista Médica de Bogotá**, 6: 88-91.

Parsons, Talcott
(1966) "Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna". En: **El sistema social**, Madrid: Revista de Occidente.

Pastor, Alfonso Agustín
(1982) "Alfonso Esguerra Gómez: su personalidad y su obra". En **Medicina**, No. 5.

Patiño, José Félix

(1964) "Reorientación de la educación médica ante los problemas propios del país. El médico para Colombia". En: Ascofame, (1964a) **Medicina y Desarrollo Social**.

(1980) "Palabras del director de la Fundación OFA". En: **Las bases moleculares de la vida y la enfermedad**, Bogotá: OFA.

Patiño Camargo, Luis

(1936) **Notas sobre la fiebre amarilla en Colombia**. Bogotá: Editorial Cromos.

Piaget, Jean

(1976) "Nature et Méthodes de l'Épistemologie". En: **Logique et connaissance scientifique**, Vol. 22 de la Encyclopédie de la Pléiade, Gallimard, París.

Quevedo V., Emilio

(1983) "Importancia de la investigación de la historia de las ciencias y de la medicina en la formación del médico general y del especialista". En: Revista Colombiana de Psiquiatría, Bogotá: 12 (1), marzo.

(1984) "José Celestino Mutis y la Educación Médica en el Nuevo Reino de Granada". En: **Ciencia y desarrollo**, 8 (12), enero-junio.

(1985) "La Ilustración y la enseñanza de la medicina en el Nuevo Reino de Granada". En: **Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario**, 78 (539), Bogotá, mayo-junio.

Restrepo, Gabriel

(s/f) **La sociología de la ciencia y de la cultura y la tradición científica colombiana**. Informe de investigación presentado a Colciencias, material mecanografiado.

(1981) "Elementos teóricos para una historia social de la ciencia en Colombia". En: **Ciencia, Tecnología y Desarrollo**. Bogotá: julio-septiembre, 5 (3): 265-299.

Restrepo Ch., Guillermo y Villa, Agustín

(1980) **Desarrollo de la salud pública en Colombia**. Medellín: Universidad de Antioquia, Escuela de Salud Pública.

Rico, Edmundo

(1937) "La gloriosa y fecunda tradición de una cátedra. En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. IV, No. 11, mayo.

Robledo, Emilio

(1951) "Breve historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia". En: **Antioquia médica**, Vol. 2, septiembre.

Rosselli, Humberto
(1968) **Historia de la psiquiatría en Colombia**. Bogotá: Edit. Horizontes, 2 volúmenes.
Rothschuh, K.E.
(1976) "La Fisiología". En: **Historia Universal de la Medicina**, Salvat, Barcelona, T. VI.
Saldarriaga, Alberto
(1956) "Pensées de René Leriche". En: **Médecine de France**, París: No. 77.
Sánchez Camacho, Jorge
(1960) **El general Ospina**. Bogotá: Academia Colombiana de Historia.
Schrecker, Paul
(1975) La estructura de la civilización. 1a. reimpresión. México: F.C.E.
Sin firma
(1932) "Ejercicio profesional de la medicina". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. I, No. 5, octubre.
Sournia, Jean-Charles
(1982) **Histoire de la Médecine**. París: Fayard.
Suárez, Marco Fidel
(1958) "El positivismo" en **Obras**. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo, T. I.
Taton, René
(1973) **Historia General de las Ciencias**. Barcelona: Edic. Destino. 1973, Vol. III.
Toro Villa, Gabriel
(1913) **Consideraciones sobre el desarrollo y propagación de la fiebre amarilla en Colombia**. II Congreso Médico de Colombia, Medellín.
Torres Umaña, Calixto
(1918) **La nutrición en la altiplanicie de Bogotá**. Washington: Imprenta del gobierno.
(1924) **Problemas de nutrición infantil**. París: Edit. Franco-Iberoamericana.
(1935a) **Sífilis congénita en el niño**. Bogotá: Cromos.
(1935b) "La universidad colombiana". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. IV, No. 5, noviembre.
(1936) "La carrera del profesorado universitario". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, Vol. V, No. 3, septiembre.
(1946) **Enteritis microbianas y parasitarias en los niños**. Buenos Aires: Edit. Salvat.

(1954-1956) **Diagnóstico y semiología pediátricos**, T. I, Bogotá: Imprenta Nacional, 1954 y T. II, Bogotá: Edit. Omnia, 1956.

Trousseau, Armand

(1858) **Traité de Thérapeutique et Natiére Médicales**. París: Bechet Jeune, 2 volúmenes.

Uribe Angel, Manuel

(s/f) **La Medicina en Antioquia**. Bogotá: Selección Samper Ortega de Literatura Colombiana, Editorial Minerva, Tercera Edición.

Vargas Reyes, Antonio

(1972 [1856]) **Trabajos Científicos**, recopilados por algunos de sus discípulos en 1856. Bogotá: Schering Corporation.

Velásquez Palau, Gabriel

(1964) "La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina". En: Ascofame, (1964a) **Medicina y Desarrollo Social**. Bogotá: Tercer Mundo.

Vélez Escobar, Ignacio

(1950) "Reforma de la enseñanza médica en nuestra facultad". En: **Boletín Clínico**, Vol. 10, No. 11, marzo.

Zerda, Liborio

(1889) "Estudio químico, patológico e higiénico de la chicha, bebida popular en Colombia". En: **Anales de Instrucción Pública**, Bogotá, enero.

Zola, Emile

(1971) **Le Roman Expérimental**, París: Garnier-Flammarion.

SEGUNDA PARTE

CIENCIAS MEDICAS, ESTADO Y SALUD EN COLOMBIA: 1886-1957

DIFUSION DE LA MEDICINA EUROPEA Y NORTEAMERICANA A COLOMBIA Y SU INFLUENCIA EN LAS POLITICAS DE SALUD Y DE FORMACION DE PERSONAL EN SALUD

Emilio Quevedo Vélez
Mario Hernández Alvarez
Néstor Miranda Canal

INTRODUCCION

En la primera parte de este volumen, Néstor Miranda ha explorado el proceso de desarrollo de la profesión médica en Colombia desde el quehacer médico, el cual se desenvuelve en medio de un innegable proceso de transformación sociopolítica y económica del país ocurrido en la primera mitad del presente siglo. Dicho trabajo presenta los resultados de la investigación realizada en el marco del Proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia. Esta segunda parte del volumen contiene los resultados de investigaciones posteriores sobre el tema, desarrolladas por un equipo de tres investigadores: Emilio Quevedo V., Mario Hernández Alvarez y Néstor Miranda Canal. Continuando con perspectivas metodológicas similares a los trabajos anteriores sobre historia de la medicina, desarrollados en el marco del Proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia (volumen séptimo de esta colección y primera parte de este volumen octavo), esta segunda parte hace énfasis en el análisis de las relaciones entre la organización y la estructuración del Estado colombiano en este período y las decisiones políticas en el campo de la salud, y trata de ampliar algunas de las relaciones ya sugeridas tanto en estos trabajos previos como en las investigaciones continuadas después de la terminación del proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia[1], pero también con la intención de reconsiderar o reformular preguntas que permitan entender estas relaciones en un plano más teórico y a la vez más actual, a partir del estudio de caso[2].

El período comprendido entre 1886, año de la promulgación de la constitución política de la Regeneración, y 1947, año de creación de las instituciones dedicadas a la ejecución de las políticas de salud, tales como el Ministerio de Higiene, la Caja Nacional de Previsión, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, es un período ejemplar en el sentido de que se trata de un proceso de transformación simultánea de muchos planos que se traducen en las decisiones

y en la organización del sector salud de una manera paradigmática. En el siguiente período, 1948-1957, se consolida la hegemonía de las orientaciones médicas y sanitaristas norteamericanas en el campo de la salud en el país, en el marco del definitivo giro de la economía y la política nacional hacia la órbita política y económica de los Estados Unidos de América y de la transformación del país rural hacia la Colombia urbana.

Es decir, desde los cambios del sector salud es posible identificar profundas relaciones con la dinámica económica nacional e internacional, con la incorporación del país al capitalismo y con el juego inacabado de la industrialización en medio de la heterogeneidad cultural, social y estructural que aún nos acompaña.

En un plano más conceptual, aunque también presente como fenómeno de la cultura política del país, intentaremos explorar en este análisis el respaldo ético-político que aparece en la estructura jurídico-política de la transformación del Estado colombiano durante este período. La lectura del marco constitucional permitirá ir avanzando en este sentido.

Probablemente esta aproximación a las relaciones que allí aparecen en juego nos permita construir nuevas conjeturas y maneras de entender los cambios del presente.

NOTAS

1. Se trata de los siguientes trabajos: 1. El realizado para el Estudio Sectorial de Salud, estudio puesto en marcha por el Ministerio de Salud con el apoyo financiero del Banco Mundial y publicado como Quevedo, Emilio; Hernández, Mario; Miranda Canal, Néstor; Mariño, Consuelo; Cárdenas, Hugo y Wiesner, Carolina, (1990) *La Salud en Colombia. Análisis Socio-Histórico*. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación; 2. Quevedo, Emilio y Vergara, Andrea, (1988) "El proceso de institucionalización de la educación médica en Colombia". *Revista ECM*, (Bogotá), 1 (1): 41-66; 3. Quevedo, Emilio; Gutiérrez, Francisco y Rueda, María José (1992) "La Medicina Científica y la Salud Pública en América Latina en el Siglo XIX". En: Saldaña, J. J. (Ed.) *Historia Social de las Ciencias en América Latina*, México: Fondo de Cultura Económica; 4. Quevedo, Emilio, (1992) "El Proceso Salud-Enfermedad: Hacia una Clínica y una Epidemiología no Positivista: Reflexiones críticas histórico-epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano". En: *Sociedad y Salud*, Bogotá: Zeus Editores: 5-85, y 5. Hernández, Mario, "El derecho a la salud en la nueva Constitución Política Colombiana". En: *Sociedad y Salud*, Bogotá: Zeus Editores: 127-154.
2. Por estas razones, parecería que se repiten muchas de las cosas ya dichas en estos trabajos previos. Sin embargo, lo que se hace es retomarlas, ya sea para profundizar el análisis previo o para volverlas a mirar con otra óptica o desde otro punto de vista.

Capítulo 1

ANTECEDENTES

EL TELON DE FONDO: LA TRANSICION DE LA MEDICINA ANATOMOCLINICA A LA MEDICINA DE LABORATORIO

La crisis de la medicina anatomoclínica y el desarrollo de la medicina de laboratorio en la Europa del siglo XIX (las mentalidades fisiopatológica y etiopatológica)

En el contexto de la reforma sanitaria impulsada por la Revolución Francesa surgirá, como ya se mencionó ampliamente en el tomo VII de esta colección, un programa de renovación conceptual radical: la mentalidad anatomoclínica (López Piñero, 1985: 13). Lanzado por Marie François Xavier Bichat (1771-1802), proponía la lesión anatómica como fundamento de la patología y de la clínica. Los seguidores y discípulos de Bichat desarrollaron este programa a través de dos orientaciones divergentes que terminaron enfrentadas entre sí: la *médecine physiologique* de François Joseph Victor Broussais (1772-1838) y la patología anatomoclínica propiamente dicha.

Broussais critica toda la medicina anterior, intenta desmontar el ontologismo nosológico[1] de Pinel y expone los fundamentos de su "medicina fisiológica". Según López Piñero (1985: 29) "Broussais pensaba que (...) la salud estaría condicionada por una 'irritación' moderada y el exceso de la misma y también —aunque sólo teóricamente— su defecto, provocaría las enfermedades".

El influjo de la obra de Broussais en Europa y en algunas regiones de Latinoamérica fue marcado. Sin embargo, a partir de 1830 comienza a ser supe-

rada. Los oponentes a sus teorías eran los seguidores de una investigación anatomoclínica más crítica y rigurosa (López Piñero, 1985: 30-31).

La mentalidad anatomoclínica propiamente dicha fue desarrollada especialmente por Jean Nicolas Corvisart (1755-1821), Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) y René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826). Para ellos, la enfermedad era una lesión localizada en una parte del cuerpo (órgano o tejido) y es esta localización la que, en sí misma, la define. El diagnóstico se basaba en la anatomía patológica (disciplina desarrollada a partir de la observación sistemática de miles de cadáveres y que entiende la enfermedad como una lesión anatómica) y en la semiología, (disciplina que estudia los síntomas y los signos y entiende estos últimos como manifestaciones físicas de la lesión anatómica misma y que nos conducen a ella[2]. Los fundamentos filosóficos y metodológicos del diagnóstico continuarían siendo los del empirismo filosófico, reelaborados desde el sensualismo condillaquiano, los cuales subyacen en la base del método clínico (Miranda, 1984: 151).

París se convirtió así, durante la primera mitad del siglo XIX, en el centro indiscutible de la nueva ciencia de la enfermedad y de la medicina anatomoclínica (López Piñero, 1985: 13).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, en cambio, Francia fue dejando de ser el escenario central de la ciencia patológica europea. Las universidades francesas no lograron promover de una forma estable la institucionalización de la investigación experimental confinándola a unas pocas instituciones como el Collège de France y el Muséum d'Histoire Naturelle y separándola de la actividad clínica. En Alemania, en cambio, se desarrolló ampliamente la patología científico-natural superando los sistemas médicos especulativos que en ese país habían florecido durante la época romántica, sobre la base de la *Naturphilosophie* de Schelling y Goethe. Según López Piñero:

> Allí se dio continuidad al programa de conversión de la patología en una ciencia rigurosa que había lanzado la escuela anatomoclínica de París. Se superó, sobre todo, la postura antiteórica de los anatomoclínicos, que había llevado a reducir la patología a una mera elaboración de observaciones clínicas y lesionales completamente desconectada de las ciencias básicas y de espaldas a la investigación experimental; se recurrió de modo sistemático a los saberes físicos, químicos y biológicos, pasando a ser la investigación de laboratorio la principal fuente de conocimientos médicos. (López Piñero, 1985: 47).

El factor que más influyó en este panorama fue la peculiar instalación del cultivo de la ciencia y la investigación en la sociedad alemana entre 1825 y

1900, a partir de la reforma educativa llevada a cabo por Guillermo de Humboldt. En la nueva universidad alemana la investigación se convirtió en condición necesaria para la carrera docente y el "instituto universitario" fue la expresión institucional de este proceso (López Piñero, 1985: 47-49). En el terreno específico de la patología y la clínica, esta organización permitió que en un buen número de facultades los médicos compartieran sus actividades asistenciales y docentes con las tareas de investigación (López Piñero, 1985: 50).

Simultáneamente en Francia, la centralización y el aislamiento de la investigación con relación a la clínica conducen a las cuatro trayectorias disociadas que toma la patología en este período. La primera estuvo representada por Claude Bernard[3] y un pequeño grupo de investigadores que junto a él, y apoyándose en los plantamientos comtianos[4], desarrollaron la investigación de laboratorio, relativamente aislados de la clínica. La segunda vertiente, ubicada en el polo opuesto, fue una prolongación del empirismo antisistémico de la escuela anatomoclínica y estuvo representada por Lasègue, el discípulo más sobresaliente del anatomoclínico Armand Trousseau. La tercera línea, cuyo máximo exponente fue Jaccoud, se dedicó a introducir en Francia los nuevos adelantos de la fisiopatología alemana. En este grupo militaron clínicos que tuvieron mucha influencia en las facultades de medicina latinoamericanas a principios del siglo XX como Paul Louis Duroziez, Georges Dieulafoy, Jacques Bouchard y otros. Ellos desarrollaron una clínica integradora de ideas tomadas de diversas escuelas. Finalmente, está la última tendencia, encabezada por Charcot, que incorporó la investigación de laboratorio para poner al día la patología anatomoclínica (López Piñero, 1985: 95-120). A pesar de la importancia de los desarrollos teóricos y metodológicos de estos grupos, el laboratorio estuvo en la Francia del siglo XIX relativamente desconectado en la práctica, del hospital y de la sala de autopsias (López Piñero, 1985: 48-51).

No obstante, a partir de la segunda mitad del siglo XIX se constituye una concepción positivista de la enfermedad y de la práctica[5]. Se consolida así la metodología y el programa de la que Laín Entralgo ha llamado mentalidad fisiopatológica (Miranda, 1982: 73-83)[6].

Por otra parte, sobre las mismas premisas filosóficas y apoyándose en los nuevos conocimientos aportados por las recién nacidas microbiología y toxicología, en los trabajos de Pasteur, de Koch y de los discípulos de éstos, surge al final del siglo XIX la idea de que la enfermedad es el resultado de la penetración de agentes externos en el organismo (Miranda, 1982: 174-175; Laín Entralgo, 1982: 85-91). Dicha idea no era ciertamente nueva: desde el Renacimiento, iniciando con Fracastoro y continuando sucesivamente con Harvey,

Kircher, Lange, Hauptmann, Rivinus, etc., una y otra vez se enunció la hipótesis del *contagium animatum*.

Sin embargo, la edificación de una mentalidad etiopatológica sobre los cimientos de la observación sistemática de laboratorio, fue obra de la medicina del siglo XIX. Entre los iniciadores estuvieron Enrico Acerbi y Agostino Bassi, quienes enunciaron que las enfermedades infectocontagiosas eran causadas por sustancias organizadas, capaces de reproducirse como todos los seres vivientes. Esta tesis fue apoyada y desarrollada por J. Henle, quien en su libro *Von den Miasmen und von den miasmatischen Krankheiten* (1840) sostuvo el origen microbiano de las enfermedades contagiosas (Laín Entralgo, 1982: 85-91; 1985: 14).

Este aporte, cuya culminación se encuentra en los trabajos de Pasteur y Koch, tendrá una influencia directa y decisiva sobre la forma como se concibe la enfermedad y la sanidad en lo público y lo privado. Hasta ese momento, ni la concepción anatomoclínica ni la fisiopatológica habían podido dar cuenta de la causalidad de la enfermedad. Si bien los seguidores de estas dos escuelas habían desechado la concepción causal hipocrático-galénica que explicaba el origen de las enfermedades como resultante de la interacción de la estructura humoral del paciente con las condiciones externas como el aire, los lugares, las aguas, el clima, la alimentación, etc., por ser de carácter especulativo, éstos no tenían otro recurso que la vieja visión sydenhamiana de la higiene, determinada en lo privado por los hábitos de urbanidad y en lo público por la acción miasmática dependiente del ambiente y hasta cierto punto, de la voluntad divina, para imaginarse el origen y las causas de las enfermedades.

Ahora, con el nacimiento de la mentalidad etiopatológica, se pasará a la teoría de la salud pública sustentada en una epidemiología monocausal. La nueva salud pública tendrá como propósito erradicar la enfermedad por medio de la eliminación de los microrganismos. Esta manera de entender la enfermedad y la acción sobre ella, estará en el transfondo de los cambios que ocurrirán en la medicina y la salud pública durante la transición del siglo XIX al siglo XX en Colombia y en Latinoamérica.

De la medicina hospitalaria a la medicina de laboratorio en Colombia

Una vez instaurada la posibilidad de una enseñanza de orientación anatomoclínica, aunque en tiempos y condiciones distintas en cada uno de los países lati-

noamericanos[7], se inicia un proceso de consolidación también paradójico: en aquellas regiones en las cuales no existe una tradición anatomoclínica fuerte, por persistencia de las tradiciones médicas coloniales, la medicina de laboratorio penetrará rápidamente; en cambio, en aquellos en donde la anatomoclínica se instauró tardíamente pero con un proceso de institucionalización relativamente estable, la medicina de laboratorio se demoró en llegar. En el proceso de organización de la salud pública en los finales del siglo XIX y comienzos del XX, tanto en Europa como en América, serán el desarrollo de la bacteriología y el concepto de enfermedad etiopatológico que de ella se deriva, los que desempeñen un importante papel en la crisis final de todas las teorías médicas del siglo XIX (Canguilhem, 1977: 51-70).

En Colombia, como resultado del esfuerzo de un núcleo de médicos bien formados en Francia, el modelo será el de una clínica fuerte apoyada en la anatomopatología con algún contacto posterior con la etiopatología y con escasos nexos con la mentalidad fisiopatológica, pues esta última sólo entrará al país de una manera significativa a comienzos de la segunda década del siglo XX. Durante la segunda mitad del siglo XIX (1865 en adelante), los médicos colombianos liderados por aquellos formados en Francia y afiliados a la mentalidad anatomoclínica, protagonizaron un proceso de rechazo y de desplazamiento de las ideas y prácticas características de la medicina ejercida en el país hasta ese momento. La hegemonía de dicha mentalidad se enmarca dentro del ciclo del liberalismo federalista, persiste durante el período de mandato conservador y termina con el comienzo de la dependencia económica en la órbita de la economía norteamericana, ya bien entrado el siglo XX. Dicho protagonismo está caracterizado por una creciente preocupación nacionalista (Obregón, 1990), una intención de investigar y estudiar la patología propia y una tendencia a consolidar un cuerpo médico nacional (Miranda, 1984: 155).

En lo que respecta a nuestro país, este período puede ser dividido en dos etapas: la primera, de penetración y aclimatación de la medicina hospitalaria y cuyo comienzo está diáfanamente marcado por la fundación de la Escuela de Medicina privada[8], en 1865; la segunda, caracterizada por el lento proceso de penetración de la medicina de laboratorio, en especial de la mentalidad etiopatológica, y cuyo final está delimitado por la introducción de la medicina tecnológica norteamericana en las reformas flexnerianas de la educación médica, a comienzos de la década de 1950-1960. Sin embargo, los límites entre la primera y la segunda etapa no son muy claramente definibles pues, a diferencia de lo que ocurre en Europa, en Colombia las ideas fisiopatológicas y etiopatológicas

no consolidan rupturas en los planes de estudio. En este sentido, se produce más bien un proceso de apropiación lenta de estas últimas y una "negociación" que permite su adaptación a la estructura conceptual hegemónica de la escuela anatomoclínica (Miranda, 1984: 170-178).

En el campo de la educación médica, después de las modificaciones clericales de los gobiernos conservadores que siguieron al radicalismo liberal y de la revolución de 1860, comienza un nuevo interés por la educación universitaria, que finalmente se concretará en la fundación de la Universidad Nacional, en 1867, y de su Facultad de Medicina (Miranda, 1984: 165).

En ese momento, el cuerpo médico recompuesto alrededor de la *Gaceta* se vio en una encrucijada: adelantar el proyecto privado, representado por la Escuela de Medicina, o participar de la propuesta estatal de la Universidad Nacional. Aunque pudiera pensarse que el puro interés particular y el estrecho espíritu de cuerpo habrían de conducir a los médicos a agruparse en torno al proyecto privatizante, sucedió todo lo contrario. La Escuela de Medicina, después de dos años de existencia, fue cerrada voluntariamente por sus profesores, quienes se pasaron con armas y bagajes a la Universidad Nacional.

La explicación puede hallarse en diversos niveles: por un lado, Francia, que actúa como fuerte imaginario colectivo, es punto de referencia obligado y paradigmático para las élites en general y para el cuerpo médico en particular: allí la enseñanza de la medicina está en manos del Estado; por otro lado, la "idea del progreso" es un hilo conductor del personal político de uno y otro partido; si ligamos esto a la necesidad sentidísima de los médicos de adaptar sus conocimientos modernos a la comprensión de las enfermedades del país periférico que sienten profundamente otro, necesidad que adquiere de manera "natural" el cariz de acción civilizadora y prometeica, nos encontramos una vez más con los puentes que unen los sentidos comunes de la élite en general con los del cuerpo médico en particular. Así, los médicos sienten que de alguna manera su vocación civilizadora confluye con las propuestas del Estado colombiano. Por último, la existencia de una serie de tradiciones heterogéneas, pero todas actuando en el sentido de vincular a los médicos al Estado, no debe ser olvidada: el prototipo del profesional-funcionario, tan criticado en la prensa de la época; la existencia anterior de una facultad de medicina vinculada a la universidad estatal (la Universidad Central), etcétera.

El plan de estudios inicial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional fue de tendencia casi exclusivamente anatomoclínica. A partir de 1886, se modificó el reglamento en notoria similitud con el plan de estudios de la Facultad de Medicina de París de 1878 y 1883. La influencia de ésta será

importante en todo el período, no solamente para Colombia sino para muchos países de Latinoamérica: la Facultad de Medicina de Buenos Aires, por ejemplo, aprobó en 1880 un plan de estudios que era también una copia del de 1878 de París (De Asúa, 1986: 79-89).

En la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, se habían dado algunos intentos de crear una cátedra de medicina desde 1834 (Robledo, 1951: 77 y ss.) pero con malos resultados debido, entre otras cosas, a las tantas guerras civiles que impidieron mantener la continuidad en los estudios. En octubre de 1871 se propone la creación de una facultad de medicina en Antioquia (Serna, 1984: 72-84), la cual empezó propiamente en 1872 con un plan de estudios también de orientación fundamentalmente anatomoclínica.

En relación con la medicina de laboratorio, la mentalidad fisiopatológica y el positivismo de Comte, sobre el cual se apoya, van a penetrar mucho más tardíamente al país (Miranda, 1989), ya que los intelectuales nacionales de la segunda mitad del siglo XIX, hijos de una curiosa mezcla de ilustración española deísta y de liberalismo, mantuvieron una actitud ambigua frente a esta filosofía (Jaramillo Uribe, 1982). En la última década del siglo XIX, se alcanzará a sentir más bien el influjo de la teoría microbiana, fenómeno que transformará tanto a la investigación como a la política de salud, aunque, como ya dijimos, la enseñanza no sufra modificaciones significativas.

Esto queda claramente ejemplificado en una conferencia dictada por el doctor Pablo García Medina el día 21 de julio de 1897 ante la Academia Nacional de Medicina. Apenas si se menciona allí que el aporte fundamental de Claude Bernard está en "haber fijado los principios de la experimentación aplicada al estudio de los seres vivos, así en el estado normal como en el patológico", pero se insiste permanentemente en la importancia de la teoría microbiana de Pasteur. Mientras a Bernard se le dedican dos páginas del texto, a la teoría microbiana, a su importancia y aplicaciones en el campo de la medicina y de la salud pública en nuestros países, se le dedican 35 (García Medina, 1897). La concepción fisiopatológica requiere una infraestructura mucho más compleja y su aplicación en la práctica no aparecerá tan obvia ante los médicos colombianos como sí lo será la etiopatológica. Será sólo en torno a los años de la primera guerra mundial, cuando se contará con una mínima dotación instrumental que permita algún desarrollo de esta medicina de laboratorio en nuestro medio.

NOTAS

1. En el contexto de la medicina galénica la enfermedad tiene dos momentos: el *nosos* o posibilidad de enfermar (potencia) y el *pathos* o padecimiento de hecho (acto). La nosología es la disciplina que estudia las formas típicas del enfermar humano y la patología la que estudia los padecimientos concretos.
2. La observación sistemática es un método que se origina en la medicina hipocrática. La palpación se venía utilizando desde la Edad Media. Pero la percusión y la auscultación son aproximaciones semiológicas nuevas: Corvisart, apoyado en el texto de Leopold Auenbrugger, el *Inventum Novum*, funda la percusión y Laennec, siguiendo los derroteros marcados por Bayle, inaugura la auscultación mediata.
3. Para quien el hospital era sólo el vestíbulo de la medicina y el laboratorio era su verdadero santuario.
4. La vertiente comtiana del positivismo, que se inicia en Francia alrededor de 1826, cuando este autor inaugura sus lecciones del Curso de Filosofía Positiva, y que está claramente ligada a los desarrollos de la fisiopatología experimental, va más allá del empirismo y el sensualismo, aunque finque sus raíces en ellos. Dicha corriente se plantea el papel de la razón como instrumento de ordenación y comprensión de los datos que suministran los hechos, a través del control que de ellos permite la experimentación y la experiencia controlada y no como método de especulación y contemplación para llegar a las verdades esenciales.
5. De todas formas, ya desde la primera mitad del siglo XIX los primeros fisiopatólogos (Magendie, Flourens, Müller, etc.) habían iniciado una polémica contra la medicina hospitalaria o anatomoclínica, que como ya hemos dicho se apoya en el empirismo sensualista.
6. Esta mentalidad concibe la enfermedad como una alteración de las funciones normales del organismo cuyos procesos y causas deben ser estudiadas, ya no desde la perspectiva del empirismo ilustracionista y el sensualismo de Condillac, sino desde una actitud y una metodología puramente experimental y centrada en el trabajo de laboratorio.
7. *Véase* el último capítulo del Tomo VII de esta colección y la primera parte de este tomo.
8. En lo relacionado con esta Escuela, *véase* el trabajo de Néstor Miranda en la primera parte de este Tomo.

Capítulo 2

LA MEDICINA ANATOMOCLINICA, EL HIGIENISMO Y LA SALUD EN COLOMBIA DURANTE LA HEGEMONIA CONSERVADORA (1886-1930)

CONCEPCION HIGIENISTA DE LA SALUD, ESTADO Y CONSTITUCION EN 1886

A pesar de la insistente afirmación de que la Constitución de 1886 duró más de cien años, es posible observar que en los 63 actos reformatorios que padeció hubo cambios de gran envergadura, por lo menos en lo que se refiere al concepto del derecho a la salud que allí se expresa y a las decisiones políticas que de allí se derivan.

Es sabido que la Constitución Política de 1886 surge como una alternativa enfrentada a los desmedros del federalismo instaurado con la Constitución de Rionegro en 1863, hija del liberalismo extremo que se había consolidado desde mitad de siglo (Melo, 1989a: 32-40). Se trata de uno de los ejes del triunfo conservador liderado por Miguel Antonio Caro y Rafael Núñez, el cual plantea claramente la intención de constituir literalmente una nación ordenada y centralizada, que se expresa desde el momento mismo en que se lee el preámbulo constitucional:

> En nombre de Dios, fuente suprema de toda autoridad, y con el fin de afianzar la unidad nacional y asegurar los bienes de la justicia, la libertad y la paz (...) (Constitución, 1970: 7).

Este elemento unificador era tan central que desde este momento el proyecto de Regeneración se consolidó como el principal baluarte de la actividad política y administrativa del Partido Conservador. Sin embargo, este propósito de tipo coyuntural enunciado como antiliberal, tiene fundamentos liberales de los que nadie puede escapar y mucho menos una figura como Rafael Núñez. De este personaje controvertido de nuestra historia nacional se han dicho muchas cosas contradictorias, pero como afirmaba Luis López de Mesa, fue quizás "el único 'europeo' de los prohombres de nuestro siglo XIX" (López de Mesa, 1930: 71). Jaime Jaramillo Uribe lo presentó como:

> [Un] representante del neoliberalismo, es decir, de aquella corriente de ideas de la segunda mitad del siglo XIX que pretendió incorporar a la vida política algunos de los resultados concretos obtenidos por el liberalismo en sus luchas contra las formas ilimitadas del poder, rechazando sus bases metafísicas, sobre todo el armonismo del mundo social y todo postulado que pudiera conducir a conclusiones adversas a la existencia del Estado[1] (Jaramillo Uribe, 1962: 85-86).

Ya desde mediados del siglo pasado, las ideas liberales acerca de los derechos humanos, los principios de la Revolución Francesa, los planteamientos sobre el papel del Estado y la mano invisible de Adam Smith, eran suficientemente conocidos por los pensadores y grupos políticos como para pasar desapercibidos en la nueva constitución, e incluso comenzaban a hacer parte de la representación popular (Melo, 1989: 25-26). Sin embargo, los excesos y desmanes del liberalismo radical, reconocidos por el mismo John S. Mill, habían generado también la aceptación de límites muy claros que quedarían expresados en la reforma conservadora de Núñez y Caro. Tal vez por esto, el artículo 19 de la Constitución del 86 decía:

> Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en sus vidas, honra y bienes y asegurar el respeto recíproco de los derechos naturales, previniendo y castigando los delitos (Uribe Vargas, 1985: 1095).

Obsérvese que se habla de vida, honra, bienes, respeto recíproco y finalmente, derechos naturales y castigo de los delitos; todos principios liberales aceptados como derechos de los individuos en tanto que ciudadanos con nacionalidad (Títulos II y III), protegidos por el Estado. Formado el Regenerador en la tradición del pensamiento político inglés, que lleva de Locke a Stuart Mill, y en las corrientes del positivismo (aceptación de Spencer y rechazo de Comte),

siguió muy de cerca los problemas del Estado en los países europeos y americanos. Reflexionó seriamente sobre estas experiencias históricas para llegar a formular la versión de una carta constitucional que permitiese la unificación nacional y la intervención del Estado en la vida social: economía, educación, obras públicas, salud, etc.. sin renunciar, para cumplir con este propósito, a una buena dosis de autoritarismo y al recurso a la tradición (Jaramillo Uribe, 1974).

Es claro el contraste que existe entre las posiciones de la Regeneración y el radicalismo romántico del federalismo, tanto en el manejo del Estado como en la actitud hacia la salud pública. Pero para Núñez y sus copartidarios era claro que se debían aplicar restricciones a algunos de los derechos aceptados, los cuales, en exceso o en ciertas situaciones, podían generar desorden y anarquía, tal como venía ocurriendo desde mediados de siglo. Derechos como el de la libertad de prensa, podrían ser un verdadero descalabro en tiempos de guerra y debían ser claramente restringidos por un Estado fuerte y autoritario; el derecho a la vida o a la propiedad podrían entrar en discusión en caso de "delitos graves", de tal forma que el límite debía ser establecido por el Estado y no como se había propuesto en la Constitución de Rionegro (Melo, 1989b: 48-52). En últimas, se trata de un Estado que protege y asegura como un buen padre, es decir, de manera autoritaria, claramente normativa y restrictiva.

El Estado de la Constitución del 86 es el gestor del poder y el núcleo central del mismo. Pero no parece tratarse de un poder entregado por los ciudadanos a la manera del contrato de Locke, es decir, por consentimiento[2], sino un poder que emana de la autoridad de Dios como se enuncia en el preámbulo, e implica una potestad espiritual que se consolida con la explicitación del papel de la Iglesia Católica, la de todos los colombianos, "como esencial elemento del orden social" (Melo, 1989b: 50).

En este sentido, la Constitución del 86, en contra de su predecesora explícitamente atea, proclama la necesidad de dar a las creencias religiosas el papel cohesionador y a la Iglesia Católica, la guía de cualquier política social. Recuérdese que Núñez fue un convencido de los planteamientos del papa León XIII, en el sentido de considerar la cuestión obrera como la base de la política social, y el papel del Estado como el interventor redistribuidor de la riqueza en un sentido igualmente paternalista. De ahí el fortalecimiento de la idea del papel de la caridad cristiana en este propósito. Este curioso dualismo es lo que permite a Ligia Galvis afirmar que la Constitución del 86 es:

> Racionalista Demoliberal en apariencia y escolástica en la realidad: (...) nuestra Constitución presenta una estructura formal expresada en lenguaje demoliberal, y una organización del Estado de inspiración liberal clásica. Pero esta

> apariencia formal descansa en el espíritu escolástico que inspira la tarea de la Regeneración, el cual aparece postulado en el principio del reconocimiento de la majestad del poder espiritual y, especialmente, en la consideración de un individuo carente de vocación para el ejercicio de la autonomía política (Galvis, 1986: 223-24).

En este contexto, el Estado colombiano no se plantea la salud como un derecho inalienable de los individuos, sino que la asume como algo que entrega a sus ciudadanos necesitados en virtud de cierta forma de caridad pública. A partir de esta postura, el Estado toma bajo su responsabilidad aquellos problemas catalogados desde tiempo atrás como *higiene pública* y algunos de los de la *higiene privada*, sin relación alguna con la recuperación de la salud en caso de enfermedad. En el primer campo se ubicaban las 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. En el segundo, se incluían las acciones en el campo de la instrucción pública, con el fin de inculcar en el pueblo los preceptos de la urbanidad (Quevedo *et al.*, 1990: 24-27).

Para esta época el concepto de higiene se fundamenta en los grandes autores europeos del siglo XVIII, en especial de Thomas Sydenham y Hermann Boerhaave, ampliamente difundidos en Colombia gracias a los esfuerzos de José Celestino Mutis durante los últimos años de la Colonia (Quevedo y Vergara, 1988: 46-48). Dichos autores hicieron la relectura moderna, desde una perspectiva empirista, de los textos hipocráticos y marcaron una transformación importante tanto en la semiología médica como en la definición de acciones preventivas contra las enfermedades. En esta concepción, las enfermedades agudas o fiebres son causadas por el encuentro fortuito —en últimas, por voluntad divina, diría Sydenham— entre el individuo y los "miasmas", o sustancias pútridas del ambiente que surgen de las aguas estancadas y malolientes. Si se habla de la prevención de estas enfermedades estamos en el terreno de la higiene pública, de la cual debería encargarse el Estado, en tanto que lo público es claramente de su incumbencia, tanto en el modelo inglés como en el estado absolutista alemán del siglo XVIII. Si se trata de prevenir las llamadas enfermedades crónicas, nos encontramos ante un asunto de higiene privada, en tanto que la causalidad aquí se remite a un problema de hábitos personales (Laín Entralgo, 1982: 45-54). Aún, claro está, no se pensaba en la posibilidad de agentes causales biológicos manipulables, por lo menos a nivel de las decisio-

nes estatales, y apenas se comenzaban a conocer autores de la corriente fisiopatológica francesa, aunque con serias prevenciones[3].

La atención de las enfermedades de los individuos no era algo que pudiera plantearse en alguna relación con el papel del Estado, puesto que ese era un terreno perteneciente a la vida privada y cada quien por sus propios medios debería resolver tales problemas. Esta orientación de la política estatal de salud es una herencia colonial.

Ya desde los primeros años de la Colonia era manifiesta una política implícita del Estado en la cual el tratamiento de las enfermedades aparecía como un problema de los individuos mismos y no relacionada con la esfera del Estado. Este último lo único que debería garantizar era que el nivel técnico y jurídico de la práctica médica fuese el adecuado. Este fue el papel asignado al protomedicato en la Colonia y a la Universidad Central en los primeros años de la República[4]. Esta actitud está claramente relacionada tanto con las concepciones hipocrático-galénicas de la causalidad de las enfermedades, durante el período de los Austrias, como con la clasificación sydenhamiana de las enfermedades en agudas y crónicas, durante el período de los Borbones y la primera mitad del siglo XIX.

Durante la hegemonía conservadora, en el crisol de una mezcla de doctrina social cristiana y una concepción higienista aún sydenhamiana[5], aquel que no contaba con los recursos económicos necesarios, podría acudir a la caridad de los buenos cristianos pudientes, a través de las beneficencias y los voluntariados, o bien, a los servicios caritativos de las comunidades religiosas (Restrepo y Villa, 1980: 15-22). La Iglesia Católica cumplía así, cabalmente, su papel redistributivo de la riqueza a partir de la base sólida de la caridad cristiana, fuertemente inculcada a través de la educación primaria y secundaria, la cual constituía otro patrimonio de la Iglesia con excepción de ciertos niveles superiores de capacitación técnica. La atención de los enfermos, de aquellos que podían pagar o los que lograban ser atendidos en los hospitales de caridad, se fundamentaba especialmente en la mentalidad anatomoclínica francesa, traída a nuestro país bajo el liderazgo de Antonio Vargas Reyes[6].

Así las cosas, el derecho a la salud no aparecía posible y ni siquiera se concebía como tal, tanto en la estructura jurídico-política básica del Estado colombiano de final de siglo, como en la práctica médica cotidiana, esta última de corte francés, muy honorable, pero también muy despreocupada por el problema de lo colectivo. Sin embargo, la nueva constitución permite iniciar los primeros intentos de organización sanitaria nacional.

La Junta Central de Higiene: un comienzo incierto; la Facultad de Medicina: la consolidación de una mentalidad ya superada en el exterior

El Artículo 44 de la Constitución del 86 dice:

> Toda persona podrá abrazar cualquier oficio u ocupación honesta sin necesidad de pertenecer a gremios de maestros o doctores. Las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas. La ley podrá exigir títulos de idoneidad para el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares (Uribe Vargas, 1985: 1098-1099).

Con base en esta actitud, el gobierno expide la Ley 30 de 1886 "por la cual crea Juntas de Higiene en la capital de la República y en las de los departamentos o ciudades principales" y por el Decreto No. 119 del 12 de febrero de 1887 nombra los miembros de la Junta Central de Higiene, tomándolos de las ternas presentadas por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales (Colombia, Ministerio de Fomento, 1888: 174-175). Las juntas en los departamentos y principales ciudades no se instalaron, por falta de recursos financieros y humanos suficientes, pero la Junta Central de Higiene ejerció sus funciones de la mejor manera posible, tratando de adaptarse a las recomendaciones hechas por los países europeos, generadores del conocimiento médico en ese momento.

Las actividades más importantes realizadas por la Junta se encaminaron a tomar medidas para el control de las principales enfermedades consideradas en ese momento como epidémicas (la lepra, el cólera, la viruela, la peste y la fiebre amarilla), el manejo sanitario de las aguas, residuos, alimentos, etc., control sanitario de instalaciones públicas (asilos, hospitales, escuelas, etc.) y, tal vez lo más importante, aplicar los tratados internacionales para la cuarentena, con el fin de evitar tanto la entrada al país de enfermedades infecciosas nuevas como el aislamiento del comercio internacional.

Al respecto, se puede afirmar que desde el punto de vista de la salud existen en ese momento dos países:

En primer lugar, el país que mira hacia adentro, el cual mantiene aún la idea de que la salud es un problema de los individuos, los cuales deben procurarse por sí mismos los medios para comprar su salud, pagando la atención médica que sea necesaria. Ahora con un pequeño cambio: el Estado se siente con la obligación cristiana de procurar caritativamente la protección de quienes no tienen medios suficientes para comprar atención médica. En consecuencia, di-

cho país forma médicos de orientación anatomoclínica para que puedan atender a los cafeteros, a los incipientes industriales, a los funcionarios y trabajadores del ferrocarril, etc., y pone en marcha medidas sanitarias para evitar que los pobres se enfermen. El desarrollo de las facultades de medicina estará guiado entonces por esta orientación. Por eso, a pesar de los desarrollos europeos, se continúa fortaleciendo la enseñanza de una medicina anatomoclínica u hospitalaria en lo que resta del siglo XIX. En 1881, durante el primer gobierno del presidente Rafael Núñez, se afianza la orientación anatomoclínica del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional al introducirse la semiología como curso independiente. Antes, esta disciplina se enseñaba como un contenido más de las cátedras de patología y de clínica. Por otra parte, se crea también el curso de anatomía patológica especial en el mismo sentido. Se crea también una cátedra de toxicología (influencia incipiente de la medicina de laboratorio) unida a la de medicina legal, que ya existía (Miranda, 1984).

En segundo lugar, el país volcado hacia afuera, que aunque mucho más lerdamente, comienza a interesarse en no quedarse por fuera de los procesos del mercado internacional, y se preocupan por el saneamiento en los puertos y en las regiones cercanas al mar. En ese sentido es clara la afirmación del doctor Nicolás Osorio, miembro de la Junta y principal promotor político de la misma, quien dice en mayo de 1888:

> Vuestra comisión juzga que ha llegado la hora de que el gobierno celebre tratados internacionales a fin de convenir y adoptar reglamentos para que de este modo se pueda dar acertadamente principio al establecimiento de lazaretos en nuestros puertos y la creación del personal que deba formar el servicio sanitario de ellos. Como existen ya reglamentos internacionales entre las grandes potencias europeas que contienen todas las medidas cuarentenarias, he juzgado oportuno transcribirlos a continuación para que hagáis las modificaciones que creáis necesarias a fin de adoptarlas a nuestro país (Osorio, 1888: 147).

Esta propuesta del doctor Osorio es acogida parcialmente durante las últimas dos décadas del siglo XIX y sólo desde los primeros años del XX el gobierno nacional asume legalmente la reglamentación propuesta por las convenciones sanitarias internacionales en forma decidida, con la Ley 17 del 21 de agosto de 1908 "por la cual se aprueba una Convención Sanitaria y se dictan algunas disposiciones relativas al cumplimiento de ella". Se refiere a la "Convención Sanitaria *ad referéndum* concluida en Washington el 14 de octubre de 1905 y firmada por los Delegados de Colombia en el Tercer Congreso Sanitario Internacional Panamericano, reunido en Méjico el día 2 de diciembre de 1907"

(García Medina, 1932: 3-21). Posteriormente se aprueba la convención sanitaria suscrita en París el 17 de enero de 1912 por la Ley 109 de noviembre de ese año (García Medina, 1932: 22-43).

Sin embargo, no existe aún una estructura estatal capaz de asumir en la práctica el cumplimiento de tales reglamentos. Si bien la Junta Central de Higiene realiza una labor meritoria en los aspectos mencionados, no puede hablarse aún de una organización sanitaria nacional; no existen juntas departamentales ni representantes de la institución a nivel municipal o rural. Esto no implica que no fuera importante el trabajo llevado a cabo por médicos formados en Europa y en Estados Unidos, tal como lo muestra Néstor Miranda en los capítulos precedentes. Lo que significa es una gran dificultad del Estado colombiano para responder a estos retos impuestos por una economía fundamentalmente agroexportadora con un incipiente proceso de industrialización. En otros términos, el problema no parece ser simplemente ausencia de una capacidad técnica, aunque esto es innegable. La precariedad de la Junta Central de Higiene se relaciona con las dificultades del Estado y de la dinámica socioeconómica del país en su totalidad.

Con relación a la formación de recursos humanos en salud, la situación no es menos precaria a pesar de la conciencia de la necesidad de médicos para el país interno. Durante la guerra civil de 1885, por disposición del gobierno nacional, fueron suspendidos los estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Sin embargo, el rector de la facultad, Liborio Zerda, solicitó al presidente de la República la reapertura de la facultad pues los profesores y los empleados ofrecieron continuar trabajando sin remuneración (Zerda, 1888).

Desde el primer gobierno de Núñez se habían promulgado reformas universitarias tendientes a colocar la educación superior bajo el control directo del poder ejecutivo. Así, el secretario de Instrucción Pública debería asumir la rectoría de la Universidad Nacional. (Decreto No. 167 del 7 de marzo de 1881). De igual manera, el Concordato asegura a la Iglesia Católica un poder significativo al interior de las universidades. El rector, Liborio Zerda, fue el encargado de llevar a cabo esta política en la Facultad de Medicina (Miranda, 1984), al parecer con muy buen éxito si se le da crédito a las palabras del ministro de Instrucción Pública, José I. Trujillo, en su informe al Congreso de la República de 1892: "Las Facultades de Ciencias Naturales y de Medicina siguen su marcha ordenada y progresiva bajo la hábil dirección del señor Doctor Don Liborio Zerda, el decano de nuestros institutores universitarios" (Trujillo 1892: 20). Según Evaristo García, el doctor Zerda, en ejercicio de dicha política, separó de sus cargos a varios profesores opositores de Núñez y Caro, entre ellos a

Antonio Vargas Vega, Rafael Rocha Castilla, Proto Gómez, Juan D. Herrera y Manuel Plata Azuero. Efectivamente, en el *Informe* que Zerda entrega al ministro de Instrucción Pública en 1888, tanto Vargas como Herrera y Plata Azuero aparecen en la lista de profesores que trabajaron sin sueldo durante la guerra del 85 y luego, en la lista de docentes que continuaron después de la reapertura de 1886, ya no figuran. A partir de 1886, durante el rectorado de Liborio Zerda se modificó el reglamento de la facultad quedando definidas las cátedras de botánica, zoología, química inorgánica, física médica, química orgánica, anatomía —primero y segundo curso—, histología, fisiología, materia médica, farmacia, anatomía patológica, patología general, patología interna, terapéutica, patología externa, cirugía, obstetricia, higiene y medicina legal (Zerda, 1888: 25-28). Además las clases de clínica se dividieron en cuatro: la primera, de patología general y cirugía menor; la segunda, de patología interna; la tercera de patología externa y cirugía especial y la cuarta, obstetrical e infantil.

Por otra parte, también en 1881 se construyó con fondos nacionales un anfiteatro en el patio principal del edificio de San Juan de Dios y se reunieron en un solo laboratorio de química, con el de la facultad, el que había en el Colegio del Rosario, el del Instituto Nacional de Agricultura y el del Ministerio de Fomento. Allí se dictaban lecciones prácticas de química mineral y de química orgánica y biológica. Este, más las disecciones en el anfiteatro, eran los únicos estudios prácticos —además de las clínicas— que se efectuaban. En el año de 1887 se creó el Laboratorio de Histología Micrográfica. En 1890 ya se anuncia que en este laboratorio se podrán hacer investigaciones microscópicas y bacteriológicas (Zerda, 1890: 41-44).

Nótese la semejanza con el plan de estudios de la Facultad de Medicina de París de 1878 y 1883: Primer año, química médica, física médica, historia natural médica e histología. Trabajos prácticos obligatorios en los laboratorios: química, física, histología e historia natural. Segundo año, anatomía, histología. fisiología, patología interna y patología externa. Trabajos prácticos: anatomía y clínica. Tercer año, anatomía, histología, fisiología, anatomía e histología patológicas, patología interna, patología externa, técnica operatoria, terapéutica, materia médica y farmacología. Trabajos prácticos: anatomía y clínica médica y quirúrgica. Cuarto año, patología interna, anatomía patológica, patología y terapéutica generales, patología experimental, patología externa, técnica operatoria, higiene, medicina legal, farmacología, partos y enfermedades de la mujer, historia de la medicina y de la cirugía. Trabajos prácticos: anatomía patológica, clínica médica y quirúrgica, clínica obstetrical, clínicas especiales (De Asúa, 1986: 83).

Con excepción de la historia de la medicina y de la patología experimental, que ya denotan dos avances importantes, el resto de las asignaturas teóricas y de las prácticas son las mismas. La influencia de la Facultad de Medicina de París será importante en todo este período, no solamente para Colombia sino para muchos países de Latinoamérica: La facultad de medicina de Buenos Aires, por ejemplo, aprobó en 1880 un plan de estudios que era también una copia del de 1878 de París (De Asúa: 1986).

Una actividad que sí no fue copiada de París fueron las conferencias

> Muy dignas de encomio (...) que sobre Religión Cristiana ha hecho (...) todos los jueves de la semana el señor Doctor D. Rafael María Carrasquilla (...) han sido conferencias filosóficas y científicas de carácter elevado, adecuadas a los intereses profesionales de los alumnos de la Escuela, y en las que la erudición y amenidad del orador han mantenido cautiva la atención de los jóvenes que sin distinción de opiniones políticas, concurren asiduamente y con notable interés (Zerda, 1890: 47).

Existía otro mecanismo más sutil de mantener cautiva la atención, especialmente para los docentes: los catedráticos eran renovables cada año por disposición del Decreto No. 114 del 3 de marzo de 1891 (Trujillo, 1892: 20).

Sólo a finales de este siglo XIX aparecen en Colombia algunos intentos de una medicina de laboratorio, especialmente en el campo etiopatológico, en el cual la necesidad de infraestructura técnica es menor. Se crean algunos laboratorios bacteriológicos, pero se trabaja poco en el ámbito de la fisiología que requiere del análisis físico y químico.

Las intenciones centralistas y de unificación nacional de los reformadores del 86 —no sólo en el terreno de la salud— se vieron enfrentadas a diversos obstáculos que aplazaron por algunas décadas su puesta en práctica efectiva. Algunos de estos obstáculos fueron coyunturales y otros de carácter más estructural. No podía constituirse un Estado nacional sobre la base de una economía precapitalista, de una fragmentación territorial evidente, y sin contar con una élite intelectual y política que conociera los mecanismos del Estado moderno.

Por eso, casi 20 años después de promulgada la Constitución de la Regeneración el país se encontraba aún en una situación "pastoril". Un autor moderno, refiriéndose a quienes estuvieron al frente de nuestra sociedad en el momento de la separación de Panamá, afirma:

> La ignorancia de las condiciones imprescindibles del Estado moderno —la técnica incorporada a la industria, la agricultura transformada sobre esa base y orgánicamente vinculada a ella, la ciencia matematizada, la defensa atenta

> a los avances técnicos y a las determinaciones geográficas— los llevaba a manejar los asuntos nacionales como los de un señorío precapitalista, la hacienda del señor Marroquín, por ejemplo, "Yerbabuena", donde las relaciones entre la gente eran transparentes y sin mediaciones burocráticas; la inmersión en la vida campesina del país campesino como que les hubiera impedido la comprensión, la sensación siquiera de las corrientes nuevas que conformaban el mundo contemporáneo. El campo era su atmósfera (Mesa, 1980: 88).

No obstante, los años comprendidos entre el final de la Guerra de los Mil Días y la primera guerra mundial son decisivos para la superación de la decadencia económica que vivió Colombia en el siglo XIX. "Pocos países han logrado tasas de crecimiento del producto total y per cápita tan altas como las que alcanzó Colombia después de 1910", escribe William Paul McGreevey (McGreevey, 1982: 287). Las condiciones políticas propicias para este cambio fueron creadas durante el gobierno de Rafael Reyes, gracias al ambiente de paz de estos años. Con este proceso comienza también la transformación de la actitud y el papel del Estado colombiano frente a la salud de los colombianos y su traducción en decisiones organizativas y acciones contundentes.

El Consejo Superior de Sanidad y la nueva Junta Central de Higiene: una transición inevitable; la Facultad de Medicina: hegemonía de una tradición, primeros signos de cambio

Emblemáticamente, el arranque de la industria nacional moderna puede ubicarse en la empresa textil creada en Medellín, hacia mediados de la primera década, por Pedro Nel Ospina. Poco a poco van surgiendo otras fábricas de textiles, vidrio, loza, cerveza, etc., en los sitios que serán los polos de desarrollo de la industria nacional: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali y otras ciudades. La política proteccionista y de estímulos de Reyes fue pieza esencial de este cambio.

En 1916 existían en Bogotá 13 establecimientos industriales, en Antioquia más de 25 y 18 en la Costa Atlántica. Tales establecimientos funcionaban ya sobre la base de relaciones de producción capitalistas y contaban con una tecnología cualitativamente diferente a la que utilizaban las empresas existentes en 1900. "No obstante, hasta los años treinta la industria nacional seguiría limitada por la asfixia y la desarticulación de los mercados y por la concurrencia externa" (Bejarano, 1980: 23). Pero el impulso inicial, ciertamente se dio en las dos primeras décadas de este siglo.

El café, que había enfrentado su primera crisis seria a finales del siglo XIX, se consolida después de la Guerra de los Mil Días como el primer producto agrícola del país. Es clara la expansión cafetera entre 1900 y 1925. Los departamentos de Antioquia y Caldas se definieron como los primeros productores del grano, desplazando a Cundinamarca, Santander y Tolima. Este hecho está vinculado estrechamente con el proceso de la creación de la industria antioqueña. Y, lo que es muy importante, genera una dinámica económica en el sentido de la creación de un mercado nacional, gracias a que

> Implicó el surgimiento de un conjunto de sectores complementarios o el fortalecimiento de otros sectores fundamentalmente urbanos que en cuanto se convertían en fuente de generación de empleo, atraían mano de obra de los sectores de subsistencia, ampliando el trabajo asalariado y con él la esfera de circulación de mercancías (Bejarano, 1980: 30).

La economía cafetera también impulsó otro sector importante para esa época: el de los ferrocarriles. Entre 1898 y 1914 prácticamente se duplicó la red ferroviaria: de 593 km a 1.143 km. La mayor parte de este tendido ferrocarrilero se utilizaba para el transporte de café hacia los mercados internacionales. El general Reyes fue gran promotor de estas empresas, adelantadas mediante inversiones extranjeras directas. Estas inversiones también irrigaron la minería y la producción del banano.

Entrando en la segunda década de este siglo el país tiene frente a sí una serie de exigencias en materia de salud, derivadas de una nueva situación productiva y de poblamiento. La presencia de los Estados Unidos es cada vez más clara en la economía, la política y, también, en el campo de la salud. Y el proceso será ascendente. Frente a esta situación los médicos colombianos intentan dar respuestas apoyándose en un aparato estatal menos frágil que el de finales del siglo pasado: el Consejo Superior de Sanidad que rápidamente se convertirá en la nueva Junta Central de Higiene.

El Segundo Congreso Médico de Colombia, reunido en Medellín en 1913, lanza la idea de restructurar la higiene pública en nuestro país para que cumpla adecuadamente con los propósitos estatales de intervenir en la situación de salud de la población. Tal idea fue presentada al Congreso nacional por el médico Jorge Enrique Delgado Samper, senador por Antioquia, lográndose la expedición de la Ley 33 de 1913, por la cual se crea el Consejo Superior de Sanidad. Este Consejo estaba constituido por tres profesores de medicina, un profesor de ciencias naturales y un bacteriólogo; dependía del Ministerio de Gobierno y tenía la asesoría directa, por ley, de la Academia Nacional de Me-

dicina. La misma ley estableció tres niveles más de la organización constituidos por las juntas departamentales de higiene, las juntas de salubridad y las comisiones sanitarias (García Medina, 1914: 49-52).

El doctor Pablo García Medina, el principal protagonista del proceso de organización sanitaria nacional, explica las bases conceptuales de este esquema diciendo que la higiene y específicamente la "profilaxis, es un arte basado en las ciencias experimentales", el cual debe estudiar en primer lugar el medio físico que nos rodea. Conociendo la etiología de una enfermedad transmisible, es necesario examinar las "condiciones climatéricas y las condiciones sociales que imponen sus leyes" y que ofrecen circunstancias adversas para la salud y a favor de tal etiología; por esta razón, sugiere el doctor García, se requieren estudios locales en cada una de las regiones colombianas para construir por fin la "Geografía Patológica de Colombia". Esta es la principal función encomendada a las juntas departamentales de higiene (García Medina, 1914: 50).

Estos conceptos expuestos por el doctor García Medina son evidentemente influidos y derivados de la etiopatología francesa, así como por los desarrollos conceptuales que sobre la higiene se han venido dando ligados a las políticas sanitarias internacionales que en ese momento comienzan a ser controladas, al menos en el continente americano, por los Estados Unidos.

La predominancia de las concepciones francesas, inglesas y alemanas se evidencia también en los artículos traducidos para las revistas médicas de la época, como la actualización sobre la peste que presenta el doctor Albert Calmette en la Conferencia Sanitaria Internacional de París, traducida en la *Revista de Higiene*, órgano de información del Consejo Superior de Sanidad y de la Junta Central de Higiene (Calmette, 1914); en las citas permanentes a Pasteur, Koch, Kitasato, Jersin, Lowson, Wilms, etc.,[7] y los libros de texto recomendados para las cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del XX (Zerda, 1890).

Esta nueva organización, apoyada en los conocimientos científicos de la época, tiene ahora 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[8].

El Consejo Superior de Sanidad es transformado nuevamente, por la Ley 84 de 1914, en la Junta Central de Higiene, adscrita al Ministerio de Gobierno[9]. Esta nueva ley ordena que las disposiciones emanadas de la junta y de las direcciones departamentales de higiene (antes juntas departamentales) sean obligatorias y que las autoridades de los municipios y de los departamentos las

hagan cumplir. Además, queda claramente establecido el papel de asesor científico de la Academia Nacional de Medicina. En otras palabras, se acentúa el papel legislativo e interventor del Estado en la salud por medio de la organización sanitaria (García Medina, 1915: 4-7).

Pero esto no quiere decir que funcionara a cabalidad. El mismo García Medina se quejaba así de las dificultades que enfrentaba para que la junta pudiera ejercer las funciones que se le adjudicaban:

> La indolencia del público y de muchas autoridades es otro obstáculo para la obra sanitaria. A pesar de que la ley 84 de 1914 declaró obligatorias las disposiciones emanadas de esta Junta y de las Direcciones Departamentales de Higiene, las autoridades de los Municipios y de los Departamentos rara vez las hacen cumplir, y el pueblo que no comprende el beneficio que de ellas se deriva, les opone resistencia casi invencible (García Medina, 1915: 9).

El problema es grave: unos pocos médicos involucrados en una nueva manera de entender la prevención y la higiene, y un pueblo, e incluso sus autoridades, con otra visión del mundo y de la salud que poco se interroga. Para estos preclaros científicos el problema es de ignorancia, falta de espíritu público y atraso:

> En los países bien organizados son onerosas muchas funciones que se rozan con la Higiene, y los ciudadanos las desempeñan gustosamente; tal pasa con la inspección médica escolar y la vacunación antivariólica. Entre nosotros falta espíritu público y muchas personas rehúsan el cargo hasta de miembros de una comisión sanitaria transitoria (García Medina, 1915: 10).

Esta situación se relaciona fuertemente con el lugar que ocuparán las políticas de salud en el Estado colombiano de las siguientes décadas.

Para la educación en general, el comienzo del siglo XX estará marcado por los procesos de decadencia de una generación pragmática o costumbrista que caracterizó a la llamada "república señorial" de finales del siglo XIX y el ascenso de una generación modernista o republicana que representaba los inicios de la versión moderna de la burguesía (Ocampo López, 1984 262-297). La mayoría de miembros de esta última adoptan una posición más claramente positivista con respecto a los problemas científicos y técnicos y sus relaciones con el desarrollo industrial (Miranda, 1984).

La educación médica no podía quedarse al margen de estas tendencias. En este entorno sociopolítico e ideológico se dan los primeros pasos de una titubeante medicina de laboratorio, aunque con un considerable desfase respecto

de los avances europeos. A pesar de que ya en 1897, el doctor Pablo García Medina había iniciado sus planteamientos sobre la aplicación del método experimental a la clínica (García Medina, 1897) y aunque los trabajos de Claude Bernard ya se publicaban en algunas revistas médicas colombianas de finales del siglo XIX, sólo a partir de 1900 encontramos médicos que de una forma clara han asimilado el espíritu positivista y experimental de la clínica fisio y etiopatológica (Quevedo, 1987: 1411). Es en estos momentos cuando el doctor José María Lombana Barreneche expone en sus cátedras de la Universidad Nacional un enfoque fisiopatológico de la enfermedad. Según Néstor Miranda "en esta misma perspectiva fisiopatológica trabajó el doctor Alfonso Esguerra sobre todo a partir de 1928 cuando sucedió al profesor Julio Aparicio en la cátedra de fisiología de la Universidad Nacional en donde adelantó un sistemático trabajo experimental que lo consagró como a uno de los pioneros de la endocrinología" (Miranda, 1984).

Sin embargo ya desde 1897, el doctor Nicanor G. Insignares, médico y en ese entonces ministro de Instrucción Pública, presentó a la Academia Nacional de Medicina un proyecto de reforma de la facultad en el cual se proponía la creación de una *escuela práctica de medicina*, en un edificio separado del Hospital San Juan de Dios, para evitar las infecciones a que estaban expuestos los enfermos por la presencia de los anfiteatros en el mismo hospital y para adecuar la enseñanza al "sistema seguido en países más adelantados, cuyo ejemplo debemos tener presente, sobre todo en materia de instrucción pública" (citado en Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, 1898: 21). Se refiere fundamentalmente a Francia y en particular a la Facultad de Medicina de París en donde se ha creado dicha École Pratique desde 1878 (De Asúa, 1986: 81). La enseñanza práctica que deberá darse en esta nueva escuela propuesta "ha de versar principalmente sobre Anatomía descriptiva, Fisiología experimental, Medicina operatoria, Anatomía patológica, Histología y Bacteriología" (Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, 1898: 19).

Así mismo se propone en dicho plan de reforma, la modificación de las clínicas ya que:

> La instrucción en la práctica de la Medicina, a la cabecera del enfermo, no puede jamás ser completa, si no se reglamentan y dirigen acertadamente las investigaciones clínicas; y esto no es posible tal como se proveen las plazas de Practicantes en el Hospital de San Juan de Dios y se hace el servicio científico en el mismo Establecimiento (Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, 1898: 22).

Se propone crear también una *escuela de comadronas y obstetricia*. Como única respuesta a esto, el 7 de mayo de 1898, el Ministerio dictó la resolución por la cual se establece que las plazas de practicantes del hospital se provean por oposición siguiendo las normas de la propuesta de reforma (Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, 1898: 27).

Por tanto, esta propuesta, aunque refleja una mayor intención de ponerse al día en los adelantos franceses, por ahora se queda en el papel. Así lo deja ver el informe que el doctor Nicolás Osorio, como rector de la facultad, envía al doctor Diego Rafael de Guzmán, ministro de Instrucción Pública, el día 12 de marzo de 1898, en el cual le da cuenta del mal estado en que se encuentra el material docente para los estudios prácticos y la casi imposibilidad de seguirlos dictando en las condiciones actuales si no se provee a la facultad de estos materiales (Osorio, 1898: 9-11). Todavía en 1912, en el informe del rector, doctor Hipólito Machado, el problema continúa igual y, a pesar de algunos mínimos cambios locativos, los anfiteatros siguen en el hospital y la Escuela Práctica no es aún una realidad, tal como estaba pensada, aunque se dicten algunas lecciones prácticas de física, química y anatomía (Machado, 1912).

Durante la Guerra de los Mil Días la facultad fue cerrada varias veces y sus locales ocupados por el ejército. Sin embargo se dictaron en algunos momentos las clases prácticas. En 1903 se reabrió la facultad porque su edificio le fue devuelto. Ese mismo año se inauguró el curso clínico de órganos de los sentidos y en 1904 se abrió la nueva biblioteca (Osorio, 1904: 37).

En 1909 el ministro de Instrucción Pública solicitó al Congreso Nacional recursos económicos para crear las asignaturas de radiología y radioterapia justificándose de esta manera:

> Los estudios de Medicina quedarían resagados entre nosotros, si la Facultad no estuviese atenta a los progresos prácticos que en algunos ramos se han alcanzado con prodigiosa rapidez, particularmente en Francia, Alemania y los Estados Unidos (Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, 1909: 362).

Vale la pena señalar el nuevo interés de mirar también hacia Estados Unidos, lo que significa que la medicina no se está quedando muy atrás en el viraje que el país está dando hacia la modernidad desde el inicio del gobierno del general Reyes (1904-1909) (Miranda, 1989: 270). Dichas asignaturas no se iniciarán sino hasta después de 1917 cuando llegue al país el doctor Peer M. Lund especialista contratado por el gobierno nacional para tal enseñanza (Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, 1917).

Con la llegada del doctor Roberto Franco al país en 1905 se abre la Clínica de Enfermedades Tropicales. El doctor Franco se había graduado en la Universidad Nacional en 1897 con una tesis sobre el cólera (Osorio, 1898: 19). Luego estudió en la Facultad de Medicina de París (de 1898 a 1904) y en el Instituto Pasteur. A continuación trabajó en el Hospital Sadiki de Túnez y efectuó una breve permanencia en la London School of Tropical Medicine. Estas experiencias lo condujeron a comprender la importancia de los análisis microscópicos para el diagnóstico de las enfermedades tropicales y a interesarse en la posibilidad de impulsarlos en nuestro país. A ese respecto, vale la pena anotar que fue uno de los principales impulsadores de la fundación de laboratorios clínicos privados y públicos (Miranda, 1989: 272).

En la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, se habían dado algunos intentos de crear una cátedra de medicina desde 1834 (Robledo, 1951: 77 y ss.) pero con malos resultados debido, entre otras cosas, a las tantas guerras civiles que impidieron mantener la continuidad en los estudios. Por la Ley 198 del 14 de octubre de 1871 se propone la creación de una facultad de medicina en Antioquia, la cual empezó propiamente en 1872 con los siguientes cursos: anatomía descriptiva, histología, fisiología, patología general, patología interna, química orgánica, química mineral y botánica (Serna de Londoño, 1984: 72-84). Como puede verse, este plan de estudios es también de orientación fundamentalmente anatomoclínica. Allí se destacaron como primeros docentes, los doctores Julián Escobar, Aureliano Posada, Andrés Posada Arango, Manuel Uribe Angel, José Ignacio Quevedo y muchos otros.

Persiste pues la hegemonía de la mentalidad anatomoclínica, pero comienzan a sentirse algunos remezones en su interior, tendientes a la introducción de la medicina de laboratorio de orientación positivista, aunque todavía muy leves[10].

La higiene: ¿en agricultura o en educación?

Por la Ley 32 de 1918 se transforma la Junta Central de Higiene en Dirección Nacional de Higiene, dependiente ahora del Ministerio de Instrucción Pública, y por el Decreto No. 266 de 1920 se adscribe con el mismo nombre, al Ministerio de Agricultura y Comercio (De Aguilar y Silva López, 1979). Estos cambios tienen relación con aspectos estructurales y conceptuales desde el punto de vista de la higiene, que analizaremos más adelante; por el momento podría decirse que obedecen a relaciones especiales con el contexto sociopolítico y

económico del momento, tanto nacional como internacional, a partir de ciertas relaciones que pueden establecerse.

En primer lugar, es posible observar una clara vinculación de la higiene con la explotación agrícola y el comercio, expresada así por el doctor García Medina:

> Este estudio (el de la Geografía Patológica de Colombia) no es sólo la base en que debe apoyarse la organización de la lucha contra las enfermedades que en nuestros varios climas reinen, sino que servirá para demostrar que si en nuestros territorios hay extensas regiones, si ricas por su fertilidad y asombrosas por su riqueza, temibles por lo insalubres, también las hay bellas y ubérrimas, exentas de las grandes infecciones tropicales, que a la labor y a la fortuna están convidando a aquella inmigración fuerte y sana que venga ciertamente a prestar sus brazos a útiles empresas (García Medina, 1914: 51).

Podría decirse entonces que 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.

En segundo lugar, la higiene también está vinculada con la "prosperidad" o el aumento en la producción nacional, según lo manifiesta el doctor Manuel Lobo, miembro de la Junta Central de Higiene:

> Todas las naciones consideran como esencial factor de prosperidad el aumento de población. Para obtenerlo abren sus puertas a los inmigrantes, buscan los medios de aumentar la natalidad, mediante el bienestar nacional, y de disminuir la mortalidad poniendo en planta las reglas de la Higiene (Lobo, 1914: 110).

Esta vinculación se evidencia también con la petición que hace el ministro de Agricultura y Comercio, Jesús del Corral, a la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller, en 1919, con el fin de iniciar la campaña contra la uncinariasis en Colombia (Fundación Rockefeller, 1937: 15), teniendo en cuenta la alta prevalencia de esta enfermedad en las regiones de mayor producción agrícola, en especial la zona cafetera[11].

Con base en lo anterior, no es extraño que la Dirección Nacional de Higiene se incluya en el Ministerio de Agricultura y Comercio. Como se señaló anteriormente, el aumento de la producción cafetera es muy importante entre 1910 y 1925.

Finalmente, la higiene se relaciona directamente con la educación, basándose en el concepto de la norma de higiene como un patrón de comportamiento

aprendido socialmente; el mismo doctor Lobo plantea al respecto: "La Higiene es ante todo educación, y como tal necesita penetrar profundamente en el cerebro de las colectividades para que éstas se la asimilen" (Lobo, 1914: 109).

Con base en estas afirmaciones se justifica igualmente que la Dirección Nacional de Higiene se adscriba al Ministerio de Instrucción Pública, al cual vuelve por el Decreto No. 1704 de 1923 y permanece hasta 1931, incidiendo hasta en el nombre mismo del ministerio, el cual se denominará desde 1925, Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas (De Aguilar y Silva López, 1979: 15-22).

Este vaivén en la ubicación de los organismos de higiene muestra cierta contradicción planteada durante estas primeras décadas del siglo, consistente en la dificultad de priorizar las políticas y las acciones sanitarias hacia el problema social y económico nacional o hacia el asunto del individuo y su comportamiento. En todo caso aparecen decisiones encaminadas en ambos sentidos y solamente hasta la década del treinta, el Estado tomará una opción, en el sentido de involucrar la higiene dentro de las políticas sociales, problema que será abordado más adelante.

Segunda década de este siglo: el desarrollo técnico a través de la Dirección Nacional de Higiene; lento viraje de la Facultad de Medicina hacia el sanitarismo

Uno de los principales protagonistas del proceso de estructuración de las primeras formas de organización sanitaria hasta la década del treinta, fue el doctor Pablo García Medina (1858-1935), quien aportó su esfuerzo y dedicación para este propósito desde 1913, en el Consejo Superior de Sanidad, hasta 1931, cuando logra la ubicación del Departamento Nacional de Higiene como un departamento administrativo independiente, por la Ley 1a. de ese año. El doctor García Medina fue profesor de fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, miembro directivo de la Academia Nacional de Medicina y permaneció en la organización sanitaria del país durante casi 20 años. Es precisamente durante este período que realiza sus más valiosos aportes: una legislación aclamada de la higiene pública y privada y un modelo de organización sanitaria ejemplar para los países latinoamericanos, durante toda la década del veinte (Aparicio, 1951).

Tal modelo era el de la Dirección Nacional de Higiene, creada por la Ley 32 de 1918, como se mencionó anteriormente. El doctor García Medina men-

ciona así la importancia de esta Dirección, durante la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad reunida en Washington en septiembre de 1926:

> El Congreso de 1918 simplificó el servicio suprimiendo las Juntas, tanto la central como las departamentales, a fin de establecer una Dirección unitaria, que no tuviera los inconvenientes que en muchas ocasiones tienen las corporaciones, especialmente cuando en presencia de epidemias, hay que dictar y hacer cumplir las disposiciones profilácticas (García Medina, 1927: 4).

La Dirección Nacional de Higiene es manejada por un director, que es el jefe del servicio sanitario de toda la República y a quien corresponde "dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en la Nación, así como la organización del servicio médico y la policía sanitaria en todos los puertos marítimos y fluviales del País" (García Medina, 1927: 4). En los departamentos, el director nombra los directores departamentales de higiene y en las principales ciudades, existe:

> [Un] servicio local de higiene a cargo de dos médicos higienistas, un bacteriólogo, un químico y un ingeniero municipal [Además], cada municipio cuya población pase de cuatro mil habitantes está obligado a sostener una Junta o Comisión de Sanidad Municipal, compuesta de un médico, del Alcalde y de un miembro del Consejo, Comisión encargada de la sanidad del municipio respectivo (García Medina, 1927: 5).

Este tipo de organización permitió, bajo la dirección del doctor García Medina, el desarrollo de importantes campañas contra la uncinariasis, la fiebre amarilla, el paludismo, el pián[12], etc. Igualmente permitió la reglamentación de medidas de sanidad en los puertos, de lucha contra la tuberculosis, contra la morfinomanía, contra el alcoholismo, así como medidas de saneamiento de las ciudades, con la dotación de acueductos modernos, única manera de combatir la fiebre tifoidea, la amibiasis y las disenterias (Aparicio, 1951). Por las condiciones del país, obviamente los resultados fueron modestos. Pero ya no cabía duda sobre la importancia de estas medidas de saneamiento.

También durante la gestión del doctor García Medina, se alcanza una infraestructura básica para el desarrollo de la organización sanitaria del Estado, en la que cabe resaltar las decisiones políticas que veremos a continuación.

En 1925, se adiciona por ley —la Ley 15 de enero de ese año— el control de la asistencia pública a la Dirección Nacional de Higiene, con lo cual comienza el control estatal de las instituciones privadas y de beneficencia que prestan

asistencia pública, entendida como atención en salud a quienes no pueden por sus propios medios costearse el servicio. Acerca de este concepto el doctor García Medina viene planteando sus bases desde 1919:

> Asistencia Pública comprende: 1. Socorros médicos, farmacéuticos, alimenticios e higiénicos llevados a domicilio a los enfermos que los necesiten; 2. Servicios de consultas o "dispensarios" gratuitos, hospitales, hospicios, asilos para indigentes y para enajenados y demás establecimientos de esta naturaleza. Es necesario legislar sobre este asunto de tan alta importancia, a fin de hacer nacional este servicio en cuanto a su organización para que haya un plan uniforme y para establecer la debida separación entre la asistencia pública, que es un asunto administrativo y la beneficencia, que busca en la caridad los medios de hacer el bien (García Medina, 1919: 285).

En 1926, el Departamento crea el Instituto Nacional de Higiene y compra el Laboratorio Samper y Martínez —de propiedad de los doctores Bernardo Samper y Jorge Martínez Santamaría— para el servicio de la higiene pública. En este mismo año, se construye el Palacio de Higiene, edificio en el que se centralizaron todas las dependencias de la Higiene.

En 1927 se crea la Escuela de Farmacia, como dependencia de la Facultad de Medicina de Bogotá, por la Ley 11 de ese año y en 1930, la Escuela Nacional de Enfermeras, con la participación de dos enfermeras norteamericanas y la dirección del doctor José María Montoya. Por esta vía se fortalece también la incidencia norteamericana en la formación de profesionales no médicos para el trabajo de la asistencia y la salubridad públicas.

En 1931, por la Ley 1a. de ese año, se crea el Departamento Nacional de Higiene como un estamento autónomo en la administración pública nacional, independiente del Ministerio de Educación al cual se encontraba adscrito. Este tal vez fue el punto más alto de la organización sanitaria en este período, pero dura muy poco porque esta forma de organización fue recusada por ciertas fallas de constitucionalidad, por lo cual la Dirección permaneció en el Ministerio de Gobierno casi hasta el final de la década del treinta[13] (Patiño Camargo, L., 1934). Tal parece que aún no logran los médicos tanta fuerza política ni técnica como para crear un ministerio independiente para la higiene.

En el plano de las políticas prioritarias que se instauran, el Artículo 5o. de la Ley 1a. de 1931, crea la Sección de Protección de la Infancia, dirigida por el doctor Rafael Barberi y el Artículo 6o. crea las oficinas departamentales de dicha sección, lo cual habla de un grupo prioritario en las políticas sanitarias del momento (Colombia, Departamento Nacional de Higiene, 1932b: 108). Sin embargo, el Decreto No. 123 de 1931 la reubicó en la Sección de Higiene

General y Asistencia Pública, "por no haber quedado en el Presupuesto la partida necesaria para el personal de la citada Sección" (Colombia, Departamento Nacional de Higiene, 1931: 5).

Para dar una idea del tipo de trabajos que realizaba la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública creada en 1925, señalaremos las dependencias de las dos secciones en que se dividía en ese momento, según informe de García Medina a la Oficina Sanitaria Panamericana:

Primera: Higiene General y Administrativa, que comprende:

a. Reglamentación de la higiene urbana y rural;
b. Provisión de aguas potables, alcantarillado, desagües, etc.;
c. Inspección de las substancias alimenticias, de las drogas y demás medicinas; reglamentación de la producción y del expendio de bebidas, especialmente de las fermentadas, alcohólicas o destiladas;
d. Sanidad y Policía Sanitaria;
e. Higiene Escolar;
f. Estadística demográfica y nosográfica de la República;
g. Laboratorios oficiales e inspección de laboratorios biológicos en general;
h. Reglamentación de las industrias peligrosas para la salud;
i. Profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y campaña contra las epidemias, y
j. Reglamentación del servicio de vacunación.

Segunda: Asistencia Pública Nacional, que comprende:

a. Inspección de los hospitales, asilos, hospicios, orfelinatos, gotas de leche, salacunas, consultorios gratuitos, dispensarios, casas de salud, y demás establecimientos de esta clase, sean oficiales o particulares;
b. Protección de la infancia y servicios relacionados con ella;
c. Habitaciones para obreros y para las clases pobres;
d. Vacunaciones diversas;
e. Inspección médica de las escuelas y colegios, tanto públicos como privados;
f. Inspección técnica de higiene (servicio sanitario de las habitaciones, casillero sanitario, desinfecciones, etc.); y
g. Inspección de fábricas.

En cumplimiento de esta ley se están organizando los servicios destinados a la lucha contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el alcoholismo; y se ha principiado a organizar la protección de la infancia de acuerdo con las ideas modernas de higiene social (García Medina, 1927).

El doctor García Medina fue aclamado y puesto como ejemplo a nivel internacional por las conferencias panamericanas sanitaria y de directores de sanidad, por el director de la Fundación Rockefeller y por el doctor Emilio R. Coni, higienista argentino famoso, quien en una de sus obras dice:

> Es con estas atribuciones como comprendo un verdadero Director General de Higiene, y de desear sería que los demás países suramericanos imitaran el ejemplo de Colombia (...) Es alto timbre de honor que Colombia haya realizado la unificación de los servicios sanitarios en forma tal, no igualada por sus hermanas y por la que vengo abogando por muchos años en la Argentina (Colombia, Departamento Nacional de Higiene, 1931).

En la Facultad de Medicina, durante esta segunda década del siglo XX, continúa el proceso de penetración y consolidación de la medicina de laboratorio, aunque no con la velocidad con que están ocurriendo los cambios a nivel estatal. Parece ser que el país interno se mueve mucho más lento que el que mira hacia afuera.

En 1925 llega el gabinete de fisiología experimental que se había solicitado. Se propone además la creación de las facultades de odontología, farmacia y enfermería. También se propone la creación de un instituto de parasitología, dependiente de la facultad, que se convierta en un centro de investigación científica nacional (Colombia, Ministerio de Educación, 1925: LXXIII).

Por otra parte, bajo la rectoría del mismo doctor Roberto Franco, se crean en ese año cuatro nuevas cátedras: primer curso de policlínica y aprendizaje de cirugía menor; segundo curso de policlínica con lecciones de clínica terapéutica; clínica de enfermedades mentales y curso de parasitología. Con respecto a este ultimo curso y a la Facultad de Farmacia, Roberto Franco, rector de la facultad se refiere así:

> Podemos decir que el estudio de la Parasitología, que hace cerca de 20 años solicitamos en nuestra Facultad, está todavía por iniciar, y nada que nos pertenezca más en propiedad y que merezca más atención por parte del gobierno que este ramo de la medicina (...) El dominio de nuestras regiones tropicales y el progreso del país dependen de la solución que demos a este problema (Franco, 1925: 63).

Respecto de la Facultad de Farmacia, el mismo doctor Franco afirma:

> La creación de la Facultad de Farmacia (...) además de los servicios que prestaría como auxiliar de los estudios médicos y del ejercicio de nuestra profesión, contribuiría poderosamente al mejor conocimiento y explotación de va-

> liosísimas e ignoradas riquezas que tenemos en nuestras plantas medicinales y los alcaloides que de ellas se obtienen. Las luchas contra la anemia tropical y contra la malaria, para no hablar sino de dos de nuestros principales flagelos, pero sin duda los que hacen mayores estragos en nuestro país, sería poderosamente secundada con la preparación de extractos vegetales o alcaloides (quenopodio y quinina) que son armas indispensables para luchar contra ellos (Franco, 1925: 63).

Es notoria la influencia de la concepción sanitarista del rector y de la conciencia de trabajar sobre los problemas sanitarios nacionales. También se puede inducir fácilmente la relación con toda la actividad que viene desempeñando en el campo de la salud pública, la sección de uncinariasis, de la cual hablaremos más adelante.

De todas formas, la hegemonía de la medicina francesa sigue siendo muy significativa. Un ejemplo claro será la solicitud del doctor Carlos Esguerra al gobierno nacional para contratar una misión francesa que visitara y orientara la facultad, hecho que se cumplirá en la década siguiente (Colombia, Ministerio de Educación, 1931: 29).

LA CONSOLIDACION DE LA MEDICINA DE LABORATORIO EN BRASIL Y MEXICO

Aunque todavía no se ha hecho un estudio comparativo serio del proceso de difusión, recepción y asimilación de la medicina de laboratorio en los diferentes países de América Latina, sí existen algunos estudios de caso más o menos amplios, especialmente en lo relacionado con este proceso en Brasil y México. Apoyándonos en estos estudios presentaremos un mínimo esquema comparativo del caso colombiano con los de México y Brasil, ya que este tipo de análisis permite ubicar contextualmente y caracterizar mejor el proceso nacional.

En el caso del Brasil, la mudanza de la corte portuguesa en 1808 para allí, promovió transformaciones locales profundas y contradictorias en la medida en que implicaba el trasplante de una sociedad metropolitana a una estructura citadina colonial. Las consecuentes medidas económicas adoptadas, como la apertura de los puertos, significaban también la transformación de la estructura portuaria y urbana, sede de las nuevas relaciones comerciales colonia-metrópoli. Las ciudades brasileñas no estaban preparadas para este trasplante; esto conllevaba la adecuación del espacio urbano a las nuevas exigencias políticas, económicas y sociales de una nobleza y una burguesía acostumbradas a la vida

de los centros metropolitanos. Tal tarea, no obstante, será frecuentemente dificultada por las constantes epidemias locales. La ausencia de médicos justificará el interés del gobierno en desarrollar las nuevas escuelas (Luz, 1982: 108).

Con la creación de las escuelas médicas a partir de 1832, desarrollose un espacio institucional indispensable para la reproducción social del saber médico que corresponderá a una estrategia de poder de cara a la formación de una "conciencia higiénica del pueblo", por un lado, y para la exclusión institucional de los charlatanes y "negros mandingueiros", por otro, que ejercían prácticas curativas desviadas de la norma médica. Este proceso de institucionalización encontró sin embargo resistencia, no solamente por parte de los médicos portugueses ya establecidos —que rechazaban a todo profesional que no se hubiese formado en Coimbra— sino también por parte de las clases populares, en general (Luz, 1982: 106).

Desde el punto de vista curricular, las nuevas escuelas o facultades médicas serán vehículo para la adopción de los modelos metropolitanos de la medicina hospitalaria y de laboratorio. Sin embargo, observando las tesis inaugurales producidas en la Facultad de Medicina de Bahía es posible encontrar distintos discursos médicos permeados por distintas corrientes filosóficas y por los intereses de los sectores sociales dominantes. Se dio una lucha feroz entre las concepciones vitalistas y ecléctricas típicas de la medicina ilustrada, por un lado, y el positivismo, por el otro. Este último, lentamente introdujo la mirada empírica experimental, apoyada en el elemento cuantitativo y es el desarrollo de la tecnología médica (Luz, 1982: 112-113).

A pesar de esto, el campo de la investigación médica en el siglo XIX no hacía parte integral de la actividad del médico común. Sin embargo, el aumento de los conocimientos médicos europeos durante la segunda mitad del siglo impulsó una nueva fase de pesquisa (Stepan, 1976: 63-64). Según comtianos brasileños, las ciencias capaces de promover el progreso serían aquellas capaces de promover el conocimiento de la realidad, de lo cierto e indudable, de lo precisamente determinado y útil. En las escuelas de Rio y Bahía se pensó, entonces, que era necesario impulsar la investigación como procedimiento institucionalizado, por medio de las Tesis Inaugurales, exigidas como requisito para el grado (Luz, 1982: 114).

Comenzó así a desarrollarse un interés intenso por las enfermedades epidémicas. Las facultades y la Sociedad de Medicina desempeñaron un papel importante en la investigación y en el consejo al gobierno nacional durante las crisis de salud. Se fundaron varias revistas médicas como el *Propagador das*

Ciências Médicas, publicada por Joseph F. X. Sigaud (uno de los fundadores de la Sociedad de Medicina) y el *Seminario de Salud Pública* (Luz, 1982: 114).

En las reformas curriculares de 1854 y 1879, los positivistas intentan cada vez más asegurar su hegemonía. No obstante, continuará dominando la tradición clínica sobre la experimental; la carencia de laboratorios en las facultades era notoria y las trabas burocráticas centralistas impedían mejorar la situación. Un cambio sólo será posible desde 1880, cuando con el advenimiento de la república liberal, el gobierno las dote con algunos laboratorios, cree la cátedra de microbiología en 1901 y se exija la asistencia obligatoria a las actividades de laboratorio (Stepan, 1976: 61).

En el campo de la investigación, existió, sin embargo, una excepción a esta regla: la Escuela Tropicalista Bahiana (Schwartzman, 1979: 70). Se denomina así a un movimiento médico iniciado alrededor de 1850, el cual se desarrolló al margen de la Facultad de Medicina y en torno a la Santa Casa de Misericordia y a la *Gazeta Médica* de Bahía. Fue fundado por los doctores John L. Paterson (escocés que tenía bajo su cuidado la salud de la comunidad británica en Salvador, Bahía), Otto Wucherer (portugués de origen alemán), Francisco da Silva Lima (brasileño), Thomas Hall (inglés) y otros miembros bahianos. Acuñaron como pivote la idea de una patología tropical para estudiar los desórdenes causados por los climas cálidos y combatir la idea de la insanidad de los trópicos y su capacidad degenerativa, a partir de la demostración de que las enfermedades tropicales podían ser comprendidas y combatidas de igual manera que las de los climas templados (Peard, 1991). En este sentido, esta escuela desarrolla una producción original, proponiendo un modelo de saber distinto al hegemónico, aunque no con una orientación totalmente autóctona pues está marcadamente vinculada al modelo de la patología experimental anglo-germánica (Luz, 1982: 107).

La consolidación de una tradición institucionalizada de investigación se producirá a finales de 1899 cuando aparezcan algunos brotes de peste bubónica en Santos (Estado de São Paulo). Pocos médicos brasileños estaban familiarizados con los trabajos recientes sobre esta plaga. El estado de São Paulo ya había iniciado desde 1892 la organización de un sistema de salud pública relativamente amplio y la epidemia fue abortada rápidamente. En esto, el director del Instituto Bacteriológico, Adolfo Lutz, y su discípulo, Vital Brasil, desempeñaron un importante papel. Sin embargo, los planes para defender a la ciudad de Rio de Janeiro de la invasión pestífera, eran bastante confusos. La prefectura comisionó a un joven bacteriólogo recién llegado —después de tres años de estudio en el Instituto Pasteur de París—, el doctor Oswaldo Cruz, para que

acompañase a la ciudad de Santos al conocido cirujano doctor Eduardo Chapot-Prévost. Allí practicaron autopsias a las víctimas y confirmaron el descubrimiento ya hecho por Lutz de que la peste había llegado del exterior. Los primeros casos se presentaron en Rio a partir de 1900 y murieron 295 personas. La organización doble y anárquica de los servicios de salud de Rio convirtió en imposible una acción sanitaria eficiente contra la peste hasta que Oswaldo Cruz los reorganiza en 1903. La prefectura compró una antigua hacienda en la zona apartada de Manguinhos para montar algunos laboratorios para el estudio del bacilo de la peste con el fin de elaborar una vacuna. Así se creó en 1900 el Instituto Seroterápico Federal de Manguinhos. Se intentó infructuosamente contratar un bacteriólogo del Instituto Pasteur de París. El profesor Emile Roux, alumno de Pasteur y subdirector del Instituto Pasteur, sugirió el nombre de Oswaldo Cruz, quien recientemente había terminado su entrenamiento allí. En mayo de 1900, a los 28 años, se posesiona como jefe del nuevo Instituto Seroterápico e inicia una carrera como investigador que tendrá gran importancia para el desarrollo de la teoría microbiana y la medicina de laboratorio en Brasil. El Instituto de Manguinhos, que toma como modelo al Instituto Pasteur de París, se consolidará ya en el siglo XX como el espacio natural para la investigación médico-bacteriológica brasileña; se harán importantes descubrimientos y aportes a la medicina mundial y será además el cuartel general de importantes campañas sanitarias locales y nacionales (Stepan, 1976: 83-100).

En el caso brasileño entonces, debido a la ausencia de una tradición anatomoclínica hegemónica, la medicina de laboratorio y la investigación experimental penetran mucho mas rápida y efectivamente que en Colombia, aunque en diversas acepciones.

En el caso de México, el plan de estudios del Establecimiento de Ciencias Médicas fue reformado en 1834, exigiendo el estudio de algunas materias en la restablecida universidad. En 1843 se produjo otra reforma introduciéndose la física experimental y la química médica (Martínez, 1987: 74). En reformas posteriores —1857, 1862 y 1894— se consolida la enseñanza de una clínica de orientación francesa y la institución se transforma en Escuela Nacional de Medicina (Martínez, 1987: 84-88). Aunque desafortunadamente no hemos encontrado estudios más profundos sobre el tema, se puede colegir de los relatos clínicos del doctor Miguel Francisco Jiménez, profesor de la Escuela, citados por Martínez Cortés, que se estaba utilizando un raciocinio clínico anatomo-fisiopatológico, apoyado en el dato de laboratorio como signo físico.

Por su parte la Academia de Medicina, a partir de 1879, se interesará por el problema de la etiología de las enfermedades y creará varios concursos en

este sentido, que darán lugar a estudios de orientación tímidamente etiopatológica (Martínez Cortés, 1989: 129-137).

En 1895 se creó el Museo de Anatomía Patológica y un año más tarde se le agregó un gabinete de química y otro de microscopía al servicio de la clínica. En 1896, esta institución comienza la publicación de la *Revista Quincenal de Anatomía Patológica y Clínica Médica*, con los estudios que allí se desarrollaban. En 1896 se transforma en el Instituto Patológico Nacional. Más tarde se derivó de éste el instituto Bacteriológico Nacional, en donde se harán estudios etiológicos y microbiológicos. El doctor Eduardo Liceaga trajo al país las ideas pasteurianas y en 1888 fundó el Instituto Antirrábico Mexicano en donde se llevarán a cabo estudios en este campo y se coordinará el proceso de vacunación contra la rabia (Martínez, 1987: 145-149). El caso de México será entonces intermedio y anatomoclínica, fisiopatología y etiopatología tendrán un desarrollo estable y no conflictivo.

En Colombia, como ya dijimos, el modelo será el de una clínica fuerte apoyada en la anatomopatología con algún contacto posterior con la etiopatología y con escasos nexos con la mentalidad fisiopatológica. En cambio en México, en donde la medicina ilustrada no logró un proceso de institucionalización definitivo, y con la existencia de un núcleo importante de médicos criollos formados localmente, las corrientes anatomoclínicas y fisiopatológicas se consolidarán rápida y firmemente y habrá un desarrollo teórico equilibrado de ambas corrientes, aunque teñido de inestabilidad institucional; en Brasil, con una mezcla de médicos metropolitanos y criollos, las condiciones geográficas y climáticas del país —favorables al florecimiento de las enfermedades tropicales— aunadas a la ausencia de una tradición médica academicista estática, favorecerán además la recepción de la teoría microbiana y el desarrollo de una actividad importante de investigación en el campo de la microbiología y la epidemiología, dando origen a una salud pública activa fundamentada en dicha investigación.

NOTAS

1. Nótese que el profesor Jaramillo no se refiere a lo que en las últimas dos décadas se ha denominado Neoliberalismo; simplemente está ubicando a Núñez dentro de esta tendencia de reformulación de los principios liberales que terminaba oponiéndose a las posiciones extremistas, muy frecuentes en ese momento en el país. El gran ejemplo para él sería por mucho tiempo, el liberalismo moderado inglés que siempre vio como el más atinado a la hora de aplicar principios liberales.
2. Recuérdese que en la Constitución del 86 el voto está cualificado según el nivel de representante que se elige, de tal forma que son sólo unos pocos letrados y propietarios los que ejercen este derecho. Sólo a ellos se aplica el argumento de Locke cuando afirma: "siendo los hombres naturalmente libres,

iguales e independientes, ninguno puede ser sacado de este estado y ser sometido al poder político de otro sin su propio consentimiento, por el cual puede él convenir con otros hombres juntarse y unirse en sociedad para su conservación". Locke, J. Ensayo sobre el Gobierno Civil (citado por Chevallier, 1962: 96).

3. Al respecto *véase* el trabajo de Néstor Miranda en este volumen, así como su texto Miranda, N., 1989, en las referencias bibliográficas.
4. *Véase* el Tomo VII de esta colección.
5. A pesar de que desde comienzos del siglo XIX la medicina francesa ha optado por una concepción anatomoclínica de la enfermedad que la entiende como alteración de la estructura de los órganos, abandonando la concepción humoralista hipocrática, y de que también las escuelas médicas colombianas han seguido esta orientación desde la segunda mitad del siglo XIX, en el campo de la causalidad no ha existido aún ningún avance y, por tanto continúa predominando la lectura empirista de Hipócrates claramente representada por la clasificación sydenhamiana de las enfermedades, la cual se expresa en la concepción higienista de la cual estamos hablando.
6. Tal como ha sido explicado por Miranda en este volumen. *Véase* también, Miranda, N. (1984).
7. Al respecto *véanse*, por ejemplo, los índices de la *Revista Médica de Bogotá*, órgano de difusión de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, denominada para esta época Academia Nacional de Medicina, en especial los volúmenes X-XXXII, de 1892 a 1914. Un ejemplo muy claro de esta concepción etiopatológica en la nueva estructura de la Junta Central de Higiene aparece en el artículo de Lleras Acosta, F. (1914) "Diagnóstico bacteriológico de la peste". Bogotá: *Revista de Higiene*, 6 (87): 97-103.
8. *Véase* el texto de la Ley 30 de 1886 (30 de octubre). En: Bejarano (1964).
9. Es importante aclarar que en el trabajo de De Aguilar y Silva López (1979) *Historia social de las instituciones de salud en Colombia*, Dirección de Investigaciones, Ministerio de Salud (inédito), los autores ubican erróneamente la Junta Central de Higiene en el Ministerio de Agricultura, lo cual no ocurre sino hasta 1920. En el Informe anual de la Junta presentado por Pablo García Medina se aprecia claramente la vinculación de la Junta al Ministerio de Gobierno. La ubicación de este ente en la organización estatal, que resulta trivial si se mira aisladamente, es muy importante al analizar las implicaciones político-técnicas de las cuales hablaremos más adelante.
10. Con relación a estos cambios, *véase* el análisis más amplio que hace Néstor Miranda en la primera parte de este volumen.
11. Al respecto *véase* más adelante "Campaña de Uncinariasis".
12. Para la descripción de las actividades de tales campañas *véase*: Colombia, Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública (1931) *Informe del Director, Dr. Pablo García Medina*. Bogotá: Imprenta Nacional. Específicamente, es importante resaltar la Comisión Sanitaria Nacional por los ríos Magdalena y Cauca entre 1925 y 1931, la cual obtuvo grandes logros en la campaña contra el pián y en el tratamiento de múltiples enfermedades tropicales.
13. Acerca de la ubicación institucional del Departamento Nacional de Higiene en esta década, nuevamente disentimos de otros trabajos (Aparicio, J., 1951: 290, y De Aguilar, P., Silva López, J., 1979: 290), los cuales afirman que el Departamento volvió a inscribirse en el Ministerio de Educación. Esto tiene importancia por la fuerza política que implica estar en uno u otro ministerio, a la hora de incidir en la distribución de dineros del presupuesto y de otros beneficios del juego político, en el que los médicos han sido grandes protagonistas en el país.

Capítulo 3

RECEPCION DE LAS ORIENTACIONES NORTEAMERICANAS: DESTACADA INFLUENCIA SOBRE LAS POLITICAS DE SALUD, ESCASA REPERCUSION INICIAL EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

Desde finales del siglo XIX y comienzos del XX se produce en nuestro país una serie de eventos y circunstancias que favorecen la intervención extranjera en el proceso de estructuración de la organización sanitaria nacional: por un lado, las organizaciones sanitarias internacionales, especialmente la Oficina Sanitaria Panamericana y, por otro, las fundaciones filantrópicas norteamericanas, específicamente la Fundación Rockefeller.

EL PLANO CONCEPTUAL: LA CONCEPCION HIGIENISTA NORTEAMERICANA

La higiene norteamericana de principio de siglo se ubica en el marco de referencia de las concepciones higienistas etiopatológicas inglesas, francesas y alemanas como también sucedió con la higiene de los países latinoamericanos.

La aparición de la medicina de laboratorio, con sus grandes avances en la determinación de los agentes causales de las enfermedades, fueran éstos biológicos (bacterias, virus, parásitos, etc.), químicos (venenos, toxinas, etc.) o físicos (radiaciones, trauma, etc.) define el nacimiento de la epidemiología unicausal y el desarrollo de nuevas medidas terapéuticas masivas y efectivas para la erradicación de enfermedades. Se piensa que una vez conocido el agente causal

de una enfermedad, la higiene se encargará de determinar cuáles son los factores que facilitan o dificultan la aparición de la misma y, a partir de ese momento, definirá las medidas para manejarlos o controlarlos. Este análisis es mucho más contundente cuando se aplica a las enfermedades infecciosas y tropicales, que tanto prevalecen en nuestros países.

El doctor Miguel Arango, médico de la ciudad de Barranquilla, expone estos conceptos durante el Cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja en 1919: "Este análisis (el de los factores) tiene su importancia, pues conociendo la Higiene esos factores, puede ella dirigir sus medidas de profilaxis de manera más acertada y reducir a su mínimo la mortalidad" (Arango, M., 1920: 325).

Esto es precisamente lo que se propone realizar la Fundación Rockefeller desde sus campañas sanitarias, y en Colombia muy especialmente en la campaña de uncinariasis[1]: demostrar la efectividad de la higiene, al actuar sobre los factores que favorecen la aparición de las enfermedades a un costo relativamente bajo, frente a las pérdidas económicas que tales enfermedades ocasionan.

En este sentido, el mismo doctor Arango recuerda el lema del Departamento de Higiene de Nueva York: "la salud pública es comprable, y dentro de ciertos límites, una comunidad puede fijar su propia cifra de mortalidad" (Arango, M., 1920: 328).

Para la década del treinta las concepciones higienistas norteamericanas han desarrollado nuevos enfoques, nuevas estrategias, nuevos modelos de investigación, difundidos en los medios universitarios a través del texto de Milton J. Rosenau, *Preventive Medicine and Hygiene*, publicado desde 1913 con la participación de un gran número de profesores norteamericanos de distintas universidades, el cual tuvo ediciones renovadas frecuentemente. Hoy en día es un texto ineludible en las escuelas de salud pública norteamericanas.

Las recomendaciones de Rosenau comienzan a ser citadas para esta época por los profesionales formados en el medio norteamericano. Dentro de los comentarios a Rosenau por parte de los autores colombianos encontramos afirmaciones como la del señor Roberto Concha, jefe de estadística vital, que defienden los planteamientos neomalthusianos incipientes:

> Indudablemente es mejor tener una población proporcionada en su diferencia con la extensión territorial y los recursos naturales, y no una en exceso con los consiguientes problemas económicos (...) Estaría más de acuerdo con la ética moderna, luchar por una población compuesta por individuos inteligentes y físicamente sanos, libres de enfermedades y propiamente alojados y

vestidos y cuyas vidas fueran útiles tanto para el trabajo como para lograr condiciones que condujeran a su bienestar físico y mental y no al deterioro, más que luchar por el aumento en números. (Concha, R., 1932b: 40)

Pero el elemento central de las concepciones higienistas norteamericanas es el de la estadística como la ciencia que permite cuantificar las observaciones y convertirlas en verdaderamente científicas. Roberto Concha lo plantea de este modo:

El método estadístico es hoy un elemento indispensable para conducir a buen término las investigaciones científicas; y es especialmente importante en los campos de la Sanidad Pública y de la Sociología aplicada, en los cuales se cuenta a menudo con datos que no son de carácter cuantitativo sino cualitativo y, por consiguiente, las conclusiones a las que se llega son más susceptibles de estar sujetas a error, lo que puede no suceder en el campo de las ciencias exactas. El método estadístico, sin embargo, únicamente tiene valor mientras garantice la precisión de ciertas deducciones, reemplazando con ellas las impresiones u opiniones personales, pudiendo ser inútil si no cumple este fin (Concha, R., 1932a: 6).

Se trata de la expresión del positivismo en los métodos de la epidemiología para la cual la cuantificación estadística es el único instrumento de veracidad científica, concepción que se venía implantando desde el siglo pasado en los Estados Unidos.

De otra parte, la necesidad de la educación en los aspectos de la higiene, hace que se discuta en varias esferas el problema de la relación entre el comportamiento y la higiene. La concepción más aceptada es la que plantea el comportamiento como un conjunto de normas, dentro de las cuales se encuentran las medidas de "higiene privada y pública", aprendidas en la familia y en las distintas instituciones educativas a lo largo de la vida. Así que unas normas claras, ampliamente difundidas y diseminadas en todas las etapas de socialización, constituyen la clave de la educación en la higiene. En este sentido, el doctor George Bevier plantea:

En realidad la educación puede considerarse como la base del buen éxito de toda obra higiénica, excepto tal vez en lugares sujetos al control militar donde las medidas sanitarias se pueden implantar a la fuerza (...) un Departamento de Higiene debe efectuar una campaña de educación para obtener de este modo que la gente colabore con él en proteger la salud de todos (Bevier, G., 1932a: 75).

Así pues, la educación cumple un doble papel: imposición de normas y obtención de colaboración con el Estado.

Un aspecto importante de las relaciones entre higiene y educación en esta época —y aún hoy— es que dichas relaciones se fundamentan en una concepción de la cultura como comportamiento aceptable, de tal forma que la higiene privada es el ejercicio de un conjunto de normas de conducta aprendidas en un proceso de civilización y de progreso. Lo culto se asimila a lo civilizado y lo popular a su contrario. Hay entonces grandes masas incultas, es decir, que no tienen cultura —entendida de esta manera—. De allí que en salud tendamos a usar como sinónimos *nivel educativo* y *nivel cultural*. "El grado de escolaridad nos dice sobre la cultura del paciente", nos enseñan aún hoy, tanto en las clases de semiología médica como en las de epidemiología. Aunque ésta es la manera predominante de entender las relaciones entre salud y cultura en las políticas de salud, no parece ser la única. Esto, que parecía indiscutible en estas primeras décadas del siglo, va a ser motivo de un intenso debate que aún no se resuelve (Hernández, M., 1992: 33-35).

LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTERNACIONALES

Los intentos de organización sanitaria internacional se habían venido dando desde la Primera Conferencia Sanitaria Internacional reunida en París en 1851, a partir de la búsqueda de una reglamentación de la cuarentena entre los países europeos, en ese momento el principal medio profiláctico para prevenir la transmisión de enfermedades de un país a otro. Debido a las múltiples dificultades de aunar criterios y conocimientos técnicos, sólo se logra este objetivo con respecto al cólera en la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de 1892, durante la cual se redacta la Primera Convención Sanitaria Internacional (Howard-Jones, 1975). En 1912, la 12a. Conferencia Sanitaria Internacional suscribe una convención sanitaria que reglamenta la cuarentena para el cólera, la peste y escasamente menciona la fiebre amarilla (Howard-Jones, 1977: 436).

En esta segunda mitad del siglo XIX los Estados Unidos ya han iniciado con grandes logros su competencia comercial a nivel internacional, pero en lo que respecta a la higiene, sólo se vinculan formalmente desde 1880, cuando el congreso norteamericano autoriza al presidente para convocar la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington, D.C., "con la finalidad de organizar un sistema internacional de notificación en cuanto a la verdadera situación sanitaria de los puertos y plazas"[2] (Howard-Jones, 1980a: 396).

Este planteamiento es el resultado de la situación económica y social propiciada por los continuos brotes de cólera generados por la inmigración europea al continente americano y las epidemias de fiebre amarilla procedentes de las relaciones comerciales con Cuba, Centro y Suramérica. Ya en 1879 el gobierno norteamericano había intentado implantar algunas disposiciones en los puertos con los cuales comerciaba, pero sólo una nueva conferencia de carácter mundial podría permitirle alcanzar sus fines.

En 1893 este gobierno autoriza al jefe del Servicio de Hospitales de la Marina, doctor Walter Wyman, para destacar oficiales médicos del Servicio en las oficinas consulares situadas en los puertos principales de embarque. Esta decisión ocasiona mucho malestar en los países europeos y latinoamericanos, así que la estrategia cambia hacia la promoción de la Segunda Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Ciudad de México, preparada para 1901. En las conclusiones de esta conferencia se recomienda:

> El Consejo de Administración de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas —hoy O.E.A.— convocará una "Convención" de representantes de las administraciones sanitarias americanas para formular "acuerdos y reglamentos sanitarios" con el objeto de "poder reducir al mínimo los requisitos de cuarentena" respecto del cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica, la viruela, y otros brotes 'pestilíferos de gravedad' (Howard-Jones, 1980a: 397-398).

Esta convención se celebra efectivamente en dicha ciudad en 1902 y se instaura como la primera de las que serían después las conferencias sanitarias panamericanas cada cuatro años. El comité organizador se convirtió en la Oficina Sanitaria Internacional, la cual se llamará más tarde Oficina Sanitaria Panamericana, con siete miembros, tres de los cuales eran norteamericanos, esto es, el director general de Sanidad de los Estados Unidos y dos de sus más cercanos colaboradores; los cuatro escaños restantes serían rotados entre los demás países del continente. Así pues, se hace evidente el control de la organización sanitaria en América por parte de los Estados Unidos, a tal punto que el director de Sanidad de ese país será el elegido para dirigir la Oficina Sanitaria Panamericana hasta los años sesenta (Howard-Jones, 1980b: 453).

A nivel mundial, para la segunda década de nuestro siglo, existen dos organizaciones sanitarias internacionales en pugna permanente: *El Office International d'Higiène Publique* (OIHP), creado por el acuerdo de Roma en 1907, y la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, que intenta consolidarse desde el pacto de la posguerra en abril de 1919. Los Estados Unidos, que no

veían con buenos ojos a la Liga de las Naciones, se oponían a la integración de aquellas dos organizaciones sanitarias, a pesar de que en ambas gozaba de una amplia influencia (Howard-Jones, 1978: 174-177).

También se evidencia la influencia norteamericana en la constitución de una tercera organización a nivel mundial, promovida por Henry Pomeroy Davison, presidente del Consejo de Guerra de la Cruz Roja Norteamericana. Davison organiza la Conferencia Médica del Comité de Sociedades de la Cruz Roja, reunida en Cannes en 1919, con amplia participación estadounidense y de la cual surge la Liga de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, con un Departamento Médico General de gran prestigio mundial entre 1919 y 1923 (Howard-Jones, 1977: 441-444). El ingreso oficial de Colombia a la Cruz Roja Internacional se produce durante la X Conferencia celebrada en Ginebra en 1920 (Miranda, 1989: 270).

Otro ejemplo claro del liderazgo norteamericano en este período lo constituye el doctor Hugh S. Cumming, quien desempeñaba los siguientes cargos para esta época:

— Director del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (1920-1936)
— Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1920-1947)
— Miembro Directivo de la Liga de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (1919-1923)
— Miembro Directivo del OIHP (1924-1946)
— Miembro del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones (1924).

En pocas palabras, participó en todas las organizaciones sanitarias internacionales del momento y manejó la salud pública norteamericana durante 16 años. En sus últimas intervenciones en el contexto internacional, el doctor Cumming fue el más ferviente opositor a la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1945 y 1947, basándose en que la nueva organización corría el riesgo de convertirse en un instrumento del comunismo, por la participación de algunos países de Europa del Este. Con estas afirmaciones escribió una carta al presidente Truman; un memorando de 70 páginas al Departamento de Estado y previno a los países latinoamericanos en contra de la constitución de la OMS durante la Conferencia Sanitaria de Nueva York en 1946 (Howard-Jones, 1978: 174-177).

LA INFLUENCIA NORTEAMERICANA EN COLOMBIA

La influencia en el campo de lo económico y lo político

En el plano nacional, la influencia norteamericana se siente desde la primera década del siglo XX. El 15 de julio de 1910 el Congreso eligió a Carlos E. Restrepo, representante de la Unión Republicana, como presidente de la República. Pretendía el señor Restrepo, sobre la base de la reagrupación de liberales y conservadores, modernizar el aparato estatal y legislar sobre aspectos centrales del mundo moderno: la propiedad, los impuestos, los derechos individuales, la libertad de prensa, las tres ramas del poder y —asunto clave que había quedado pendiente como problema desde la Constitución del 86— las relaciones entre Iglesia y Estado. La oposición a estas intenciones fue amplia. En ella se encontraron liberales, conservadores y la Iglesia.

Los Estados Unidos, para esta época, eran "ya una nación acreedora en cuyos límites políticos quedábamos situados" (Mesa, 1980: 14). La avalancha de empresarios norteamericanos que codiciaban nuestros recursos no se hizo esperar. En una carta familiar Antonio José Restrepo daba el siguiente consejo:

> Estudia mucha gramática castellana y un poco (bastante) inglés (...) En estos tiempos de petróleo y minas en general, el abogado que no sepa inglés está frito: no le caerán buenos clientes, que son las compañías extranjeras, especialmente yanquees (sic) y las inglesas (Mesa, 1980: 143).

En efecto, el capital estadounidense invierte en la explotación de petróleo, minerales y algunos productos agrícolas como el banano. Y nuestro comercio se orienta cada vez más hacia ese país. Relacionadas con estas tendencias están las vías ferrocarrileras, tanto como los problemas y las políticas de salud. A este respecto, el investigador Alvaro Cardona ha establecido la relación existente entre algunas "actividades de transfondo económico como la dominación colonial, la extracción de recursos naturales de los distintos países y el desembotellamiento económico necesario a la consolidación del modo de producción capitalista" y el problema del paludismo. También, el mismo investigador plantea las conexiones entre el desarrollo industrial y urbano y el aumento de la tuberculosis (Cardona, 1984: 52-55). Para 1929 el 45.16% de la inversión extranjera estaba en el petróleo, el 20.16% en los servicios públicos (incluidas las vías de comunicación) y sólo el 3.22% en la industria (Bejarano, 1972).

El arribo de los préstamos extranjeros se acentúa a partir de 1923. Después de los 25 millones de dólares reconocidos al país por la cesión de Panamá, en cinco años llegan en calidad de empréstitos norteamericanos 200 millones de dólares. Se inicia así la época de "la prosperidad al debe" (Pécaut, 1987: 82). Estos aportes financieros acompañan a las concesiones petroleras. Las primeras de ellas, entregadas a colombianos, son pasadas por esta época a las empresas norteamericanas. La Concesión de Mares, en la zona de Barrancabermeja, es cedida a la Tropical Oil Company, filial de la Standard Oil Company (propiedad de Rockefeller), y la Concesión Barco, en el Norte de Santander, pasa a manos de la Colombian Petroleum Company, filial de la Gulf Oil Company. Un intento del Estado colombiano, en 1926, por recuperar el terreno cedido en estas concesiones, es respondido por los Estados Unidos con la amenaza de no entregar más préstamos (Villegas, 1975: 89 y ss.; Pécaut, 1987: 83). Y en la zona bananera del Magdalena se instala la United Fruit Company, con todas las ventajas.

Según la Cepal, entre 1925 y 1929 se da en Colombia uno de los períodos de más acelerado desarrollo. Este período corresponde al momento de gestación de los movimientos revolucionarios socialistas y comunistas y de la organización sindical. En 1926 se crea, en el llamado III Congreso Obrero Nacional, el Partido Socialista Revolucionario, antecedente del Partido Comunista. Dentro de sus fundadores se encontraban María Cano e Ignacio Torres Giraldo. Los trabajadores del petróleo, del río Magdalena, de las obras públicas y de los ferrocarriles suministran los contingentes más importantes en todo este proceso.

Desde que surgen estas fuerzas sociales se plantean la lucha por reivindicaciones políticas y sociales, incluidas las de la salud y la seguridad social. Ya en el Congreso Obrero de 1924 se habían planteado como aspectos centrales de combate los siguientes: jornada de ocho horas, seguro de vida y de accidentes para los trabajadores, educación y protección de la mujer, fomento a las industrias y defensa de los presos políticos.

En 1928 se produjo la famosa masacre de las bananeras, en los terrenos explotados por la United Fruit Company y realizada por el ejército colombiano, cuando era presidente Miguel Abadía Méndez. El acontecimiento es relevante en la medida en que se polarizan los sectores sociales colombianos en torno al problema de los enclaves extranjeros, los recursos naturales y además, en el sentido de precipitar la crisis de la hegemonía conservadora que cumplía ya casi medio siglo.

En el campo se producen tomas de tierras, enfrentamientos violentos y procesos de desplazamiento de población hacia terrenos baldíos. La presión por la tierra se acentúa en la segunda y tercera décadas de este siglo, debida sobre todo al acaparamiento de tierras por parte de sectores tradicionalmente terratenientes y de la nueva burguesía comercial.

Por estos años, con la inserción de nuestra economía en la economía internacional, se definen muchas de nuestras carencias estructurales. Una de ellas se relaciona con la orientación exportadora de la producción agraria, la cual conlleva limitaciones en la producción de alimentos para el consumo interno, con obvias repercusiones en el problema nutricional. A este problema contribuye la instalación, en grandes extensiones de tierra, de la ganadería extensiva.

El origen de algunos problemas ambientales relacionados con la salud puede ubicarse en el modo de desarrollo que por estos años despega. En particular podría hablarse del crecimiento incontrolado de las principales ciudades, la falta de reglamentación de la instalación y funcionamiento de talleres y fábricas, y los procesos de apropiación de nuevas tierras por latifundistas y colonos, con su secuela de rompimiento de los ecosistemas (tala de bosques, contaminación de aguas, erosión, etc.).

La influencia en el terreno sanitario

Entre tanto, la Oficina Sanitaria Panamericana, con el ya mencionado doctor Cumming a la cabeza, comienza la creación de todo un espacio de organización independiente de Europa, con incidencia directa sobre los países latinoamericanos para que éstos constituyan organizaciones sanitarias nacionales sólidas, realicen actividades de sanidad portuaria y lucha contra las principales enfermedades epidémicas y endémicas y, finalmente, inviertan en medidas sanitarias acudiendo incluso a préstamos externos.

El Código Sanitario Panamericano firmado en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en La Habana en noviembre de 1924, expresa claramente el propósito fundamental así:

> Estando los Presidentes de la República (...) (lista de las Repúblicas Americanas), Deseosos de Celebrar una Convención Sanitaria con el fin de estimular y proteger mejor la salud pública de sus respectivas naciones y particularmente a fin de que puedan aplicarse medidas cooperativas internacionales eficaces para impedir la propagación de las infecciones que son susceptibles

de transmitirse a los seres humanos, y para facilitar el comercio y las comunicaciones marítimo-internacionales, han nombrado como sus plenipotenciarios a saber (...) (Oficina Sanitaria Panamericana, 1925: 45-46).

En Colombia, Pablo García Medina, en el informe anual de la Junta Central de Higiene al Ministerio de Gobierno en 1917, plantea:

> Como la Junta Central de Higiene lo ha hecho notar en sus informes anteriores a la Oficina Internacional Sanitaria de Washington y a las autoridades sanitarias que de ella dependen, no les basta para considerar saneado un puerto, que no haya en él enfermedad alguna infecciosa de las que necesitan cuarentena; [exigen también] áreas libres de pantanos, lucha contra el zancudo, disposición de excretas y basuras y agua potable (...) Si no emprendemos muy pronto estas obras (...) llegará el día en que ninguno de los buques que hayan de pasar por el Canal de Panamá quieran tocar en nuestros puertos, para no verse sometido a la cuarentena de seis días que se mantendrá en Colón mientras las condiciones sanitarias de estos puertos no mejoren (García Medina, 1917b: 225).

Lo que puede apreciarse en estas afirmaciones es la estrecha relación entre comercio internacional y políticas de higiene y de salubridad pública. Esta relación puede considerarse como un elemento primordial, entre otros, para la toma de decisiones por parte del Estado colombiano, bajo la presión de una organización sanitaria internacional manejada por el país de mayor riqueza e inversión en la región. Tal situación es ineludible para la clase dirigente nacional.

Nuevamente el doctor García Medina acentúa:

> Cuando la guerra europea termine debemos estar preparados para las necesidades del comercio universal y para ello debemos hacer pronto toda clase de esfuerzos. Estamos colocados en este dilema: o quedamos excluidos del comercio, o algún poder extraño vendrá a imponernos las medidas sanitarias que la civilización exige (García Medina, 1917: 225).

La situación de dependencia del país en el contexto de las nuevas relaciones comerciales es transparente en esta afirmación. En un documento posterior es aún más claro, pero también más condescendiente:

> La necesidad de estas obras es más urgente desde que Colombia se adhirió a las Convenciones Sanitarias Internacionales que le imponen deberes pero que le permiten seguir sin tropiezos la corriente del comercio y de la civilización. Aprovechando las modernas enseñanzas de la Higiene, estas convenciones

han logrado avenir los intereses comerciales con los más elevados de la salud general (García Medina, 1919: 289).

Se consideraban como hechos civilizadores, incluso por los médicos, el comercio y la explotación de los recursos naturales de los países tropicales, porque ligado a éstos vendrían los médicos salubristas norteamericanos especialistas en enfermedades tropicales que se encargarían del saneamiento de estos países. En este sentido es clara la afirmación de Burton Hendrick, cuando refiriéndose a las primeras escuelas de salud pública y de enfermedades tropicales de los Estados Unidos, afirmaba, en 1915, que éstas se crearon para preparar "a los exploradores americanos para lo que promete ser uno de los más grandes movimientos en la historia: la apertura completa de los trópicos a la civilización" (Miranda, 1989: 276).

LAS FUNDACIONES FILANTROPICAS NORTEAMERICANAS EN COLOMBIA

Esta intervención extranjera se ve más legitimada y afianzada con la participación de las fundaciones filantrópicas nacientes en los Estados Unidos; tales fundaciones integran sus intereses con los del Estado federal a nivel internacional, en la medida en que la intervención sanitaria constituye un marco de protección para las múltiples formas de inversión, dentro del esquema de "economías de enclave" consolidado en los países latinoamericanos en estas primeras décadas del siglo (Cardozo y Faletto, 1983: 48-53).

Una de estas fundaciones, la más importante en Colombia durante la primera mitad del siglo XX en materia de salud pública, es la Fundación Rockefeller. John D. Rockefeller (1839-1937), "el filósofo del oro", como lo llama el doctor Laurentino Muñoz, es uno de los clásicos representantes del monopolio internacional de finales del siglo XIX y del XX, en múltiples frentes de la producción, pero especialmente en el del petróleo. Se decía que para 1877 "Rockefeller ejerce su dictadura sobre el 95% del mercado del petróleo en todos los continentes" (Muñoz, 1937: 7).

La enorme cantidad de dinero que manejan estos monopolios representa para el Estado norteamericano un monto proporcional de impuestos, lo cual constituye un problema para estas empresas. Sin embargo, surgen dos soluciones económicamente viables y de gran proyección:

— En primer lugar, la creación de pequeñas empresas de explotación de productos renovables y no renovables en países latinoamericanos, africanos y asiáticos, en los cuales se encontrarán economías débiles, generalmente agrícolas y con necesidades sentidas para el proceso de industrialización. De esta forma, las empresas abiertas en países latinoamericanos con alguna participación estatal o privada local, asegurarían la disminución de impuestos e incluso, exención de los mismos en los países sede. Un ejemplo de este proceso lo constituye una de las más grandes empresas de Rockefeller, la Standard Oil Company, la cual instala múltiples centros industriales pequeños a través de contratos con el Estado o con particulares con capacidad de inversión. En Colombia, por ejemplo, la Standard Oil crea la Tropical Oil Company (Muñoz, 1937: 7-8; Pécaut, 1989: 83).
— En segundo lugar, la colaboración con entidades caritativas (iglesias, ancianatos, beneficencias, etc.) y la creación de fundaciones filantrópicas, las cuales permiten invertir cantidades de dinero inferiores a las que se pagarían al Estado. Probablemente es ésta la principal razón para observar un viraje en la carrera capitalista de Rockefeller y que sorprende al doctor Muñoz:

> El Genio del Oro penetra al círculo reducido de la inmortalidad, adoptando una conducta que es la antítesis de su carrera comercial, tornándose en el Benefactor de la Humanidad (...) reparte 700 millones de dólares con destino a la lucha contra las enfermedades en los Estados Unidos y en todo el mundo (Muñoz, 1937: 9).

La organización filantrópica es una buena alternativa y más aún si se maneja con criterio comercial. El mismo Rockefeller dice: "Si la concentración es ventajosa en negocios, si ella puede en este dominio disminuir los gastos inútiles y aumentar los rendimientos, lo mismo ha de ocurrir en la organización filantrópica" (citado por Muñoz, 1937: 10).

Dentro del proceso de instauración de las economías de enclave aparecen varias necesidades ineludibles, como explorar y explotar nuevas tierras, establecer emporios industriales en plena selva, asegurar los mecanismos de transporte suficientes para el adecuado comercio, etc. Ante este tipo de problemas y frente a la alta prevalencia de enfermedades transmisibles en Colombia y en toda Latinoamérica, las compañías extranjeras se ven abocadas a comprometerse con el Estado para la lucha contra tales dificultades sanitarias. A partir de esta problemática, en 1901 se crea el Instituto Rockefeller de Investigaciones, el cual se encargará de realizar investigaciones útiles para enfrentar los proble-

mas de la economía internacional. En Latinoamérica, por ejemplo, se dedica a la lucha contra las enfermedades transmisibles.

El primer contacto con nuestro país se da en 1917 cuando una comisión norteamericana financiada por el Instituto Rockefeller, hace un estudio para determinar la presencia de fiebre amarilla en Colombia, por solicitud del gobierno nacional. En el caso de que tal comisión no detectase esta enfermedad en territorio colombiano se suspendería la cuarentena impuesta a los buques colombianos o a los que tocaban nuestras costas para pasar por el canal de Panamá, según las normas implantadas por la Oficina Sanitaria Panamericana (García Medina, 1917a: 99-104). La cuarentena continuó aplicándose por cinco años más, a pesar de que los niveles de incidencia encontrados de esta enfermedad no fueron significativos.

La justificación de tal intervención es expuesta por el doctor García Medina en la siguiente forma:

> Los resultados que obtuvieron con las campañas de sanidad que el Departamento de Higiene de los Estados Unidos emprendió en Cuba, México y en Panamá, y los que consiguieron el doctor Oswaldo Cruz en el Brasil, y el doctor Liceaga en Veracruz, indujeron a aquella benéfica institución (Instituto Rockefeller) a formar, con sus propios recursos, una comisión de eminentes higienistas encargada de visitar los lugares donde ha aparecido, en cualquier tiempo, fiebre amarilla, no solamente en la América del Sur, en las Antillas y la América Central, sino también en el Asia y en el Africa (García Medina, 1917a, 100).

De esta forma puede verse el cubrimiento del Instituto Rockefeller a nivel internacional en materia de higiene y la cuantía de recursos económicos con que contaba esta entidad. Otro elemento importante que se desprende del comentario del doctor García Medina sobre la actividad de esta Comisión es el de la conexión entre la organización filantrópica y el gobierno norteamericano, en especial cuando presenta a sus miembros:

Dr. William G. Corgas:	Mayor General del Servicio Sanitario de los Estados Unidos de América, Director de los trabajos de sanificación en Cuba y Panamá, Cirujano Mayor del Ejército y Presidente de la Comisión.
Dr. Henry R. Carter:	Inspector de Sanidad Marítima de los Estados Unidos y Jefe del Servicio de Carentenas.

Dr. Juan Guiteras:	Jefe del Departamento de Sanidad de Cuba.
Dr. Teodoro C. Lyster:	Médico Militar de los Estados Unidos y Segundo Jefe Sanitario de la Zona del Canal.
Dr. Eugene R. Whitmore:	Bacteriologista del Servicio de Sanidad Americano, Profesor de Anatomía Patológica y Parasitología.
Dr. William Wrightson:	Ingeniero Sanitario y Secretario de la Comisión (García Medina, P., 1917a: 100-102).

En 1909 se crea la Fundación Rockefeller, independiente del instituto, con una Junta Internacional de Sanidad que comienza sus funciones en 1913 (Moll, 1940: 92-116), a partir de una solicitud de su benefactor por la cual

> Pidió que se le indicara una enfermedad bastante extendida, que tuviera importancia económica, cuya causa fuera conocida, fácilmente explicable y que pudiera curarse y controlarse con medidas de higiene sencillas (...) de tal modo que la gente —el hombre ordinario— pudiera ver los buenos resultados de la salubridad pública (Bevier, 1932b: 190).

Tal enfermedad resultó ser la uncinariasis o anemia tropical y se realizó la primera campaña en la región de Texas, al sur de los Estados Unidos, donde el problema era de alta incidencia. Allí se obtuvieron los mejores resultados, al punto que, a partir de este momento, la fundación comenzó a difundirse por todos los continentes con la "Campaña de Uncinariasis", inicialmente en las colonias británicas, holandesas y francesas de las Antillas y luego, en países de Asia, Europa, Suramérica y Centroamérica.

La campaña de uncinariasis en Colombia

En 1919 el gobierno colombiano solicita a la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller su cooperación para el establecimiento de la campaña de uncinariasis en nuestro país, de la misma manera que otros países lo habían solicitado. En respuesta a tal petición

> Del 22 de diciembre de 1919 al 31 de enero de 1920, el doctor Luis Shapiro, médico representante de la Fundación Rockefeller, con el apoyo entusiasta y decidido del entonces Ministro de Agricultura y Comercio, doctor Jesús del Corral, de los médicos de la Academia de Medicina, y en asocio de un facultativo y de 7 estudiantes de último año de medicina llevaron a cabo una investigación sobre la Anemia Tropical o Uncinariasis en el Departamento de

Cundinamarca, en que se puso de relieve que de cada 100 personas había 95 que albergaban alguno de los tres parásitos más comunes a saber: Uncinaria, Ascárides y Tricocéfalos, entre un total de más de 8500 personas (Franco, 1937: 43).

Después del informe de la investigación, presentado por el doctor Shapiro, la Junta Sanitaria Internacional de la fundación envía un comunicado al doctor Del Corral, ministro de Agricultura y Comercio, el cual aprueba la realización de la campaña en Colombia y presenta las condiciones que deberá aportar el gobierno colombiano para tal efecto:

a) Organización de una Comisión Sanitaria del Suelo, que vigilará la construcción de excusados sanitarios antes de emprender las medidas curativas.
b) Organización de un Departamento de Uncinariasis (del que formará parte la Comisión Sanitaria del Suelo), en el que el representante de la Junta desempeñará las funciones de Director durante todo el período de cooperación. Todos los nombramientos, así como también la remoción de los empleados incompetentes, estarán al arbitrio de dicho Director.
c) Exención de derechos de aduana; transporte de todo aquello que haya de emplearse en la campaña; transporte de todos los empleados, con excepción del Director, cuando estén en desempeño de sus funciones oficiales; franquicia postal y telegráfica para los asuntos oficiales e impresión de todo lo necesario.
d) Una Oficina Central en Bogotá y Oficinas en los Distritos donde se establezcan trabajos (Fundación Rockefeller, 1937: 15-16).

En este mismo documento la junta propone un esquema del personal necesario y una distribución de gastos entre la fundación y el gobierno, partiendo de 100% de aportes de la primera y aumento anual del 20% para el segundo, durante cinco años. Finalmente, sugiere la financiación bipartita de dos becas para la formación de médicos en "Sanidad Pública en los Estados Unidos" (Fundación Rockefeller, 1937: 16).

Efectivamente el Departamento de Uncinariasis se crea por el Decreto No. 261 de 1920 (García Medina, 1932: 120-122) e inicia sus actividades en la zona cafetera andina, con programas tendientes al diagnóstico y tratamiento masivos contra la uncinariasis, y al saneamiento, a través de la instalación de letrinas en las viviendas campesinas. La necesidad de modificar los hábitos higiénicos de

los campesinos se hizo evidente, por lo cual se establecieron grandes campañas educativas y propagandísticas, con niños y adultos.

Es necesario aclarar que para George Bevier, director de la Sección de Uncinariasis durante 15 años, como para la mayoría de los profesionales de la época, la educación en materia de higiene tiene dos aspectos:

> [En primer lugar] la educación de la generación presente: (...)estos esfuerzos, que pueden llamarse con más propiedad "propaganda de Higiene" que educación sobre higiene, tienen buenos resultados; pero no olvidemos que "loro viejo no aprende a hablar"(...) —en segundo lugar— la educación de generaciones futuras: (...) debe enseñársele a éste —se refiere al niño— a "vivir correctamente", a resguardar su salud y a contribuir con los esfuerzos públicos que tiendan a protegerla (Bevier, 1932: 75-76).

La campaña continuó hasta 1935 por medio de la elaboración de tres convenios más entre el gobierno nacional y la Fundación Rockefeller. Durante este tiempo las cifras alcanzadas fueron impresionantes: para 1928 (noveno año de la campaña) George Bevier, director del Departamento de Uncinariasis, reporta que la campaña

> Ha administrado un total de 2'530.853 tratamientos a 1'362.764 personas; ha distribuido 824.889 hojas impresas de distinta clase referentes a sus propósitos, y dictado 231.564 conferencias y demostraciones públicas a las cuales han asistido, según cálculos cuidadosos, más de 4'000.000 de personas (Bevier, 1929).

El total de letrinas instaladas y de actividades de saneamiento es proporcional. Las cifras eran enormes, pero no se discutió, en ningún momento, la calidad de estas actividades.

La colaboración de la Fundación Rockefeller no se redujo exclusivamente al manejo de la uncinariasis: entre 1922 y 1923 la fundación contribuyó al estudio y control de la fiebre amarilla en Bucaramanga. En 1931 y 1932 aportó una suma para pagar el sueldo del director del Laboratorio Samper y Martínez. En 1932 sus técnicos comenzaron el estudio del paludismo. En 1933 participó en la creación del Laboratorio de Higiene Pública de Barranquilla y la Escuela de Inspectores. En 1934 participó en el establecimiento de la Unidad Sanitaria de Pereira, la primera de su género en el país, y en estudios de fiebre amarilla rural y de la selva. En 1935 la campaña de uncinariasis se encaminó más al saneamiento del suelo, y a partir de enero de 1936, aunque se entregó esta campaña completamente al cuidado del Departamento Nacional de Higiene, continuó la asesoría y financiación del laboratorio de Barranquilla y los traba-

jos de investigación en fiebre amarilla y paludismo, reunidos en la Sección de Estudios Especiales —uno de los antecedentes del Instituto Nacional de Salud— desde este mismo año (Kerr, 1937: 16-21).

No solamente la colaboración se dio en los aspectos financieros y técnicos de estos programas, sino que la fundación participó en el proceso de toma de decisiones en salud del Estado colombiano, directa o indirectamente. Otra forma de incidir se dio por medio de la formación de médicos en universidades norteamericanas asesoradas por la fundación, los cuales ocuparán más tarde los principales cargos de la organización sanitaria nacional. En el Cuadro 1 se presenta la lista de algunos de los becarios.

Cabe anotar que el doctor Enrique Enciso permaneció en la Dirección Nacional de Higiene durante casi diez años desempeñando siempre cargos directivos y el señor Roberto Concha fue jefe de estadística vital durante varios años; en todo caso, el convenio exigía la vinculación de los beneficiarios de las becas en algún cargo público al término de su formación.

La fundación también facilitaba los medios para que los funcionarios del Departamento de Higiene visitaran los países donde mejor organizada estuviera la higiene, por medio de bolsas viajeras, entre las cuales, las más importantes y definitivas para la organización sanitaria fueron las siguientes:

— El doctor Pablo García Medina visitó los servicios de la Higiene Pública en los Estados Unidos (no se determinó exactamente la fecha, pero debió ocurrir entre 1928 y 1930).
— El doctor Oscar Vargas visitó algunos laboratorios europeos en 1930.
— El doctor Carlos Franco recorrió las Unidades Sanitarias de Panamá, Jamaica y Costa Rica en 1933.
— El doctor Arturo Campo Posada visitó las Unidades Sanitarias de Panamá, México y Cuba (Kerr, J. A., 1937: 20).

En otras palabras, a partir de la creación del Departamento de Uncinariasis, la Fundación Rockefeller participa activamente en la formación de profesionales de la salud en el marco de las concepciones norteamericanas higienistas de la época y determina el tipo de organización sanitaria que adoptará el Estado colombiano en las siguientes dos décadas.

CUADRO 1
BECAS FINANCIADAS EN COLOMBIA
POR LA FUNDACION ROCKEFELLER PARA ESTUDIOS
EN LOS ESTADOS UNIDOS 1920-1936

No.	Año	Nombre	Estudios	Tiempo
1	1920	Dr. Enrique Enciso	Higiene Pública	2 años
2	1922	Dr. Rubén García	Higiene Pública	2 años
3	1925	Sr. Roberto Concha	Estadística	1 año
4	1926	Dr. Vicente Medina	Ingeniería Sanitaria	18 meses
5	1926	Srta. Paulina Gómez	Bacteriología	1 año
6	1927	Dr. Ignacio Moreno Pérez	Epidemiología	1 año
7	1928	Dr. Pedro José Almánzar	Laboratorio	15 meses
8	1929	Srta. Carolyn Tenny Lad*	Enfermería	
9	1929	Srta. Jane Luise Cary White*	Enfermería	
10	1934	Dr. Alfonso Jaramillo A.	Campaña Antipian	1 año
11	1935	Dr. Tulio Arango Pérez	Anatomía Patológica	6 meses
12	1936	Dr. Enrique Osorno Mesa	Entomología	2 años

* Estas dos enfermeras vinieron a Colombia después de su especialización a dirigir la Escuela de Enfermeras que funcionó en 1930.

Fuente: Kerr, J. A. (1937) "Memorándum sobre las actividades de la Fundación Rockefeller en Colombia, junio de 1935". *Revista de Higiene*, Bogotá, 18 (7): 16-21.

LA HIGIENE Y LA SALUD PUBLICA EN MEXICO Y BRASIL

La higiene y la salud pública en México

Es muy poca la información disponible sobre este campo en México. Sólo podemos afirmar que desde la apertura del Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833 comenzó a enseñarse la higiene, en la perspectiva sydenhamiana de un conjunto de normas individuales que se avenían con la fisiología, cátedra de la cual la higiene era como un apéndice. En 1868, ambas cátedras fueron separadas. A partir de 1889, el doctor Luis E. Ruiz modifica la enseñanza de la higiene desde una perspectiva positivista, centrándose especialmente en el problema de la prevención de las enfermedades desde una triple perspectiva: La higiene general, en la que se estudia el mundo del hombre; la higiene especial o individual, la cual estudia al hombre y sus funciones, y la higiene pública o social que se refiere al control de las enfermedades colectivas y a la legislación sanitaria (Martínez, 1987: 137-141).

Con la fundación del Instituto Antirrábico Mexicano se comenzó la vacunación contra la rabia y la tuberculosis y en 1891 se publicará el *Código Sanitario de la Capital de la República* y la reglamentación para bebidas y comestibles.

La higiene y la salud pública en Brasil

Desde 1826, en Brasil, cuando la enseñanza médica se independiza de la Fisicatura Mayor, órgano estatal de control de la medicina, esta última comienza a decaer y a ser identificada como organismo de defensa de los intereses portugueses en Brasil. Institución heredada del período colonial, comenzó a ser vista como ineficiente, un cuerpo extraño en un Estado nacional recién establecido. En 1828, esta vieja instancia de poder desaparece. El establecimiento de la Sociedad de Medicina permite elaborar un nuevo discurso de poder médico que, sin embargo, no será reconocido por el Estado sino seis años después, al convertirla en Academia Imperial de Medicina. A partir de ese momento, se propone actuar junto al Estado para intervenir médicamente en la sociedad por y para el Estado. Se empeña en identificar el desorden como agente etiológico de la enfermedad y por tanto, espacio para la intervención médica en la sociedad, introduciendo la nueva relación *orden moral/salud*. Esta concepción asegura, para los grupos sociales hegemónicos, una alianza con los médicos para que el mantenimiento de la salud lo sea también de las instituciones y del orden social (Luz, 1982: 121-127). Este será el tipo de actitud higiénica que prevalezca en Brasil durante el Período Imperial.

La organización de los servicios de salud era extremadamente precaria y se basaba en la teoría miasmática. Hasta mediados del siglo XIX los problemas de higiene quedaban bajo la responsabilidad de las autoridades locales que se preocupaban fundamentalmente por limpiar la inmundicia de las calles y las casas, limpiar las aguas estancadas, construir letrinas y purificar el aire. La asistencia médica a la población pobre e indigente dependía de la iniciativa filantrópica de figuras socialmente importantes y de instituciones de beneficencia ligadas a la Iglesia como la Santa Casa de Misericordia. El resto de la población acudía privadamente a los médicos existentes. Después de la epidemia de fiebre amarilla de Rio de Janeiro en 1849, se creó en 1850 la Junta de Higiene Pública con la intención de unificar los servicios sanitarios del Imperio (Costa, 1986: 34).

A partir de 1889, durante la República Liberal, las políticas de salud se caracterizarán por su articulación a los intereses económicos y políticos de la nueva clase liberal brasileña. Las prácticas sanitarias virarán hacia el control de un conjunto de enfermedades que amenazan la supervivencia de la fuerza

de trabajo y la expansión de las actividades económicas capitalistas en el espacio urbano y rural (Costa, 1986: 12-17).

El período de 1889 a 1930 registró la introducción y consolidación de una modalidad de atención que recurría a los instrumentos disponibles para combatir las enfermedades epidémicas y que favorecía el desarrollo de estudios sobre las diferentes etiologías, medios precisos de diagnóstico y generalización de las medidas de inmunización. Este período registra dos grandes momentos políticos: en primer lugar, la llamada "coyuntura de Oswaldo Cruz", marco inicial de la introducción al país de una organización sanitaria fundamentada en la bacteriología, la microbiología y la inmunización por medio de las vacunas. Esta coyuntura se va a consolidar a partir de 1902, cuando bajo la presidencia de Rodrigues Alves, representante de la burguesía cafetera, se propongan reformas urbanas y sanitarias que transformen la vida de las ciudades y permitan la inmigración, concebida a la sazón como la base del desarrollo económico. Oswaldo Cruz fue nombrado para efectuar la reforma sanitaria y el 23 de marzo de 1903 asumió el cargo de director general de salud pública. Hasta 1909, Cruz tuvo en sus manos simultáneamente la dirección del Instituto de Manguinhos. Por eso, desde 1903 hasta 1906, las actividades del Instituto estuvieron volcadas a las campañas sanitarias. A partir de 1906, el Instituto desempeñó un papel análogo al de los centros de medicina experimental europeos análogos (Benchimol, 1990: 23-47).

El desarrollo de este modelo significó sin duda un profundo cambio en las prácticas dominantes de entonces: los programas de salud se volcarán hacia la organización de servicios preocupados por el control de las enfermedades colectivas; la hegemonía del modelo etiológico basado en el control de los insectos y animales vectores; la concentración de la investigación en instituciones estatales; la influencia del modelo institucional del Instituto Pasteur (Costa, 1986: 35).

En segundo lugar, el período comprendido entre 1918-1924, caracterizado por la creación del Departamento Nacional de Salud Pública y las reformas sanitarias de Carlos Chagas con el surgimiento de las primeras políticas sociales del país (Costa, 1986: 15).

NOTAS

1. Más adelante nos referiremos a dicha campaña.
2. *Véase* el texto de la autorización del Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, citado por Howard-Jones (1980a: 396).

Capítulo 4

LA SALUD Y LA EDUCACION MEDICA EN EL MARCO DE LAS REFORMAS LIBERALES (1930-1947)

LA NUEVA CONCEPCION DEL ESTADO

En 1930 termina la hegemonía conservadora y accede al solio presidencial el liberal Enrique Olaya Herrera. Comienza así una etapa decisiva para la modernización del país, para la consolidación de lo iniciado a partir de 1904, con las consabidas limitaciones de nuestra dependencia. Pero los cambios fundamentales se darán en el primer gobierno de López Pumarejo, pues "por su formación, pensamiento y filosofía, Olaya estaba destinado a posiciones medias. Siendo nominalmente liberal, tenía muchos rasgos de conservador" (Pécaut, 1987). Daniel Pécaut afirma que con estos dos dirigentes llega a la dirección del Partido Liberal y del Estado colombiano la oligarquía financiera. Y añade:

> En la medida en que ello ocurre, es en beneficio de los elementos más dinámicos de las clases dominantes, que pretenden poner fin a las viejas querellas políticas del siglo XIX y, por la vía de la buena administración de los negocios y los espíritus hacer entrar a Colombia en el campo de las democracias burguesas (Pécaut, 1987).

En la década de los treinta se afirma el proceso de industrialización sobre la base de la capacidad instalada anteriormente. Se importa maquinaria y equipos para textilerías, cementos, azúcar y otros frentes, lo cual permite una producción de mayor nivel. A este desarrollo contribuye el arancel proteccionista

de 1931 y el control de cambios. Crece la demanda y se avanza en la creación del mercado nacional.

Al proceso de urbanización e industrialización hace su aporte la expulsión de mano de obra agrícola, que además se ve atraída por la creación de fuentes de trabajo en las nuevas industrias. El crecimiento de la población de las grandes ciudades es evidente entre 1905 y 1938. Entre estas dos fechas Bogotá pasa de 100.000 habitantes a 330.000, Medellín de 54.000 a 168.000, Barranquilla de 40.000 a 152.000, Cali de 31.000 a 102.000. La ocupación de espacio nacional es desigual y de este hecho derivan graves desequilibrios regionales que plantean la necesidad de acercamientos a los problemas y soluciones para los mismos a nivel regional. Estos desequilibrios se expresan también en el terreno de la salud. Para los años setenta el país será definitivamente urbano, sin que los problemas agrarios se hayan resuelto.

El gobierno liberal de Olaya Herrera replantea las funciones del Estado para enfrentar los problemas derivados de la crisis del lustro anterior y de la depresión internacional del año 30.

El ministro de Gobierno, Absalón Fernández de Soto, afirma en 1934:

> En desarrollo de la mencionada ley (se refiere a la Ley 20 de 1933, la cual autoriza al ejecutivo para reorganizar este ministerio) se modificó la antigua estructura del Ministerio de Gobierno, procurando armonizarla con las exigencias de los tiempos que corren, y con las nuevas concepciones del derecho, según las cuales el Gobierno es un organismo viviente que se modifica y transforma como la sociedad de cuyos intereses tiene que ser, no ya un guardián, sino también un eficaz propulsor (Colombia, Ministerio de Gobierno, 1934: viii).

Se trata de darle al gobierno un papel más activo en el manejo de los asuntos económicos y sociales. Efectivamente, es ésta la gran diferencia entre la concepción de gobierno que manejó el Partido Conservador y la concepción que presenta el Partido Liberal: en el primer caso la actitud es la de "guardián", respetuoso de la propiedad privada y con aplicación permanente de los preceptos cristianos en cuanto a la normatización social y la actitud caritativa, tanto del Estado como de las personas pudientes; en el segundo caso, es la de mediador entre los intereses particulares y los intereses sociales. En este sentido deberá intervenir sobre la propiedad privada en beneficio del interés social. Todo la anterior apoyado en el concepto de *función social*. Por esta razón, el Estado tiene deberes frente a los individuos y frente a la sociedad (Restrepo y Villa, 1980: 49-77).

Estas diferencias se encuentran plasmadas en el acto legislativo reformatorio de la Constitución Nacional, de agosto de 1936, elaborado durante el gobierno de López Pumarejo. La reforma realmente es adelantada por la llegada del Partido Liberal colombiano al poder. Se trata de un partido renovado, con líderes políticos jóvenes que han estado en contacto con los acontecimientos internacionales como las revoluciones mexicana y rusa, francamente contemporáneas e inquietantes, la Constitución de Weimar en Alemania que va a servir de ejemplo a muchos constitucionalistas colombianos, el triunfo de la república española y su famosa Constitución del 31, el *New Deal* y la política del *Buen Vecino* del presidente Roosevelt. Mientras en el mundo entero los partidos liberales tradicionales se venían a pique, el liberalismo colombiano logra ubicarse en la coyuntura política mundial de la social democracia para producir una verdadera transformación del Estado que incluye varios aspectos (Tirado Mejía, 1985).

En primer lugar, el Estado colombiano se enuncia por primera vez con deberes sociales. Esta intención se expresa en el Artículo 9o. del Acto Legislativo No. 1 de ese año, el cual dice:

> Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares (Uribe Vargas, 1985: 1225).

Indudablemente el fundamento sigue siendo el de los derechos naturales del liberalismo clásico, pero ahora se explicitan deberes sociales del Estado y de los particulares, con lo cual está en escena el papel redistributivo del Estado, ya no como un asunto de caridad cristiana sino como un deber constitutivo, y el problema de la función social de la propiedad privada para el ejercicio de este papel.

Esta posición implicaba la aparición del segundo aspecto fundamental de la reforma: el Estado sería ahora un mediador de los conflictos entre el capital y el trabajo, de tal forma que se plantea una actitud diferente frente al sindicalismo, el cual se encontraba en crecimiento, como la misma clase obrera, que en pocos años se multiplicó de manera abrumadora. Al respecto, recuérdese el Artículo 17 del Acto Legislativo cuando afirma: "el trabajo es una obligación social y gozará de la especial protección del Estado".

Sobre la base de esta nueva actitud se crea en 1938 el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social —al cual nos referiremos más adelante— en el que se conjugan una serie de acciones enmarcadas en lo que conocemos como

política social, encaminadas a solucionar en lo posible los problemas de la creciente clase obrera, recuperar su capacidad productiva y disminuir los conflictos que su inconformidad implicaba.

Otro componente de la reforma del 36 consiste en un explícito intervencionismo de Estado que puede verse, por ejemplo, en dos grandes planteamientos: por un lado, la posibilidad de fiscalización del manejo de donaciones para "fines de interés social" (Artículo 12, A.L. No. 1/36), y por otro, la afirmación de que "la propiedad es una función social que implica obligaciones" (Artículo 10, A.L. No. 1/36). El anhelo del control de las instituciones de utilidad común por parte del Estado, expresado en el numeral 21 del Artículo 120 de la Constitución del 86, se comienza a desarrollar con la creación de la Superintendencia de Instituciones de Utilidad Común por el Decreto 685 de 1934, durante el gobierno de Olaya Herrera (Colombia, Ministerio de Gobierno, 1934: xxii). Y es precisamente el planteamiento de la función social de la propiedad el que abre paso a la reforma agraria que se concreta en la famosa "Ley de Tierras" (Ley 200 de 1936), así como a la reforma tributaria que comienza a recaer sobre los que más tenían.

Sobre este tipo de apreciaciones, no es raro entonces que la reforma del 36 incorpore el concepto de asistencia pública como norma, en los siguientes términos:

> La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado (Uribe Vargas, 1985: 1227).

Nótese que aparecen aquí tres condiciones muy claras: carecer de medios de subsistencia, de derecho para exigirla a otros y estar físicamente incapacitado para trabajar. Aplicado este mandato constitucional estrictamente, serían muy pocos los incluidos en esta triple fatalidad y sería muy barato para cualquier Estado dar esta asistencia. Sin embargo, desde la aceptación de deberes sociales del Estado —incluyendo la posibilidad de prestación directa de servicios de asistencia pública— se evidencia un cambio de dirección importante en el campo del papel de la organización estatal frente a la salud de los ciudadanos.

Cabe resaltar que el proceso de cambio hacia este tipo de intervención del Estado es muy complejo, constitucionalmente sólo logra consolidarse en la reforma de 1968 y se entrelazan en él una gran cantidad de fenómenos de todo

tipo y múltiple duración que han sido objeto de un sinnúmero de estudios, pero sí se puede afirmar que comienza jurídicamente en la década del treinta.

Probablemente es Keynes la figura más trascendental para fundamentar la puesta en marcha de este proceso, y más que este autor, sus discípulos, los keynesianos, quienes lideraron las propuestas de la política económica de muchos países y no sólo en Latinoamérica (Hutchison, 1980). Oponiéndose a la tesis de Say, en la cual se afirma que "toda oferta crea su propia demanda", Keynes plantea que el motor del empleo y la economía es la demanda misma; si se estimula el consumo, intentando asegurar el ingreso de la mayoría por medio de inversiones estatales, incluso en proyectos inmediatamente inútiles y deficitarios, se incrementa la actividad económica útil. Los keynesianos ven también en términos de demanda, sólo que a largo plazo, los sistemas de seguridad social que pueda implantar el Estado (invalidez, vejez, enfermedad, desempleo), en tanto que estos sistemas asegurarían un ingreso al no trabajador, que sería reinvertido a través del consumo además de generar empleos; de esta forma, estimularía el crecimiento económico global (Gracia, 1989: 262-264).

LA POLITICA SOCIAL Y SANITARIA DE LA DECADA DEL TREINTA

Dentro de esta actitud del gobierno liberal interventor se plantea que "la salud es un deber del Estado y la base del Progreso Nacional" (Colombia, Departamento Nacional de Higiene, 1932a: 3). Para lograr tal efecto, es necesario propiciar la preparación de personal idóneo para el manejo de los problemas sanitarios nacionales y fortalecer la organización sanitaria estatal.

Tal como se mencionó anteriormente, el doctor Pablo García Medina logra estructurar, para el inicio del gobierno liberal, un Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública autónomo, con capacidad administrativa, aunque no económica, para abordar los principales problemas sanitarios del país; la Ley 1a. de 1931 dice así:

> Como servicio administrativo establécese el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia pública, que será independiente de los demás Departamentos administrativos. A este Departamento corresponde dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada de la Nación. Las disposiciones que el Director Nacional de Higiene y Asistencia pública dicte en ejercicio de sus atribuciones, son actos oficiales obligatorios que las autoridades deben cumplir y hacer cumplir (García Medina, 1932: 271).

Alegándosele cierta inconstitucionalidad a tal autonomía y atendiendo a la necesidad de la renovación del Estado, este departamento comienza a depender directamente de la Presidencia de la República por el Decreto No. 1828 de 1931. Posteriormente se incluye como uno de los departamentos administrativos del Ministerio de Gobierno, por el Decreto 189 de 1934, después de la creación de los cargos de director técnico, administrador general y subdirector técnico (García Medina, 1932: 300-303).

De esta forma, el gobierno liberal acude a las dos fórmulas antes mencionadas: la salud como política del Estado y el manejo técnico de la organización sanitaria.

En cuanto a este último aspecto, recordemos que para este momento el Estado cuenta con los profesionales formados en las universidades norteamericanas, gracias a las becas de la Fundación Rockefeller, lo cual continúa en forma más clara durante esta década. Por otra parte, el presidente López Pumarejo, antes de comenzar su mandato, acude a la Academia Nacional de Medicina para solicitar que se le indique "la manera como pudiera mejorarse la organización de la Higiene y la asistencia pública en Colombia"; esto con el fin de cumplir con el compromiso adquirido durante su campaña de "someter los grandes problemas nacionales al estudio de todos los colombianos que puedan emitir opinión sobre ellos" (Academia Nacional de Medicina, 1934a: 751-754).

La Academia Nacional de Medicina accede a la petición, puesto que es el órgano consultor del gobierno en estos casos y cree tener el personal idóneo para dicha tarea. De esta forma, se constituyen 11 comisiones así:

1. Lepra.
2. Tuberculosis.
3. Protección Infantil y de Maternidad.
4. Enfermedades Venéreas.
5. Enfermedades Tropicales e Higiene Rural.
6. Epidemiología y Profilaxis.
7. Asistencia Social y Organización Hospitalaria.
8. Cáncer.
9. Alcoholismo y Toxicomanías.
10. Enseñanza de la Higiene y Bromatología.
11. Estudio de Conjunto (Académicos Honorarios) (Academia Nacional de Medicina, 1934a: 756-7).

En las conclusiones presentadas se sugieren los siguientes aspectos generales (Academia Nacional de Medicina, 1934b): sobre la organización administrativa, se plantea un nuevo ministerio que se encargue de los aspectos sanitarios o un departamento autónomo, tal como el logrado por el doctor García Medina, con el nombre de "Higiene y Asistencia Pública", aunque este aspecto debería encargarse exclusivamente a una sección. Toda la organización y dirección técnica se daría a nivel central, con lo cual se pretende alcanzar la unificación de criterios. Acerca del presupuesto, los académicos sugieren aumentar el presupuesto para higiene y asistencia pública a partir de una reglamentación del aporte de los departamentos y municipios, con un 10% y un 15% respectivamente, de sus rentas.

Acerca de las campañas sanitarias, de acuerdo con las necesidades detectadas, la Academia sugiere el siguiente orden de prelación:

1. Protección infantil.
2. Lucha contra el alcoholismo.
3. Lucha contra la sífilis.
4. Enfermedades tropicales e higiene rural.
5. Campaña antituberculosa.
6. Campaña contra la lepra.
7. Campaña contra las enfermedades infecciosas agudas.
8. Campaña contra el cáncer.
9. Laboratorio nacional de higiene.

En lo que respecta a la educación médica, plantean que la enseñanza de la higiene y la bromatología es asunto fundamental para alcanzar la colaboración de todo el personal médico con que cuenta el país. Además, sugieren la creación de la carrera de Higienista, la estructuración de una Escuela de Inspectores Sanitarios y la constitución de la carrera administrativa de la higiene.

Todas estas sugerencias son adoptadas parcial o totalmente por el gobierno de López, favorecidas por el hecho de que la mayoría de los médicos nombrados para tal estudio se encuentran en puestos públicos o muy rápidamente logran una ubicación en el Estado.

La relación política social-política sanitaria se ve claramente establecida en el programa de los "Centros Mixtos de Salud", organismos de atención en salud creados para atender los problemas prioritarios de la clase trabajadora, financiados en forma tripartita por las entidades privadas interesadas (United Fruit Company, Ferrocarril del Magdalena y propietarios de fincas, por ejem-

plo) el Departamento y la Nación (Aarón Manjarrés, 1940). El primero de ellos se ubicó en la zona bananera de la Costa Atlántica y su experiencia fue tan satisfactoria, no sólo en el sentido de la salud de los trabajadores sino también en la disminución de los conflictos laborales, que el modelo se extendió rápidamente a la zona cafetera de Antioquia, Caldas y Cundinamarca y al centro industrial de Bello (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1940: 3). Dentro de este contexto, puede apreciarse cómo la medicina se va convirtiendo en un instrumento más de control social.

EL MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISION SOCIAL

Una sugerencia de los miembros de la Academia que no es acogida durante el gobierno de López, es la de la creación de un ministerio o departamento autónomo de higiene y asistencia pública. Estas funciones quedan incluidas en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, creado por la Ley 96 de 1938 y reglamentado por el Decreto No. 2392 del mismo año. En todo caso, el gobierno asegura que se trata de una organización transitoria que pronto podrá ser mejorada.

Lo que aparece claro en esta decisión es la fusión entre política social-laboral y política sanitaria, en un momento en que el Estado debe responder con decisiones concretas a los múltiples problemas, de dimensiones nuevas, resultado de todo el proceso de consolidación del capitalismo, expresado en el crecimiento de la clase obrera, en el fortalecimiento de la organización sindical (creación de la CTC), la urbanización progresiva, los conflictos agrarios y la pauperización de grandes masas de población. Todo esto, claro está, con sus consecuencias sobre la salud, representadas en la aparición de nuevas patologías y exigencias sanitarias de nuevo tipo.

La justificación de esta intención política aparece en un texto de explicación del Decreto 2392, elaborado por el ministro de ese momento, el doctor Alberto Jaramillo Sánchez:

> La organización de la Higiene y Asistencia Pública nacionales dentro de un ministerio que contempla actividades análogas, pero no idénticas ni suficientemente conectadas todavía, no podía hacer tabla rasa de su misión íntima para pensar exclusivamente en una esquematización técnica, muy estricta, pero no de eficiencia bastante para que en cada dependencia tuviese el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social un instrumento hábil para movilizar, en cada momento, a la defensa de problemas sociales y de higiene que

se entrelazan y se confunden prodigiosamente en nuestro medio nacional (Jaramillo Sánchez, 1939: 2).

Para López es claro que la política social es la base de la misión de un Estado interventor y liberal como él lo concibe. Sin embargo, este planteamiento y las reformas que de él se desprendieron, suscitaron una tenaz oposición de los sectores tradicionalistas dominantes, a tal punto que López se vio obligado, al final de su primer gobierno, a realizar lo que los historiadores han llamado "la pausa". Estos sectores no entendían que lo que el presidente liberal se proponía eran reformas que limaran las contradicciones entre capital y trabajo mejorando la situación de los trabajadores para garantizar la supervivencia y continuidad de la propiedad privada.

En este sentido defendía esta posición, en 1943, durante el segundo gobierno de López, el ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, doctor Arcesio Londoño Palacio:

> La aplicación serena y decidida de las leyes sociales trajo al principio recelos injustificados e impacientes reclamaciones. Pero al presente las gentes reconocen que a una equitativa aplicación de esas leyes y al continuado esfuerzo por alcanzar reformas y ventajas que hagan posible el cordial entendimiento entre las diferentes clases sociales, se deben la paz social y la prosperidad del país (...) Mucho se ha hecho en beneficio de las clases menos favorecidas, sin que ninguna de tales medidas perturbe el progresivo desarrollo de la producción (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 5-6).

Se planteaba también en este momento que, a pesar del espíritu de la legislación, ésta era insuficiente si no se daban las condiciones técnicas necesarias. Así se expresaba el mismo ministro:

> La frondosa legislación colombiana sobre higiene no es eficiente porque, a pesar de ser suficiente en cantidad y bastante sabia y previsora en letra, tiene forzosamente la limitación de la autonomía excesiva de las Secciones y del derecho de ellas a legislar en materia de higiene (...) Un Ministerio de Higiene supondría una cabeza directora capaz de coordinar con criterio de estadista los consejos y conceptos de los médicos higienistas al frente de dependencias esencialmente técnicas (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 4-5).

El desarrollo técnico de ese momento era considerado importante pero también inadecuado frente a la situación político-social del país, por lo cual se

planteaba la necesidad de un mayor compromiso del gremio médico, líder en los asuntos sanitarios, con la situación político-social y las condiciones de salud de la población. La consolidación de las concepciones higienistas modernas buscará la salida técnica intentando nuevamente la puesta en marcha de un ministerio de higiene autónomo.

Precisamente a partir de esta demanda de capacidad técnica, durante la década del cuarenta se consolida el proceso de intervención norteamericana en la orientación de la toma de decisiones en salud. El principal instrumento en este sentido fue el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, el cual, en términos generales, definía los lineamientos técnicos para enfrentar los principales problemas sanitarios del país. Esta instancia aparece como consecuencia, por una parte, de la aplicación de la "Política del Buen Vecino" del presidente Roosevelt a través del Instituto de Relaciones Interamericanas y, por otra, de la actitud de los gobiernos liberales de esta época frente a las relaciones con los Estados Unidos.

Las reformas de la "Revolución en Marcha" se hacen lentas a finales del primer período presidencial (1934-1938) de su inspirador e impulsor, Alfonso López Pumarejo. Los terratenientes y los sectores industriales y financieros opuestos a la reformas se habían coaligado en la APEN (Asociación Patriótica Económica Nacional), en 1935. Desde posiciones menos francamente económicas, la Iglesia y el Partido Conservador combatían a López y a sus partidarios más esclarecidos. En medio de este cambio de ritmo llega a la presidencia de la República el representante del ala más tibia del Partido Liberal, Eduardo Santos, propietario del periódico *El Tiempo*. Y (con) "Santos: la revolución ya no marcha", dice Vernon Lee Fluharty.

Los vientos de guerra que empiezan a soplar desde el año 39 y luego el desencadenamiento de la misma, impactan en las decisiones de política económica. Se formulan medidas proteccionistas de la industria nacional y se crean entidades estatales y semiestatales encargadas de actuar, bajo diversas modalidades, en el terreno de la economía. Esto sucede durante la administración de Santos y la segunda administración de López Pumarejo: Fondo Nacional del Café (1940), Corporación de Defensa de Productos Agrícolas (1944), Instituto Nacional de Fomento Industrial (1942), y otras como el Instituto de Crédito Territorial y el Instituto de Fomento Municipal. Se trata de fortalecer la intervención del Estado en el terreno económico y social, y como hemos visto, la salud no escapa a estas intenciones.

Al calor de la solidaridad con los aliados, y en especial con los Estados Unidos, el gobierno de Eduardo Santos —pero también el segundo gobierno de

López— abrió el terreno a las inversiones norteamericanas, sobre todo en actividades extractivas e industriales. Partiendo de una base 100 para 1950, las inversiones norteamericanas pasaron en el sector del petróleo de 66.96 en 1940, a 112.50 en 1946, es decir, casi se duplicaron en un lustro; en la industria el salto fue fenomenal para estas mismas dos fechas: de 4.00 saltaron a 48.00. En el sector de los servicios públicos también aumentó la inversión, aun cuando en proporciones menores, pero significativas (Bejarano, 1972).

Pero el ritmo de crecimiento durante estos años fue palpable. Según datos de la Cepal, esgrimidos por diversos historiadores, entre 1940 y 1945 la industria creció al ritmo de 8.1% anual y la inversión bruta pasó de 72 millones de pesos (de 1950) a 107.4 millones, al tiempo que la producción nacional saltaba de 42.5 a 62.7 millones. También fue claro el equipamiento de la industria durante este período: se importó maquinaria por el valor de 44.7 millones de pesos en 1945 (Bejarano, 1972).

Como se aprecia, la inversión extranjera, junto con otros factores, contribuye al crecimiento económico y al desarrollo general del país. De por sí, ella no es negativa sino que depende de las condiciones en las cuales se produzca y se asimile. Otro tanto sucede con la cooperación en el terreno de la salud y la higiene públicas. Tal cooperación ha contribuido, no hay duda, a la capacitación de personal, al desarrollo de programas de amplia cobertura, a la dotación de algunos servicios, a la apropiación de saberes y de tecnologías médicas. Sin embargo, algunas veces son los intereses económicos o estratégicos y no las necesidades efectivas del país, los que han definido las acciones. Un balance equilibrado de esta cooperación —tan importante para estos años— está por hacerse.

Algunos sectores ultraconservadores, a cuya cabeza se encontraba Laureano Gómez, criticaban acervamente esta actitud y estas simpatías incondicionales y reivindicaban ideas de la falange española e incluso del nacional-socialismo alemán. Otro sector del Partido Liberal cerraba filas al lado de la prédica populista y socializante del fogoso Jorge Eliécer Gaitán. Se preparaba el terreno para la llamada Violencia, generada además por los graves conflictos económicos, sociales y políticos que se vivían en el agro colombiano.

Este problema de la violencia ha sido una constante de nuestra historia republicana. En cada momento las motivaciones de la misma han variado y los intentos de explicación han sido múltiples, sin llegar a ser exhaustivos. La violencia del 46 al 53 tuvo sus rasgos propios, como la tiene la que se vive en esta época. Lo que importa señalar, para la actual, es que se ha convertido es un verdadero e importante problema de salud. Ya no sólo es un problema de polí-

ticos y de científicos sociales. Es, indudablemente, también un asunto de los médicos y de los servicios de salud.

LA COOPERACION EN SALUD PUBLICA: UNA SALIDA POLITICA

El proceso expansionista norteamericano a nivel mundial se inició, como hemos visto, desde finales del siglo XIX y comienzos del XX; sin embargo, la situación política internacional generada por la segunda guerra mundial, exige del gobierno norteamericano un nuevo esfuerzo para la construcción de una nueva estrategia que permita asumir una actitud defensiva frente a la posible invasión de sus dominios por parte del comunismo o el nacional-socialismo.

De esta forma surge, a comienzos de la década del cuarenta, la llamada "Política del Buen Vecino" del presidente Franklin D. Roosevelt, por la cual Estados Unidos asume una actitud colaboracionista con los demás países del continente, en la búsqueda de soluciones comunes a los principales problemas económicos y sociales que aquejan a toda Latinoamérica. Para tal efecto, se crea el Institute of Inter-American Affairs, encargado de coordinar los mecanismos de colaboración de acuerdo con las necesidades de cada país (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 347).

Por otra parte, la Tercera Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas reunida en Rio de Janeiro en enero de 1942, abrió paso a la Política del Buen Vecino estableciendo, por la resolución XXX de ese acto, el programa cooperativo entre el Instituto de Asuntos Interamericanos y las naciones americanas en los problemas relacionados con la salud pública. Con respecto a este punto se afirmaba:

> Las medidas adecuadas para proteger la salud y mejorar las condiciones de salubridad pública constituyen una contribución esencial en la preservación, por parte de las gentes de América, del poder para defenderse y resistir la agresión (Kranaskas, 1957: 1-2).

Muy probablemente se refiere a que las malas condiciones de salud constituían un campo propicio para un posible florecimiento en América de tendencias políticas distintas a las de la democracia liberal, lo cual ocasionaría seguramente muchos problemas a Estados Unidos.

En 1942, el gobierno colombiano decide asumir las recomendaciones de la conferencia de ministros anteriormente mencionada y solicita las gestiones necesarias para participar en el programa cooperativo de salud pública para las

Américas. El 24 de septiembre de ese año se presenta en Bogotá el representante de la Oficina del Coordinador de Relaciones Interamericanas, Mr. Nelson Rockefeller, para estudiar las bases del convenio; por su parte el gobierno colombiano expone en un memorando elaborado por el ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, las principales necesidades que se quieran cubrir por medio de tal servicio.

En dicho memorando, el ministro plantea los siguientes problemas en orden de importancia:

1. Nutrición.
2. Paludismo.
3. Rickettsiasis.
4. Bartonellosis.
5. Saneamiento de Puertos (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 347).

Para cada uno de estos aspectos existe una justificación importante y se sugiere una solución viable de carácter inmediato para la cooperación. Valga decir que esta propuesta se convirtió en el primer plan de trabajo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP).

El 17 de octubre de 1942 —como puede verse, relativamente rápido— llega a Bogotá

> [El] Sr. Brigadier General Dr. George C. Dunham, Director de la División de Salubridad y Saneamiento del Instituto de Relaciones Interamericanas, quien celebró repetidas conferencias con el personal del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, asesorado por el Dr. John C. Bugher, Jefe de la Sección de Estudios Especiales (y representante en ese momento de la Fundación Rockefeller), y del Dr. Howard B. Shookhoff, quien venía destinado para ser el Jefe del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 353).

El doctor Dunham envía, tres días después, una nota al ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, el doctor Arcesio Londoño Palacio, en la cual hace la propuesta de organización del programa cooperativo; en ella dice:

> Se creará en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social un servicio técnico especial, que se conocerá como el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, y que servirá como intermediario para la cooperación entre el Gobierno de Colombia y el Instituto de Relaciones Interamericanas,

> siendo una entidad separada dependiente directamente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 353).

A las necesidades planteadas por el gobierno nacional, el doctor Dunham agrega dos elementos más de trabajo para el convenio:

> El establecimiento de centros de higiene como parte de un programa general de salubridad (...) La preparación de personal colombiano en salubridad, ingeniería sanitaria, enfermería, administración de hospitales y otros ramos similares (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 355).

La experiencia de los centros de higiene se tenía en los centros mixtos de salud anteriormente mencionados, la cual era satisfactoria y la necesidad de formación de personal en los aspectos sanitarios era ya sentida por el Estado, así que toda la propuesta del doctor Dunham fue recibida sin variación. Efectivamente, el SCISP se crea por la Ley 36 de 1942 e inicia actividades en 1943, desarrolladas en los siguientes aspectos: "Centros de Higiene, Nutrición, Campañas Especializadas, Ingeniería Sanitaria, Escuela Superior de Enfermeras y Administración propiamente dicha" (Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1943: 356-379).

Las actividades se realizan con una dinámica propia, dada por los asesores y directores técnicos de las programas, todos norteamericanos. De esta manera, se produce en la década del cuarenta, un espacio legítimo de la organización sanitaria para la inclusión en diferentes niveles de las concepciones epidemiológicas norteamericanas.

HACIA EL NACIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DEL MINISTERIO DE HIGIENE

Es claro que desde comienzos de siglo se viene hablando del problema de la responsabilidad ante los riesgos laborales: empezando la primera década el doctor Rafael Uribe Uribe, dentro de lo que se ha llamado "socialismo de Estado", planteó al poder legislativo la necesidad de tomar medidas, por una parte, frente al problema de los seguros y cajas de ahorro para obreros y, por otra, en lo relativo a la vivienda popular. Desde antes de la década del treinta ya se había legislado sobre el asunto en varias ocasiones: la Ley 29 de 1905 crea la jubilación de los empleados del Estado que hayan prestado más de 30 años de

servicio; la Ley 57 de 1915 habla sobre accidentes de trabajo y su indemnización, desde una perspectiva paternalista del patrono frente al obrero. La Ley 37 de 1921 crea el "seguro colectivo" para las empresas industriales, agrícolas, comerciales y otras, con más de $1.000 pesos mensuales de nómina. La Ley 32 de 1922 autoriza a la nación, departamentos y municipios para asumir la función de aseguradoras frente a sus empleados (Rodríguez, 1975: 19-21).

La crisis económica, social y laboral de finales del veinte produjo en el Estado colombiano grandes cambios, discusiones nuevas, relaciones sociales y políticas nuevas, las cuales han sido trabajadas por varios autores en nuestro país y sería muy extenso y pretencioso abordarlas aquí. Sin embargo, una de las consecuencias de tales acontecimientos es la discusión intensa en el seno del gobierno sobre la política social, las condiciones de vida de los trabajadores y la importancia de esta clase social en la construcción de un país nuevo, acorde con el proceso de solidificación del capitalismo y del progreso nacional.

En el plano internacional, la Convención sobre Seguro contra Enfermedades de los Trabajadores de la Industria y el Comercio y de los Sirvientes Domésticos, expedida en la Conferencia Internacional del Trabajo de la Sociedad de las Naciones (o Liga de las Naciones), celebrada el 15 de junio de 1927, expresa: "Todo miembro de la OIT que ratifique la presente Convención se compromete a establecer el seguro contra enfermedad obligatorio, en condiciones por lo menos equivalentes a las que estipula la presente Convención" (Rodríguez, 1975: 71).

Esta exigencia, aunada a las discusiones mencionadas anteriormente, genera en el gobierno liberal de la década del treinta la necesidad de aclarar una política social acorde con la magnitud de la problemática del momento. Sin embargo, en este mismo marco de referencia, desde 1928 se habían hecho intentos para organizar una estructura estatal suficientemente sólida y capacitada que permitiera afrontar uno de los problemas fundamentales de la política social, cual es la previsión y la seguridad sociales.

Estos intentos se tradujeron en proyectos de ley largamente discutidos en el legislativo, pero sin ninguna concreción hasta 1945. Algunos ejemplos de estos proyectos fueron (De Aguilar y Silva López, 1979: 131-133):

— En 1928, proyecto de ley para la fundación de la Caja de Seguros del Trabajo.
— En 1929, proyecto para la creación de la Caja de Indemnizaciones Obreras, dependiente del Banco de la República.

— En 1931, proyecto para la creación del Fondo de Previsión Social, dependiente del Ministerio de Industrias.
— En 1936, proyecto de ley por el cual se crea la Caja de Seguros Sociales.
— En 1941, proyecto de ley por el cual se crea la Caja Colombiana de Seguro Social.
— En 1942, proyecto para la creación de la Caja de Pensiones de Empleados Particulares.
— En agosto de 1942, proyecto de ley sobre Seguridad Social, en el que se establece el Seguro Social Obligatorio.
— En 1943, proyecto de ley por el cual se reconocen prestaciones sociales a los empleados y obreros oficiales y se da facultad al gobierno para crear el Banco Nacional de Seguro.
— En 1945, fueron numerosos los proyectos de ley presentados, todos tendientes a la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (De Aguilar y Silva López, 133).

Todos estos intentos son el resultado de un nuevo espacio del derecho, desarrollado en los países europeos, especialmente desde finales del siglo XIX y que en Colombia cobra vigencia a partir de las nuevas relaciones económicas y laborales locales, por una parte, y la nueva actitud intervencionista del Estado liberal, por otra; tal es el Derecho del Trabajo. El doctor Otto Morales Benítez, en 1960, en su cargo de ministro del Trabajo, explicaba así aquella actitud:

> Cuando (el Estado) abandonó la política del *laisser faire*, *laisser passer*, del dejar hacer y del dejar pasar, y se incorporó a su sistema legal y práctico el intervencionismo, que tuvo tantos opositores, cosa que se discutió tan dramáticamente en el mundo contemporáneo, en ese momento comenzó a irrumpir, con fuerza extraordinaria, el derecho del trabajo. La legislación social principió a caminar. Una nueva concepción del derecho aparecía, en consonancia con dos nuevos valores: una economía intervenida por el Estado; y el nacimiento, además, de un nuevo concepto de hombre, como factor de producción, como entrega y ayuda a la economía de cada nación, como valor económico (Morales Benítez, 1960: 13-14).

El derecho del trabajo plantea desde sus inicios contrastes importantes con las concepciones impuestas por el derecho civil, tendientes a legislar sobre las relaciones laborales de la gran industria. En este sentido comienzan a aparecer varias teorías sobre el problema de la indemnización de las lesiones ocurridas en el ambiente laboral, a partir de las cuales se articuló el concepto de seguridad social.

La primera de ellas, la teoría del riesgo profesional, plantea que existen riesgos inherentes a la actividad laboral, fabril o industrial que deben ser asumidos por el proceso mismo de producción y que deben recaer directamente sobre el patrono: "el patrono responde de todos los infortunios ocurridos a sus trabajadores con ocasión o por consecuencia de su trabajo, con excepción de los acaecidos por fuerza mayor o dolo de la víctima" (Morales Benítez, 1960: 22). Dentro de este esquema se legisla sobre las lesiones llamadas "accidente de trabajo" y "enfermedad profesional" (Artículos 199 y 200 del Código Sustantivo del Trabajo) y se hace necesario acudir a un sistema de indemnización que no produzca grietas en la economía fabril.

La teoría del ahorro es la segunda que el doctor Morales Benítez presenta, afirmando:

> Así como el propietario ahorra para reponer los desperfectos de su maquinaria, de la misma manera debe atender al hombre. Para ello necesita pagar un salario para que el trabajador subsista y ahorrar otra parte para invertir en los seguros sociales (Morales Benítez, 1960: 20).

Debe existir entonces un sistema que permita el ahorro para cubrir el riesgo profesional y es esto lo que se propone en el Congreso durante tantos años, antes de implantarse el esquema de seguridad social.

La teoría del riesgo social "se basa en la afirmación de que el trabajador no labora sólo para la empresa, sino que le entrega una positiva contribución a la sociedad con su esfuerzo, mejorando la economía nacional" (Morales Benítez, 1960: 26). Con base en esta teoría, se busca que el Estado participe en la indemnización de los riesgos a los cuales se encuentra sometido el obrero y asegure su cumplimiento cuando el patrono o la compañía aseguradora no puedan asumirlo por cualquier circunstancia. Este es el principal papel de las cajas de compensación o los fondos de garantía.

En fin, la teoría de la seguridad social plantea que, en un Estado interventor, el cual pretende favorecer las libertades civiles y ser mediador de los conflictos generados en las relaciones de producción, aparece la necesidad de que éste participe en el proceso de indemnización; por otra parte, si se acepta que "la función del capital no es producir ventajas para quienes lo poseen, sino ayudar a conformar bienes sociales que lleguen a toda la comunidad" y que la comunidad toda "debe estar alerta para suplir las mermas y atender las necesidades de quienes dejan de producir", es lógico pensar que el riesgo debe ser cubierto por todos: el empresario, el trabajador y el Estado (Morales Benítez, 1960: 28).

Son estas últimas las bases conceptuales del gran número de proyectos que se exponen en el Congreso Nacional durante 1945 para la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y que expresan el espíritu que animaba los proyectos reformistas de la Revolución en Marcha. Para la oposición, integrada por sectores conservadores, liberales moderados y algunos grupos de la Iglesia, esto no era más que la manifestación de las "doctrinas comunistas y bolcheviques" que amenazaban con tomarse el país.

Finalmente, la Ley 90 de 1946 establece el seguro social obligatorio y crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. De acuerdo con la teoría de la seguridad social y con el ánimo de amparar a los trabajadores, más allá del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, el seguro social obligatorio cubriría los siguientes riesgos:

— Enfermedades no profesionales y maternidad.
— Invalidez y Vejez.
— Accidente de trabajo y enfermedades profesionales.
— Muerte (De Aguilar, Silva López, 1979: 133).

Los recursos necesarios para cubrir las prestaciones y los gastos del instituto serían obtenidos por el "sistema de triple contribución forzosa", es decir, asegurados, patronos y Estado.

El doctor Arriaga Andrade, ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social durante el primer gobierno del doctor Lleras Camargo, en la exposición de motivos de la Ley 90 del 46, plantea las ventajas de la Seguridad Social para unas relaciones obrero-patronales no conflictivas:

a) La financiación tripartita es una garantía.
b) Todos los empleadores cotizan y todos los empleados se benefician.
c) Disminuye la carga financiera sobre el patrono, al asegurar la participación triple forzosa.
d) El empleado exigirá su atención como derecho y no se enfrentará directamente contra el patrono sino contra un "organismo impersonal".
e) La Seguridad Social podrá cubrir a los trabajadores independientes y con inestabilidad laboral (Arriaga Andrade, 1975: 36).

Durante los primeros años de la puesta en práctica de la ley aparecen acalorados opositores al sistema de seguridad social, entre los cuales están los

industriales y empresarios, por considerarlo una nueva carga impuesta por el Estado a la industria nacional; igualmente los médicos ofrecieron obstáculos, basándose en la posibilidad de perder el ejercicio privado de la profesión con este sistema. En todo caso, el instituto logra establecerse y comienza a ser un espacio autónomo en el que aparecen problemas laborales, médicos, sociales, políticos y económicos de toda índole.

En este esfuerzo de maduración técnica de la política social y sanitaria el proceso es simultáneo: por un lado se desarrolla el Derecho Laboral o del Trabajo para configurar dos instituciones especializadas en la seguridad social (el ICSS y la Caja Nacional de Previsión, para empleados oficiales), manejadas por el Estado y enmarcadas en la política social general y, por otro, se estructura un ministerio de higiene, dedicado a los asuntos sanitarios y con una dirección eminentemente técnica.

La presencia del SCISP, la necesidad de establecer un ente autónomo dedicado a los aspectos sanitarios y la separación progresiva de la política social y la política sanitaria habían desencadenado la discusión a nivel del Congreso sobre la creación de un ministerio de higiene. Se esperaba que este despacho resolviese los problemas planteados en los organismos de higiene nacional y que, en resumen, son delineados por el ingeniero Próspero Ruiz en su libro *Higiene y Saneamiento*, así:

— Falta de un Ministerio o un Departamento Nacional de Higiene, autónomo e independiente. No obstante la mayor parte de los países de América haber organizado los Ministerios de Salubridad, Colombia continúa con su organización de Ministerio de Trabajo e Higiene, en el cual las labores de la Higiene no ocupan el lugar que deben tener. Los ministros han sido abogados, quienes atienden con prelación a los problemas del trabajo.
— Carencia de personal técnico experto (...) La mayor parte de los Directores de campañas son médicos sin entrenamiento especial en Salud Pública.
— Falta de escalafón sanitario (...) Para establecer el escalafón sanitario conviene primero establecer una Escuela de Salud Pública para la preparación técnica del personal.
— El Ministerio no ha tenido un plan definido y sistemático de becas extranjeras para la preparación de personal especializado. Algunos profesionales han viajado a los Estados Unidos con becas de Instituciones extranjeras, pero, a su regreso al país, muchos no trabajan con el Gobierno, por las desventajosas condiciones de trabajo. Mientras se establece la Escuela de Higiene Pública, es absolutamente necesaria la preparación de personal en universidades extranjeras.

— Multiplicidad de mando y de autoridades en las campañas sanitarias; hay Higiene Municipal, Higiene Departamental autónoma, Ministerio autónomo, Federación de Cafeteros autónoma y así sucesivamente (...) se necesita una ley reorgánica de la Higiene.
— Presupuestos reducidos. Colombia necesita gastar en Higiene no menos de $ 2.00 por persona y por año.
— Falta de rapidez y flexibilidad administrativa. Los contratos, pedidos y pagos, son excesivamente lentos, por los innumerables trámites establecidos (...) Los pagos de la Higiene conviene hacerlos con los recaudos que se hacen en los Departamentos (Ruiz, 1948: 6).

Si observamos detenidamente cada uno de los planteamientos hechos por el señor Ruiz, podremos llegar a pensar seguramente, que no ha pasado el tiempo en cuestiones de organización sanitaria. Sin embargo, es a este tipo de problemas que pretende dar respuesta el proyecto presentado por el doctor Jorge Bejarano en 1945, siendo ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, para la creación del Ministerio de Higiene.

La Ley 27 del 2 de diciembre de 1946, por la cual se crea dicho Ministerio, dice:

> Artículo 1º.- Créase el Ministerio de Higiene, encargado de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus ramas y la asistencia pública en el país.
> El Presidente de la República determinará los negocios que coresponderán a este Ministerio, de acuerdo con el artículo 132 de la Constitución Nacional.
> Artículo 2º- En lo sucesivo el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, se denominará 'Ministerio de Trabajo'. (Colombia, Congreso de la República, 1946).

Por el Decreto No. 25 de 1947 se organiza el ministerio e inicia su funcionamiento, con las siguientes dependencias:

I. Gabinete del Ministro.
II. Secretaría General.
III. Departamento Jurídico.
IV. Departamento Administrativo.
V. Divisiones Técnicas.
VI. Escuela Superior de Higiene.
VII. Organismos Nacionales de Higiene.
VIII. Organismos Internacionales de Higiene (Colombia, Ministerio de Higiene, 1947: 6).

El doctor Bejarano pretendía que este ministerio fuera una dependencia técnica del gobierno nacional y que se mantuviera al margen de la situación política, tal como lo planteaba el doctor García Medina años atrás; este criterio lo expresó claramente durante la crisis ministerial del gobierno del doctor Ospina Pérez en 1947 (*Semana*, 1947: 7-8). Pero si bien es cierto que es necesario ejercer la autonomía del criterio técnico para tomar decisiones públicas en salud, este ideal tecnócrata del doctor Bejarano no parece posible. En todo momento el técnico tendrá que incorporar en su análisis los elementos del debate político y hacer explícita su propia posición, la cual frecuentemente niega o ejerce inconscientemente. Otra cosa es que el ejercicio de la política en Colombia se libere de los vicios clientelistas y de las formas soterradas de manipulación, para poder tomar decisiones y llevarlas hasta sus últimas consecuencias en el terreno de la salud.

Parece ser que las soluciones no se perciben fácilmente y que los problemas planteados por el señor Ruiz continuarán por mucho tiempo; obviamente, los esfuerzos para superarlos han sido notorios y los logros importantes, pero el ideal de alcanzar una situación de salud satisfactoria para todos los colombianos aún parece muy lejano.

LA EDUCACION MEDICA EN LA DECADA DEL TREINTA

Durante la década del treinta y bajo la órbita de todas estas influencias norteamericanas, se inicia el proceso de modernización de la educación médica nacional. Especialmente en el seno de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional comienzan a aparecer algunos conatos de conflicto entre los nuevos médicos formados o especializados en Estados Unidos y los partidarios de la clásica clínica francesa, que había predominado hasta ese momento en el ambiente pedagógico y asistencial nacional.

Estos conflictos han sido tratados en profundidad por Néstor Miranda en la primera sección de este volumen, razón por la cual no volveremos sobre el tema. Sin embargo, llama la atención el hecho de que aunque en el campo de la salud pública se dieran pasos serios y firmes hacia un cambio de perspectiva desde la concepción higienista hacia la salud pública de orientación norteamericana, en el campo de la educación apenas si se inicia tímida y escabrosamente el proceso.

Los médicos de orientación francesa siguen siendo mayoría y la facultad de medicina seguirá orientándose por el modelo francés. Prueba de esto es que

en el año de 1931 vendrá a Colombia una misión médica francesa, contratada por el gobierno por la recomendación del doctor Carlos Esguerra, de la Facultad de Medicina, para visitar, estudiar y orientar la enseñanza médica en la facultad. Se pretendía entonces, solidificar aún más el modelo francés.

La Misión Médica Francesa

El 24 de junio de 1931 llega la Misión Francesa, conformada por los doctores André Latarjet y Louis Tavernier (de la Facultad de Medicina de Lyon) y Paul Durand (Subdirector del Instituto Pasteur de Túnez), entregó su informe al rector de la facultad. En síntesis, este informe propone una modificación general del Reglamento, después de un análisis crítico de la estructura, organización y funcionamiento de la facultad. El punto de partida es la concepción de que una facultad de medicina moderna debe ser un centro de cultura profesional, un centro de enseñanza superior y un centro de investigaciones. Así mismo, desde el punto de vista estrictamente profesional, una facultad debe dar tres clases de enseñanza: enseñanzas puramente teóricas, enseñanzas teóricas y técnicas combinadas (cursos y trabajos prácticos que deben darse en los laboratorios y coordinarse con la enseñanza teórica), y enseñanzas clínicas que deben darse en el hospital.

El plan de estudios propuesto será el siguiente:

Primer año

Primer Semestre

Cursos teóricos: anatomía, fisiología, química general, física, histología, zoología.

Trabajos prácticos: disección, anatomía radiológica, histología, zoología.

Segundo Semestre:

Cursos teóricos: anatomía, fisiología, química general, física general, histología y botánica.

Trabajos prácticos: química general, histología, fisiología y física general.

Enseñanza clínica: propedéutica.

Segundo año

Primer semestre:

Cursos teóricos: anatomía, fisiología, histología.

Trabajos prácticos: disección.

Enseñanza clínica: propedéutica.
Segundo semestre:
Cursos teóricos: anatomía, química médica, fisiología e histología.
Trabajos prácticos: química médica, fisiología, histología.
Enseñanza clínica: propedéutica.

Tercer año
Primer semestre:
Cursos teóricos: patología interna, bacteriología, física biológica, radiología y fisioterapia.
Trabajos prácticos: bacteriología, parasitología y física biológica.
Enseñanza clínica: clínica médica.
Segundo semestre:
Cursos teóricos: patología interna, parasitología e historia natural médica, física biológica, radiología y fisioterapia.
Trabajos prácticos: bacteriología, parasitología y física biológica.
Enseñanza clínica: clínica médica, clínica dermatológica y sifilografía.

Cuarto año
Primer semestre:
Cursos teóricos: patología externa, medicina operatoria, anatomía topográfica, anatomía patológica.
Trabajos prácticos: anatomía patológica.
Enseñanza clínica: clínica quirúrgica, clínica ginecológica y clínica de vías urinarias.
Segundo semestre:
Cursos teóricos: patología externa, anatomía topográfica y medicina operatoria, anatomía patológica.
Trabajos prácticos: medicina operatoria.
Enseñanza clínica: clínica quirúrgica, clínica ginecológica y clínica de vías urinarias.

Quinto año
Primer semestre:
Cursos teóricos: patología general, medicina experimental, patología tropical, obstetricia, radiumterapia.
Trabajos prácticos: no hay.

Enseñanza clínica: clínica médica, clínica de enfermedades tropicales, clínica radiumterápica, clínica obstetrical y puericultura.

Segundo semestre:

Cursos teóricos: terapéutica, materia médica, farmacología, climatología terapéutica, puericultura e higiene, patología tropical.

Trabajos prácticos: farmacología y terapéutica.

Enseñanza clínica: clínica médica, clínica de enfermedades tropicales, clínica radiumterápica, clínica obstetrical y puericultura.

Sexto año

Primer semestre:

Cursos teóricos: medicina legal y toxicología, higiene, patología de órganos de los sentidos.

Trabajos prácticos: medicina legal y toxicología.

Enseñanza clínica: clínica quirúrgica, medicina y cirugía infantil, clínica de órganos de los sentidos y clínica de enfermedades mentales.

Segundo semestre:

Cursos teóricos: higiene.

Trabajos prácticos: higiene.

Enseñanza clínica: clínica quirúrgica, medicina y cirugía infantiles, clínica de órganos de los sentidos y clínica de enfermedades mentales.

Este informe insiste en la importancia del contacto precoz del estudiante con el enfermo para el desarrollo de la observación clínica, así como en la importancia del trabajo en el laboratorio para formar el espíritu de investigación y para la aplicación de las ciencias biológicas a una mejor comprensión de los fenómenos morbosos. Por otra parte, refiriéndose al modelo flexneriano, el informe anota que el sistema que consiste en dividir la educación médica en dos períodos, el primero dedicado a las ciencias biológicas, sin ningún contacto con el hospital, y el segundo únicamente dedicado a la clínica, no es acorde con el espíritu latino, ya que toda estandarización es, por su absolutismo, anticientífica puesto que no es humana. Concluye entonces que, para que la medicina agrupe las ciencias biológicas más diversas, es preciso establecer rápidamente las relaciones que unan las ciencias de laboratorio al examen del enfermo.

Las demás recomendaciones están relacionadas con la reorganización administrativa de la academia y de la organización de la facultad (Colombia. Senado de la República, 1931).

Las recomendaciones que dicha misión hace, en general, están orientadas a consolidar, en nuestro medio, el modelo pedagógico de la clínica francesa.

A partir de este momento y durante todo lo que resta de esta primera mitad del siglo XX se continuará enseñando, en nuestras facultades de medicina, una concepción organicista de la enfermedad apoyada en una integración más o menos ecléctica de las tres mentalidades médicas europeas, con algunos aportes del modelo sanitarista norteamericano. Este modelo, predominantemente francés, comenzará a entrar en crisis lentamente. En 1939 ya se había avanzado bastante hacia el modelo norteamericano con la reforma llevada a cabo por Jorge E. Cavelier en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, la cual suscitó una importante y abierta polémica entre "afrancesados" y "norteamericanizados" (Miranda, 1989). Sin embargo, será ya, a partir de la visita de la Misión Médica Norteamericana, que la educación médica colombiana entrará definitivamente en la órbita de la economía estadounidense.

Es claro entonces que por su orientación hacia la medicina europea, la facultad se va a encontrar, durante todo este período en una posición incongruente con los desarrollos de la salud pública estatal y la práctica de la mayoría de los médicos está más sesgada hacia la práctica privada y la medicina curativa.

Capítulo 5

LA CONSOLIDACION DEL MODELO NORTEAMERICANO (1948-1957)

LA SALUD PUBLICA IMPORTADA

La inmadurez estructural y técnica del ministerio naciente y la carencia de los recursos necesarios, explican que las políticas desarrolladas por el SCISP comiencen a comandar las acciones sanitarias, organizándose al interior del ministerio una estructura vertical en la cual participan técnicos norteamericanos con capacidad directiva y con alguna colaboración del personal local. Desde este nivel se impulsan decididamente las orientaciones de las organizaciones sanitarias internacionales tendientes a fortalecer los aspectos preventivos. En este momento se produce definitivamente el paso de la Higiene a la Salud Pública, como un proceso irreversible que conduce a la consolidación del modelo norteamericano, tanto en la estructura sanitaria del Estado como en la formación de los profesionales de la salud.

Puede decirse que esta presencia de los lineamentos norteamericanos en la organización sanitaria estatal genera un proceso de transformación conceptual interesante: en primer lugar, la labor sanitaria, como se mencionó anteriormente, es un problema técnico y requiere personal capacitado y especializado en las ramas de la higiene y la salubridad públicas. En segundo lugar, los conceptos de medicina preventiva, salubridad, higiene, saneamiento, etc., manejados por los higienistas, comienzan a ser objeto de polémica, para estar acordes con los planteamientos que en las organizaciones internacionales se estaban proponiendo. Es necesario aclarar que la Organización Mundial de la Salud (OMS)

se crea durante la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York en 1946 y la Organización Panamericana de la Salud surge como resultado de la Conferencia Sanitaria Panamericana de Caracas en 1947.

Así pues, los textos de Higiene dedican una buena parte de la introducción a definir lo más correctamente posible estos términos. Al respecto, el señor Próspero Ruiz afirma:

— Higiene. Entendemos por Higiene la Ciencia que estudia los medios para prevenir las enfermedades. La Higiene incluye en su acepción amplia la Medicina Preventiva, o sea el conocimiento de la Medicina dirigido al control y prevención de las enfermedades, y el Saneamiento, o sea el conjunto de medidas dirigidas al control del medio ambiente, en cuanto tiene relación con el desarrollo y propagación de enfermedades.
— Salubridad. Significa salubre o saludable, y se aplica más bien a las cosas o al medio, que al hombre mismo. Así decimos terreno saludable, clima saludable, etc.
— Sanidad. Significa calidad de sano; se emplea como sinónimo de salubridad, pero se aplica más a las personas y animales, que al medio o las cosas: Así decimos personal de sanidad, certificado de sanidad (Ruiz, 1948: 5).

Rosenau, el famoso higienista norteamericano, citado por Ruiz, dice:

El término Higiene se refiere a las personas, mientras que el término "saneamiento" se refiere a las cosas. No hay una línea definida de demarcación (...) La ciencia sanitaria considera el aire, el suelo, el clima y demás condiciones exteriores como factores que afectan la salud. El saneamiento es por lo tanto impersonal; la Higiene es esencialmente personal (Ruiz, 1948: 6).

En el primer caso la higiene es una ciencia que abarca las acciones tanto sobre el individuo como sobre el ambiente. Este es el concepto más aceptado en nuestro medio y las diferencias con Rosenau no son trascendentales. Sin embargo, a finales de la década del cuarenta, aparece un término empleado anteriormente como sinónimo de salud del pueblo en general; éste es el de *salud pública*. En inglés, *public health*, venía usándose con la misma acepción de higiene pública o medidas para preservar la salud del pueblo, pero con las discusiones de principio de siglo acerca de la formación de profesionales encargados de la dirección de las políticas sanitarias en Estados Unidos (Bowers y Purcell, 1976: 166-175), comienza a entenderse en otro sentido.

Tal sentido es expresado así por el doctor Winslow, profesor de higiene de la Universidad de Yale, citado por Ruiz:

> La Salud Pública es la práctica de las medidas de Medicina Preventiva en todos los casos donde sea posible. Esto incluye la prevención de las enfermedades, prolongación de la vida, promoción de la salud física y mental, y eficiencia en los esfuerzos de la comunidad dirigidos a:
>
> a. Educación de los individuos en los principios de la Higiene personal y pública;
> b. Sanidad del medio ambiente;
> c. Control de las enfermedades prevenibles;
> d. Organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo del individuo (Ruiz, 1948: 5).

Al analizar un poco estos conceptos puede verse cierta diferencia, dada por el nivel de pragmatismo; es decir, la higiene dice en teoría lo que la salud pública llevará a la práctica, especialmente en lo relacionado con las acciones del Estado frente a los problemas de salud de la población. Existe un segundo elemento, aún no definido claramente, que es la ampliación de las acciones sanitarias más allá de las enfermedades transmisibles e incluso, enmarcadas en un nuevo concepto que empieza a esbozarse, cual es el de "bienestar". Sin embargo, al parecer comparten aún el modelo unicausal de la enfermedad, a pesar de verse ya acciones sobre enfermedades no infecciosas que son prevenibles. El modelo multicausal no entrará sino desde la década de los años sesenta, aunque ya desde mediados de los treinta se venían planteando los resultados de investigaciones epidemiológicas en enfermedades crónicas y los elementos teóricos para sobrepasar la epidemiología unicausal ya estaban formulados.

Valga decir que el profesor Ruiz es ingeniero civil de la Facultad Nacional de Minas de Medellín, Master of Science in Public Health Engeneering de la Universidad de North Carolina (USA), ingeniero sanitario del Ministerio de Higiene, profesor de ingeniería sanitaria de la Facultad de Minas y de Higiene y Saneamiento de la Facultad Nacional de Agronomía de Medellín y, finalmente, malariólogo de la Escuela de Malariología de Maracay (Venezuela). Como puede verse, su influencia, tanto en la docencia como en la gestión del Estado, fue múltiple y su convicción en los modelos norteamericanos es innegable[1].

Estos aspectos conceptuales aparentemente discretos inciden directamente en las decisiones del Estado: en 1953, el Ministerio de Higiene cambia de denominación y se convierte en el Ministerio de Salud Pública, por el Decreto

984 del 16 de abril de 1953, siendo ministro de Higiene el doctor Alejandro Jiménez Arango. Este cambio no es solamente de nombre y pretende, con cambios administrativos y de organización, dar respuesta a los siguientes problemas planteados en ese momento:

— 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 (deficiencia de drogas y servicios);
— A pesar de las abundantes disposiciones existentes sobre medicamentos, continúan expendiéndose al público numerosas drogas de dudosa efectividad o comprobada ineficacia;
— 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 (De Aguilar y Silva López, 1979: 36).

Como puede verse, estos problemas son similares a los planteados antes de crearse el Ministerio de Higiene; claro está que han transcurrido apenas seis años y sería muy difícil esperar cambios radicales. En los últimos años se habían dado varios aportes importantes durante las gestiones de los ministros Pedro Eliseo Cruz y Jorge Cavelier, tales como:

— La creación del Instituto Nacional de Nutrición por la Ley 44 de 1947
— La organización de la Inspección General de Laboratorios y Farmacias, dependiente del Departamento Jurídico del Ministerio de Higiene, por la Ley 32 de 1948
— La creación del Fondo Permanente Nacional de Higiene, por la Ley 98 de 1948
— La creación de la Oficina Nacional de Bromatología, por la Ley 139 de 1948
— El establecimiento del Servicio de Salubridad Rural (o medicatura rural) por el Decreto Legislativo 3842 de 1949 y del Departamento de Salubridad, por el mismo decreto, en el que se localizan todas las campañas del SCISP.

En este ministerio de salud pública aparece nuevamente la estructura de secciones (5), departamentos (6) y oficinas (20) y, al parecer, cada sección se encargaría de los problemas más importantes, anteriormente planteados:

Seccion 1a. Asesoría Jurídica;
Sección 2a. Bioestadística;
Sección 3a. Consejo Nacional de Práctica Profesional;
Sección 4a. SCISP;
Sección 5a. Institutos de Investigación. (De Aguilar y Silva López, 1979: 37).

Este tipo de organización permite al SCISP influir en diferentes niveles de la organización, generando un proceso de cambio muy importante durante la década del cincuenta, que se analizará más adelante.

EL PLAN MARSHALL Y LA SALUD EN COLOMBIA EN LA DECADA DEL CINCUENTA

El 7 de marzo de 1947, durante la celebración del día de Jefferson en los Estados Unidos, el presidente Harry Truman presentó en un discurso público el propósito fundamental de su gobierno, parodiando la Doctrina Monroe del siglo pasado. La tesis central de dicho propósito era:

> Los Estados Unidos emplearán sus recursos para ayudar a aquellos países que defiendan su libertad, que quieran vivir en paz con sus vecinos sin intimidación ni coerción, que respeten la dignidad del individuo, que quieran gobernarse autónomamente y reconocer a los demás el mismo derecho, conforme a las reglas de la democracia (*Semana*, 1947b: 12).

Se trata de un programa de ayuda a los países europeos y del Cercano Oriente, dentro del programa de reconstrucción europea de posguerra, con fundamento ético-político liberal y de abierta orientación anticomunista. Implica para el erario público norteamericano una gran inversión que resulta ser un gran sacrificio. Por esta razón, la Doctrina Truman es criticada por el congreso federal y en pocos meses genera una fuerte polémica.

Ante esta situación, el secretario de Estado norteamericano, general George Marshall, hablando ante la Universidad de Harvard, en junio del mismo año, declaró que

> Los Estados Unidos no pueden seguir financiando individualmente a las naciones europeas, y que éstas deberían reunirse para hacer un cómputo general de sus recursos y de sus necesidades, a fin de ver si los Estados Unidos están en condiciones de satisfacerlas. La revista *Semana* comenta al respecto: "en otras palabras: la ayuda de Norteamérica no debe tener bases políticas sino económicas" (*Semana*, 1947b: 12).

Efectivamente, los países europeos se reúnen, definen sus prioridades y se establece un plan de ayuda, con ciertas condiciones económicas y políticas, al cual se denominó Plan Marshall. Este plan fue reforzado en el plano económico y comercial por el Plan Clayton, especificando en él el tipo de acciones que deberían realizar los países que recibieran tal ayuda. El mismo Clayton decía: "Tendremos en nuestras manos en todo momento, la poderosa sanción de suspender la ayuda si, al contrario de lo que esperamos, cualquier país deja de cumplir sus compromisos" (*Semana*, 1948a: 21).

Estas afirmaciones puede decirse que no son muy respetuosas de la autonomía de gobierno y que tienen una clara intención de coerción, lo cual estaría en contra de los lineamentos de la Doctrina Truman; sin embargo, los planes son aprobados por el congreso federal a los pocos meses de planteados.

En 1948, el señor Eduardo Zuleta Angel, presidente de la Comisión Preparatoria de las Naciones Unidas y exministro de Educación, a su regreso de los Estados Unidos, hace las siguientes afirmaciones:

> Estados Unidos está dedicado a Europa porque su máximo empeño es derrotar al comunismo (...) De acuerdo con un documento anexo al discurso de Truman sobre el plan de rehabilitación europea, de los 6.000 millones que se invertirán en el primer año en el Plan Marshall, 1.700 millones de dólares se destinarán a adquisiciones en el resto del hemisferio, pero contando naturalmente al Canadá donde se consiguen elementos en gran cantidad. Las compras en Latinoamérica se reducirán al mínimum (...) Los latinoamericanos nos estamos convirtiendo en una especie de parientes pobres e incómodos, fastidiosos e innecesarios (*Semana*, 1948b: 17).

A partir de tales quejas, apoyadas por el canciller Domingo Esguerra, se desencadena una gran polémica a nivel panamericano, acerca de la ayuda norteamericana a los países del centro y sur de América. La IX Conferencia Panamericana reunida en Bogotá en abril de 1948 dedica varias sesiones a discutir estos aspectos (*Semana*, 1948c: 15). A pesar de que en ese momento no se dan soluciones inmediatas, el Plan Marshall se amplía a los países latinoamericanos, en forma de múltiples estrategias.

Una de ellas es la Misión Americana que visita el país en 1950 y que entrega un informe y recomendaciones sobre los principales problemas socioeconómicos de Colombia en el llamado Plan Currie. De acuerdo con este plan, la salud comienza a considerarse como parte fundamental del nivel de vida, y éste se mira como un "estado de bienestar", en el que la higiene cumple un papel protagónico. Un aparte del texto del Plan Currie dice:

> La salud es quizá el principal componente del nivel de vida y, al mismo tiempo, uno de sus más grandes determinantes. Las condiciones de salud deficiente significan no sólo 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, en términos de tiempo perdido en la finca o en el lugar de trabajo y, desde el punto de vista de las enormes necesidades que crea, como hospitales e instalaciones de servicio médico; e igualmente por el aumento de los costos de la beneficencia, seguros e indemnizaciones por enfermedad y accidentes. Por estas razones, la Misión consideró la Higiene y la Salubridad como parte integrante de sus estudios acerca de la economía y de los recursos de Colombia (Saavedra, 1950: 288).

Este es pues, un nuevo momento en que la salud comienza a ser mirada como un elemento importante de la economía nacional y por tanto, de las políticas estatales, a partir de la incidencia norteamericana. Es importante resaltar el concepto de fondo que vincula ahora la política económica y la sanitaria, éste es, el concepto de *nivel de vida*. Pedro Nel Saavedra, director del Departamento de Educación Sanitaria en ese momento, dice al respecto:

> Y es precisamente de la propia definición del nivel de vida de donde surge espontáneamente el concepto de la higiene ya que se considera que el nivel de vida equivale, en términos generales, a un "estado de bienestar". Este bienestar, ya se tome en sentido físico, económico o espiritual, no se puede concebir sin el factor de la higiene, sin el cual no se logrará elevar el nivel de salud y por ende, el de la capacidad de producción per cápita (Saavedra, 1950: 289).

En el mismo sentido de la cooperación económica se dan entonces, diversas formas de asesoría en el campo de la salud pública, por intermedio del Instituto de Asuntos Interamericanos de la Administración de Cooperación Internacional, o Punto IV, como se conocía en Colombia. Por esta época se realiza una renovación del convenio entre el gobierno colombiano y el Instituto de

Asuntos Interamericanos, para continuar el programa cooperativo del SCISP por cinco años más. Por otra parte, se crea el Unitarian Service Committee, encargado de organizar misiones de evaluación de la educación médica y las condiciones de salud en los países latinoamericanos, similares a las misiones médicas unitarias enviadas a Europa. Una de ellas es precisamente, la llamada Misión Humphreys, de la cual hablaremos más adelante.

Dentro de todo este plan de cooperación, el SCISP va adquiriendo cada vez más relevancia dentro del proceso de toma de decisiones del ministerio. En 1957, los objetivos del programa, tal como se expresa en el acuerdo firmado el 26 de marzo de ese año, serían:

— Promover y fortalecer la amistad y entendimiento entre los pueblos de la República de Colombia y los Estados Unidos y fomentar su bienestar general;
— Asistir en las actividades de Salud Pública y Saneamiento en Colombia por medio de la acción y cooperación de las partes contratantes de este convenio; y
— Estimular y acrecentar entre los dos países el intercambio de conocimientos, pericias y sistemas técnicos en el campo de la salud pública y saneamiento (Restrepo y Villa, 1980: 85).

En el cumplimiento de estos objetivos el SCISP había realizado en sus 15 años de permanencia, 80 proyectos, 72 de los cuales habían sido terminados o enviados a otras dependencias del gobierno para su continuación. Tales proyectos fueron clasificados así, por Anthony Kranaskas, director encargado en 1957:

— Control de enfermedades específicas: 14 proyectos;
— Saneamiento ambiental: 4 proyectos;
— Centros de salud, administración y servicios de consulta a los mismos: 20 proyectos;
— Entrenamiento y educación: 4 proyectos;
— Centros de salud, construcción, adaptación y rehabilitación: 21 proyectos;
— Otros servicios de salud: 6 proyectos (Kranaskas, 1957: 9).

A partir de todos estos proyectos y con la posibilidad de influir en todos los niveles:

> [El SCISP] montó en el Ministerio de Salud Pública una estructura vertical, dirigida y administrada con técnicos norteamericanos con la colaboración de colombianos que se iban formando para este fin y llegó a constituir un Ministerio rico y ágil y de orientación extranjera dentro de otro pobre, con una estructura incipiente, el cual rompió la orientación de atención integral (...), por una separación rotunda entre los aspectos preventivos a cargo del subsector oficial y las curativas bajo la responsabilidad del subsector de la caridad (Restrepo y Villa, 1980: 82).

En 1957 el SCISP interviene en casi todas las dependencias del ministerio y maneja en ese momento 12 proyectos, todos de gran importancia para la salud pública nacional:

— Campaña antipiánica;
— Campaña de nutrición, Instituto Nacional de Nutrición;
— Campaña de nutrición y educación sanitaria del Valle del Cauca;
— Campaña general contra el bocio;
— Campaña de malariología;
— Campaña de educación sanitaria;
— Entrenamiento de personal;
— Participación de los gastos de sostenimiento de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras;
— Administración;
— Sección imprenta;
— Ingeniería de salud pública;
— Campaña de higiene industrial (Kranaskas, 1957: 9).

A pesar del despliegue técnico logrado al interior del ministerio por el SCISP, en el cual se encontraban hasta diez técnicos norteamericanos de diferentes ramas trabajando simultáneamente, los ministros expresaban displicencia por encontrar frecuentemente criterios políticos en la remoción de los mandos medios en las distintas dependencias del ministerio. Al parecer, eran más estables laboralmente los técnicos extranjeros que el mismo ministro.

Acerca de esta intervención política en el sector salud durante la dictadura de Rojas Pinilla y el gobierno de la Junta Militar, es necesario profundizar en un trabajo posterior, puesto que es un asunto muy importante en el cual, durante el tiempo de esta investigación, no se logró profundizar. No obstante, la percepción actual sobre este aspecto es que durante el gobierno del general Rojas se da con mayor claridad la autonomía técnica de las misiones norteamericanas y los ser-

vicios de cooperación. La actitud populista que caracterizó este gobierno permite entablar relaciones de cooperación técnica con Estados Unidos mucho más ágiles, pero también, los compromisos resultantes de la concertación política que enmarcan esta dictadura pactada con la clase política, genera una gran inestabilidad del personal técnico colombiano formado en el nuevo modelo.

Probablemente por esto el ministro de Salud, doctor Juan Pablo Llinás, expresaba así su inconformidad:

> El adiestramiento de la mayor parte del personal que va a trabajar en las distintas dependencias de este Ministerio, es otra de las razones para considerar esta rama de la Administración Pública como una sección eminentemente técnica y que no puede estar sometida a los vaivenes de la política. No es justo ni razonable que se vaya a cambiar un empleado cuya formación ha sido más o menos costosa y cuya labor es eficiente (Colombia, Ministerio de Salud Pública, 1958: 8).

Como vemos, nuevamente los técnicos de la salud pública se quejan de la intervención política. Visto así, parece como si la solución fuera exorcizar al ministerio del demonio de la politiquería para hacer al fin lo que los técnicos saben y dicen que se debe hacer. Pero esto es un ideal ético-político del estilo de los positivistas franceses del siglo XIX que más que ofrecer salidas viables al problema, ha generado muchas frustraciones en las últimas décadas. Lo que conduce a esta amalgama técnico-política no es un problema de decisión simplemente. Es un proceso social estructurante del Estado colombiano y del ejercicio político de nuestro país que debería tratarse con mayor profundidad. Esto no implica que aceptemos una especie de politiquería natural del colombiano, sino que la solución es más compleja que la expulsión de la politiquería del espacio técnico. Precisamente los retos que plantea la transformación actual del Estado y de sus relaciones con la sociedad civil, y la construcción de un proyecto democrático también en el terreno de la salud, está en no caer simplemente en la posición de la voz de los expertos, sino en la posibilidad de tomar decisiones como resultado de procesos participativos que permitan la expresión de todos los intereses involucrados.

POLITICAS DE SALUD, EDUCACION Y PRACTICA MEDICA

Desde el punto de vista de la formación del recurso humano en salud este período se caracteriza por el inicio de una adecuación de los programas docentes

a los adelantos organizativos, conceptuales y técnicos de la medicina norteamericana. Con las misiones médicas americanas (Humphreys, 1949 y Lapham, 1953) penetran al país los esquemas educativos propuestos por Abraham Flexner en los Estados Unidos desde 1910. Las recomendaciones de estas misiones proponen la reorganización administrativa de las facultades, la creación de departamentos en cada uno de los principales campos de la medicina, el entrenamiento de jóvenes en el extranjero, la importación de profesores extranjeros, el establecimiento de programas de entrenamiento de posgrado, la enseñanza de las ciencias básicas, la reorganización de los hospitales. Como corolario, proponen la creación de una sólida asociación nacional de escuelas médicas, cuyos objetivos serían: la definición de normas para la educación médica, la evaluación y acreditación de escuelas de medicina y hospitales. Sin embargo, aunque todas estas recomendaciones, que finalmente se ponen en práctica a lo largo del período y fortalecen el desarrollo científico de nuestras facultades, reafirman la actitud curativa que caracterizaba la medicina de períodos anteriores. Este hecho agudiza el enfrentamiento con las tendencias preventivas impulsadas desde las instancias estatales.

Este fenómeno se expresa en forma contradictoria en el campo de la atención médica, como una aparente contraposición entre los servicios de alta cobertura de los centros de salud y la alta calidad de la atención hospitalaria. Sin embargo, tal contradicción es sólo aparente. Se trata de adecuar la atención médica a las necesidades de un nuevo país que ha acelerado su tránsito de la vida bucólica rural a la agitada vida industrial urbana. Esto significa un vuelco total en la educación médica para formar un profesional que se adecúe a este nuevo perfil que socialmente se le exige a la práctica médica. Al mismo tiempo se trata de asegurar una amplia cobertura para poder garantizar la salud de las amplias capas de la población vinculadas al trabajo industrial.

Los desarrollos de la medicina norteamericana a comienzos del siglo XX

La medicina norteamericana también recibió durante el siglo XIX la influencia de las mentalidades médicas europeas. Sin embargo, se habían desarrollado múltiples escuelas de medicina en este país y la calidad de ellas era bastante dudosa, según nos relata Burton Hendrick en un artículo aparecido en la *Revista Médica de Bogotá*, en el cual comenta las reformas de Flexner que posteriormente analizaremos (Hendrick, 1915: 370 y ss.). Estas condiciones de la ense-

ñanza médica no correspondían a las exigencias y necesidades del desarrollo del capitalismo norteamericano y mundial que se orientaban hacia el aumento de la productividad por un mayor rendimiento de la fuerza de trabajo, la ampliación y tecnificación productivas y la expansión de los mercados y áreas de inversión. El estudio de las enfermedades se vio envuelto, desde fines del siglo anterior en una coyuntura: Facilitar el impulso eficientista y la apertura de territorio inhóspito de Africa, Asia y especialmente América (Breilh, 1986: 94). Los desarrollos de la bacteriología, unidos a la concepción contagionista de la enfermedad que se venía desarrollando desde el siglo XVI pero que se había fortificado con las investigaciones y desarrollos epidemiológicos de Pierre Charles Alexandre Louis en la primera mitad del siglo XIX (Lilienfeld y Lilienfeld, 1986: 25-36), y a los planteamientos de la mentalidad etiopatológica, habían permitido la creación de una teoría de la enfermedad, propicia para un desarrollo de la higiene y la salud pública, coherente con las necesidades expansionistas del capitalismo: La teoría unicausal bacteriológica de la enfermedad (Breilh, 1986: 94). Esta concepción entiende la enfermedad como una serie de alteraciones anatómicas y funcionales desencadenadas por un agente externo que penetra al organismo, casi siempre de orden bacteriológico, pero a veces también de orden tóxico.

Como ya se dijo atrás, en 1909 se fundó la Comisión Sanitaria Rockefeller para la erradicación de la uncinaria, con programas en varios países del trópico. En 1914 se inició la campaña contra la fiebre amarilla y en 1915 se pusieron en marcha los programas antimaláricos. Todo esto para mejorar las condiciones sanitarias de las nuevas colonias (Breilh, 1986: 98).

Estas condiciones exigían un nuevo tipo de enseñanza médica más acorde con los conocimientos anatomopatológicos, fisiopatológicos, etiopatológicos, toxicológicos y bacteriológicos que apoyaban esta concepción unicausal de la enfermedad. Por otra parte, se hacía necesario el desarrollo tecnológico de la institución hospitalaria para que pudiese servir de receptáculo a una práctica médica montada sobre esta visión de la enfermedad y socialmente exigida por las nuevas condiciones de vida y de desarrollo económico (Breilh, 1986: 94). En 1908 el educador médico Abraham Flexner es financiado por las fundaciones Carnegie y Rockefeller, para hacer un estudio de la situación de las facultades de medicina de Estados Unidos. En 1910 este investigador entrega su informe (en adelante nos referiremos a éste como *Informe Flexner*) en el cual propone una reforma de las facultades de medicina más acorde con el desarrollo que las ciencias básicas han logrado hasta ese momento y solicita que los médicos tengan una adecuada formación en dichas ciencias. En general, la pro-

puesta incluye, entre otras cosas, la definición de unos mecanismos de admisión rigurosos a las facultades, el establecimiento de un plan de estudios estable de mínimo cuatro años, la separación de la enseñanza en estudios básicos primero (aprendizaje de las ciencias en clases y laboratorios), y clínicos luego (enseñanza práctica a la cabecera del paciente) y la introducción de un profesorado de tiempo completo y dedicación exclusiva. Por otra parte se recomienda, en primer lugar, que cada facultad tenga su propio hospital para que pueda desarrollar adecuadamente su enseñanza clínica y en segundo lugar, que la investigación tenga, en la universidad, un papel tan importante como la docencia (Miranda, 1984).

La Fundación Rockefeller recogió las propuestas de Flexner y lo impulsó para que fuesen desarrolladas en forma piloto en la universidad que él considerase más adecuada para la experiencia. Este propuso a la Universidad de Johns Hopkins como la más adecuada pues allí estaba trabajando William Welch, quien se había formado en Alemania como patólogo en el modelo de investigación fisiopatológico y como decano de la facultad de medicina de dicha universidad había implantado el modelo integral alemán que vinculaba la investigación y la docencia en un solo cuerpo, con profesores de tiempo completo dedicados simultáneamente a ambas actividades. Este fue pues el punto de apoyo para la reforma que rápidamente se extendió por todo el país (Wheatley, 1989; Starr, 1982; Ludmerer, 1985).

Todo esto, unido a las condiciones políticas y socioeconómicas que llevaron a Estados Unidos a colocarse a la cabeza de los países americanos, permitió la tecnologización de la medicina y de su enseñanza en dicho país.

La primera misión médica norteamericana en Colombia: La Misión Médica Unitaria o Misión Humphreys

Desde el momento en que se producen los primeros cambios en la medicina norteamericana se siente en Colombia un espíritu de renovación en la mente de algunos médicos. Se comienzan a publicar una serie de artículos sobre este tema, como el citado anteriormente de Hendrick, en la *Revista Médica de Bogotá* en 1915 y el de Aristides A. Moll en la *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional* en 1938 (Moll, 1983).

La universidad colombiana en ese momento se encuentra altamente politizada y se presentan en su seno enfrentamientos entre los dos partidos políticos dominantes. Como resultado de estos enfrentamientos surgirá la Facultad de

Medicina de la Universidad Javeriana de Bogotá en 1942 (Paredes Manrique, 1966: 19).

En 1944 visitó al país Aristides Moll y en 1947, Morris Fishbein. Moll en su informe, refiere que en el país existen pocas facultades de medicina, con escasos recursos y profesores, y además, con gran agitación política. Fishbein, bastante influido por las tesis de Abraham Flexner sobre educación médica, resaltaba que América Latina bajo la influencia francesa, seguía adoptando los viejos esquemas de Claude Bernard que carecían de organización administrativa y basaban el aprendizaje en un sistema individualizado. Consideraba además, que la investigación y las publicaciones científicas eran de poco valor (Restrepo Cuartas, 1984: 139).

En 1948 se produce la visita de la Misión Médica Unitaria norteamericana, del Unitarian Service Committee, contratada por el gobierno de Mariano Ospina Pérez y organizada bajo el mismo plan de las misiones enviadas a Europa después de la segunda guerra mundial. Dicha misión fue presidida por el doctor G. H. Humphreys, jefe del Servicio de Cirugía del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia en Nueva York y profesor de cirugía. Participaron en ella, además del doctor Humphreys, los doctores Carney Landis, profesor de psicología de la Universidad de Columbia, Salvatore P. Lucia, profesor de medicina y jefe de la Sección de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de California, Donovan J. McCune, profesor de pediatría de la Universidad de Columbia y Perry P. Volppito profesor y jefe del Departamento de Anestesiología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgia. Los informes elaborados por los distintos miembros de la misión relativos a la situación de la medicina y su enseñanza en Colombia (Humphreys, 1950) tendrán, en nuestro medio, un papel similar al que desempeñó el *Informe Flexner* para los Estados Unidos.

Durante su estadía en Colombia los miembros de la misión visitaron la mayoría de los hospitales, clínicas e instituciones médicas en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cartagena. Estudiaron las instalaciones y equipos médicos, inspeccionaron cuidadosamente las escuelas de medicina de las diversas universidades y dieron sugerencias para mejorarlas con poco costo.

Todos los miembros de la misión estuvieron de acuerdo en que había grandes fallas en la organización de las instituciones y en la enseñanza. Esta se centraba en el modelo hospitalario y universitario francés. Era escaso el tiempo de asistencia de los docentes al servicio, y mínima la vigilancia sobre las actividades del estudiante. La enseñanza era casi exclusivamente oral y por libros de texto, especialmente franceses. En el aprendizaje de la cirugía no existía una

adecuada correlación entre la teoría y la clínica quirúrgica y faltaba por completo el énfasis en los principios de los cuidados quirúrgicos fundamentales y básicos, desarrollados a partir de la concepción de la asepsia y de la teoría microbiana. No existían normas claras para el internado, y variaba éste de un lugar a otro. La enseñanza real al lado de los pacientes era poco evidente. No se pasaba revista a los pacientes ni se hacían conferencias o reuniones del personal médico a la manera norteamericana. La mayor parte del cuidado de los pacientes estaba a cargo de las monjas y hermanas que hacían las veces de enfermeras, pero sin tener la formación adecuada para ello. Las oportunidades para trabajos de investigación eran mínimas. Tampoco había normas claras para el entrenamiento de posgrado. En el caso de algunas ciencias, por ejemplo la psicología, prácticamente no existían. En cuanto a la salud pública, ésta se enseñaba dentro de los marcos de referencia de los conceptos de higiene impulsados por la clínica francesa.

Recomiendan los miembros de dicha misión que, para mejorar la situación de la enseñanza, se haga mayor énfasis en las ciencias básicas o preclínicas, se reduzca el número de estudiantes admitidos, se aumente el número de profesores internos o de tiempo completo y se vigile más estrechamente el trabajo clínico de los estudiantes. Así mismo, consideran que se hace necesario un cambio de la enseñanza predominantemente didáctica hacia los métodos de aprendizaje por experiencia directa, facilitando a las facultades mejores condiciones de laboratorio y un grupo de profesores más numeroso y joven, ojalá con entrenamiento previo en el extranjero. Por otra parte, creen que es necesario mejorar las condiciones de organización de los hospitales para que sirvan de apoyo a estos cambios en la docencia. Con relación a la enseñanza de la salud pública, aunque entre los miembros de la misión hay un especialista en dicho campo y en su informe hace análisis de la situación de la salud y de la higiene pública en las diversas ciudades que visita, no se hace ninguna recomendación franca sobre la enseñanza de esta materia, hecho que hace pensar que se supone, dentro de una concepción unicausal de la enfermedad, que con el estudio de la bacteriología es suficiente para entender y manejar la enfermedad contagiosa.

A partir de 1949, y como consecuencia de las propuestas de la Misión Unitaria, se inician las reuniones periódicas de los decanos de las facultades de medicina y el gobierno nacional establece por medio de una ley el servicio de medicatura rural obligatoria para los médicos recientemente egresados de dichas facultades de medicina (Paredes Manrique, 1966).

Es por tanto en la década del cincuenta cuando se inicia la influencia del modelo norteamericano (modelo de Flexner) en los pénsumes de las facultades de medicina colombianas. Dicho modelo intentará desplazar la tendencia educativa de corte francés que venía predominando desde el siglo XIX. Las facultades antiguas tratan de reorganizar sus planes de estudio, y las que se fundan (Popayán, 1950; Cali, 1951; Manizales, 1952) intentan crear planes de estudio acordes con las propuestas de la misión. Estos planes de estudio se integran en dos grandes bloques: el bloque de ciencias básicas y el bloque de ciencias clínicas.

El ejemplo más importante de este fenómeno es la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en la ciudad de Cali en 1951. Esta facultad fue fundada de acuerdo con las recomendaciones de la Misión Unitaria con la intención de desarrollar una escuela que cumpliese los requisitos de la concepción pedagógica que dicha misión expuso en su informe y superar las dificultades de las otras escuelas ya existentes (Orozco, 1984: 17-71; 1986: 165-174). Fue apoyada en este objetivo por la Fundación Rockefeller que colaboró con asesoría técnica y apoyo económico (Orozco, 1984: 77-71). Una escuela así cabía muy bien dentro de los intereses de una fundación como ésta, de acuerdo con lo que ya hemos dicho antes.

La segunda misión médica norteamericana: La Misión Lapham

En el año de 1953, entre los días 2 de julio y 30 de agosto, una nueva misión norteamericana visitó al país y elaboró un estudio sobre la situación de la educación médica (Lapham, 1954). Estuvo compuesta por los siguientes miembros: Maxwell E. Lapham, M.D., decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane; Charles M. Goss, M.D., profesor de anatomía de la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Louisiana y Robert C. Berson, M.D., profesor auxiliar de medicina de la Universidad de Vanderbilt.

Esta misión fue seleccionada por la División de Salud del Instituto de Relaciones Interamericanas (Division of Health, Welfare and Housing of the Institute of Inter-American Affairs) y vino a Colombia por solicitud de la Universidad Nacional de Colombia, quien la apadrinó y sufragó todos los gastos. Nótese que es el mismo Instituto de Relaciones Interamericanas que participó en la creación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) años atrás. Es decir, que ahora se intentará que la educación médica, como ya

se ha hecho con la salud pública, se equilibre con los adelantos científicos y los intereses norteamericanos.

La base de operaciones de la misión fue la Universidad Nacional, en Bogotá, pero tuvo oportunidad de visitar y estudiar las otras seis escuelas de medicina de la nación y sus hospitales de enseñanza. La misión estudió cuidadosamente los otros informes que habían elaborado previamente las misiones anteriores y anota en su informe que "es alentador el hecho de que muchas de las deficiencias mencionadas en estos informes han sido corregidas" (Lapham, 1954). Sin embargo resaltan algunos problemas que aún consideran importantes y que no han sido resueltos. A este respecto proponen un plan de estudios para que sea adoptado por las facultades de medicina del país y hacen una serie de recomendaciones en varios campos para que sean tenidas en cuenta para poder desarrollar adecuadamente estas facultades. Destacaremos aquí los aspectos más sobresalientes de dicho plan y las recomendaciones que nos parecen más importantes[2].

Los miembros de la misión están de acuerdo con el programa de seis años que se desarrolla en Colombia y creen que este tiempo es más ventajoso que el de cuatro años que se utiliza en los Estados Unidos. Sin embargo, consideran que el pénsum tiene varias fallas, las cuales es necesario corregir. Siguiendo el modelo flexneriano, proponen que se organice un programa con materias integradas, de tal forma que los dos primeros años se dediquen a las ciencias médicas básicas, el tercer año a estudios preclínicos y los últimos tres años a materias puramente clínicas. Por otra parte, debe eliminarse el sistema de conferencias didácticas con énfasis en la memorización de datos textuales y remplazarse por un método en que se dé más énfasis al trabajo práctico del individuo en el laboratorio, al lado de la cama del enfermo y en la biblioteca.

El pénsum propuesto se resume así: El primer año debe dedicarse al estudio de la anatomía y sus varias subdivisiones (anatomía macro y microscópica, embriología y neuroanatomía) y a la bioquímica.

Las materias del segundo año deben incluir fisiología, bacteriología, farmacología y patología. Aclarando que el término patología se usa en el sentido de anatomía patológica y no en el de patología interna o médica y patología externa o quirúrgica como se enseñaba corrientemente en las escuelas médicas colombianas, desde la orientación francesa.

El tercer año se divide en tres partes: en la primera se enseñará la patología fisiológica, la patología experimental y los métodos de laboratorio clínico; los cursos de la segunda parte incluyen parasitología y salud pública y los de la

tercera parte se dedican al estudio de la anamnesis y el interrogatorio, el diagnóstico físico y los mecanismos mentales.

Durante el cuarto año, los estudiantes deben ocupar su tiempo estudiando medicina interna, psiquiatría, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología por el sistema de bloques. Las subespecialidades deben estar integradas a los bloques de medicina y cirugía.

El quinto y sexto año deben ser integrados en una etapa final, en la cual los estudiantes dediquen todo su tiempo, desde temprano en la mañana hasta tarde en la noche, al hospital asociado a la escuela de medicina. Esto se diseña con la intención de ayudar, no sólo a la educación de los estudiantes sino también al bienestar de los pacientes, "para corregir la espantosa e inexcusable situación de algunas salas del hospital, donde no hay nadie prestando atención a los pacientes, desde el mediodía de un día, hasta las 9 de la mañana del próximo día".

Finalmente, se propone un séptimo año de internado en un hospital bien organizado, el cual debe ser reconocido como tal por una entidad acreditadora. El interno debe vivir en el hospital, y debe ser responsable en todo tiempo de todos los pacientes correspondientes a un número determinado de camas a su servicio, excepto cuando al terminar su trabajo diario puede delegar responsabilidad en un compañero interno, por unas pocas horas, mientras descansa. Todo su trabajo debe ser aprobado y criticado por el *staff* del servicio y debe exigírsele que esté continuamente al tanto de todas las etapas de las enfermedades de sus pacientes, incluyendo no sólo los exámenes clínicos y de laboratorio, sino también la información pertinente obtenida en la literatura médica. Durante su año de internado el joven médico debe recibir un curso corto de salud pública que dé énfasis al papel que el médico representará como funcionario de salud pública durante su año de medicatura rural.

El resto de las recomendaciones fundamentales se pueden resumir en los siguientes puntos:

— La administración presente de las universidades colombianas debe ser reorganizada con la creación de consejos directivos con miembros estables e independientes de los intereses políticos. Dichos consejos deben tener autoridad para nombrar rectores con dedicación total.
— Los decanos de las escuelas de medicina deben ser seleccionados por los rectores y los profesores de medicina y recomendados a los consejos directivos para su nombramiento final.
— Debe establecerse una organización interuniversitaria para estudiar los problemas educativos generales, establecer normas educativas, evaluar las

actividades de las universidades que la componen y para proveer el desarrollo de programas educativos especiales en ciertas universidades.

— Debe ser creado un consejo directivo en cada escuela médica.
— Deben organizarse departamentos individuales en cada uno de los principales campos de la medicina. Los presupuestos deben ser hechos con base en los departamentos. Las unidades individuales de investigación deben ser incorporadas a los departamentos y a las escuelas y no deben ser unidades separadas, física o administrativamente.
— Para mejorar las condiciones de los profesores se recomienda:
  - El entrenamiento de jóvenes en el extranjero, para que a su regreso dediquen la mayor parte de su tiempo a la enseñanza y a la investigación;
  - La importación de profesores extranjeros competentes y de gran experiencia, y
  - El establecimiento de programas de entrenamiento de posgrado en las escuelas médicas.
— Los hospitales de enseñanza deben ser controlados por las escuelas médicas.
— Se recomienda el establecimiento de una asociación nacional de escuelas médicas cuyos objetivos serían: la definición de normas para la educación médica, la evaluación y acreditación de la escuelas médicas, y la evaluación y acreditación de los hospitales, con cooperación del Ministerio de Salud Pública.
— Se recomienda la institucionalización de un examen de reválida nacional como requisito para que los médicos puedan obtener su licencia.
— Se debe organizar una asociación médica nacional poderosa.
— Es necesario fortalecer los programas de los campos auxiliares de la medicina, como enfermeras, técnicos y ayudantes de hospitales. Finalmente recomienda una bibliografía para quienes deseen profundizar en el tema. Esta bibliografía consiste fundamentalmente en los artículos y libros publicados por Abraham Flexner en los Estados Unidos y algunos de los otros informes elaborados en este país por recomendación de la Asociación Médica Americana y de la Asociación de Colegios Médicos Americanos.

Es claro que esta Misión Lapham, como se le llamó en esta época, viene a reforzar y a consolidar los planteamientos de la Misión Humphreys dentro del modelo flexneriano y recomienda una serie de modificaciones que, además de intentar adecuar las escuelas a dicho modelo, constituyen una infraestructura

para la formación de médicos dentro de las perspectivas políticas norteamericanas. Sin embargo, es interesante anotar que el énfasis de la reforma está centrado en el desarrollo de una medicina ante todo curativa y de atención hospitalaria de mejor calidad, pero no en la medicina preventiva ni en la salud pública que es la orientación que las organizaciones extranjeras le han venido dando a la intervención estatal en el campo de la salud. Esta será entonces la nueva forma de incongruencia entre la política estatal de salud y la orientación de la educación y la práctica médica.

Estas recomendaciones van a ser impulsadas inmediatamente por un grupo de médicos colombianos formados en Estados Unidos y simpatizantes de este modelo, los cuales van a iniciar un proceso para lograr posiciones directivas en la distintas universidades y desde allí tratar de reestructurar las escuelas médicas.

El Primer Seminario Nacional de Educación Médica

Como consecuencia de este movimiento, en el cual la Facultad de Salud de la Universidad del Valle desempeña un papel importante, en 1955, del 6 al 10 de diciembre, se lleva a cabo en Cali el primer Seminario Nacional de Educación Médica (Paredes Manrique, 1966: 20; Orozco, 1984: 91-93; 1986: 170-172). Asistieron a él más de 200 docentes de las facultades de Bogotá, Medellín, Cartagena, Manizales, Popayán y Cali. Además, asistieron observadores del gobierno, de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Fundación Rockefeller , del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y de la Facultad de Medicina de Tulane (Orozco, 1984: 93). Es decir que, además de las facultades de medicina, se encontraban presentes todas las entidades internacionales que habían tejido su red para modificar la situación de la enseñanza médica y asegurar las condiciones de salud pública adecuadas a las necesidades del proceso de desarrollo del intercambio económico entre los Estados Unidos y Colombia.

En este seminario, la escuela del Valle mostró una total transformación en los sistemas y programas: incremento de las ciencias básicas, abandono de textos y recitación de lecciones y, mediante un nuevo vínculo instructor-alumno, la creación de la conciencia en el estudiante de que la medicina exige una educación continuada y el uso del método científico. Así mismo, la organización en departamentos y la división de éstos en secciones. Por otra parte, cuando las demás escuelas sólo contaban con una cátedra de higiene, esta escuela presentaba un departamento de medicina preventiva y salud pública en el cual se

estudiaban los elementos socioeconómicos y culturales de la enfermedad (Orozco, 1984: 170-171).

Como resultado de este seminario, las siete facultades de medicina asistentes acordaron una serie de recomendaciones sobre la educación médica, siguiendo los esquemas del modelo flexneriano, las cuales en adelante, deberían ser aplicadas por cada universidad (Paredes Manrique, 1966: 20). Así mismo, el grupo de decanos asistentes tomó la determinación de crear la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame[3].

A partir de este seminario se consolida la discusión sobre la creación en las facultades de medicina ya existentes de los cursos de ciencias básicas. Se presentan entonces serios enfrentamientos ideológicos en las universidades entre los partidarios de esta medicina y aquellos formados en el esquema francés. Este ambiente de discusión se mantendrá a todo lo largo del período comprendido entre 1950 y 1970.

El Segundo Seminario Nacional de Educación Médica, Ascofame y el Programa Tulane-Colombia

En el año de 1957, en Medellín, se reunió el Segundo Seminario Nacional de Educación Médica, en el cual se hizo evidente que las siete escuelas de medicina existentes en ese momento en el país hablaban ahora el mismo lenguaje y estaban identificadas en los objetivos. El esquema flexneriano se había afincado en Colombia.

Ese mismo año se inició el Programa Tulane-Colombia de asesoría en educación médica para las siete facultades de medicina el cual permanecerá en actividad durante los siete años siguientes (Orozco, 1986: 171-172; Paredes Manrique, 1966: 20).

El 18 de marzo de 1959, como había sido recomendado por la Misión Lapham desde 1953 y reafirmado en el seminario de Cali en 1955, durante la Duodécima Reunión de Decanos de las Facultades de Medicina, se suscribió el acta de constitución de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame y se aprobaron los estatutos que venían siendo estudiados desde 1956. Se conformó esta institución como filial de la Asociación Colombiana de Universidades, Ascun, la cual también había nacido de las recomendaciones de la Misión Lapham (Ascofame, 1974: 17-18).

Esta línea de acción se va a continuar en los períodos siguientes:

— En 1962 se promulga la Ley 14 de 1962 por la cual se da a Ascofame las atribuciones necesarias para el control y orientación del funcionamiento de las facultades de medicina y para la apertura de nuevas facultades. Se aprueba en este año también, el documento *Requisitos Mínimos para las Facultades de Medicina* en el cual la asociación define e impone unas pautas para afianzar el modelo flexneriano (Paredes Manrique, 1966: 21).
— En 1964, Ascofame publica dos textos: *Educación Graduada, Programas de acreditación de hospitales y certificación de especialistas* (Ascofame, 1964a) e *Internado Rotatorio* (Ascofame, 1964b). Estas dos publicaciones resumen las políticas generales desarrolladas por la institución sobre estos dos aspectos, considerados de gran importancia desde las recomendaciones de la Misión Lapham, y dan una visión general de aquellos programas de posgrado y de internado rotatorio que ya están funcionando en ese momento.

De tal forma que, como consecuencia de dicho movimiento, hacia 1964 se había formado, al decir de Guillermo Orozco, una verdadera madeja, un verdadero consorcio de instituciones (Fondo Universitario Nacional, Ascun, con su consejo de rectores, Ascofame, con su conferencia de decanos, y sus comités de acreditación de escuelas de medicina y hospitales, su consejo general de especialidades médicas y sus divisiones de planeación y desarrollo y estudios de población, y, finalmente, la asociación de hospitales) que, manejado por unos pocos médicos, controlaba las políticas de educación médica y de salud del país (Orozco, 1986: 199-200).

Ya el modelo del médico humanista francés y del hospital de caridad no concordaban con los requerimientos que implicaban los accidentes de trabajo y los serios problemas de desnutrición y de infecciones cruzadas que dependen del trabajo en la gran hacienda y en las nuevas empresas industriales urbanas. El tranquilo hospital francés de grandes salas con altos techos y amplias ventanas, manejado por monjas, lleno de pacientes pobres y ancianos con largos períodos de hospitalización, al cual sólo asistía el médico unas pocas horas en el día, debía ser remplazado por el hospital moderno, de alta tecnología, secularizado, manejado con criterio de empresa y con prestación de servicios médicos las 24 horas del día, dispuesto a recibir a cualquier trabajador industrial en cualquier momento del día o de la noche y a asegurar su regreso al trabajo lo más rápidamente posible, con tal de no interrumpir el proceso de producción en cadena.

También la enseñanza teórica con escasas horas de actividad clínica y de laboratorio deberían ser remplazadas por la formación teórico-práctica integral, impartida desde el laboratorio y la sala del hospital. Era necesario formar médicos con un nuevo perfil para responder al nuevo país industrial. Así mismo, era más barato formar estos nuevos médicos en los países de la América Latina y luego importarlos a los Estados Unidos para que hiciesen sus especialidades, captando definitivamente a los más brillantes y dejando regresar a los otros.

Había que asegurar pues, con todo esto, las adecuadas condiciones de salubridad de las regiones rurales en donde trabajarían los empleados de las empresas petroleras y fruteras norteamericanas, una amplia cobertura de las clases trabajadoras colombianas, un buen nivel de atención hospitalaria para los empleados industriales y una formación médica adecuada a estas necesidades y con capacidad de suplir, si fuese necesario, las necesidades de la metrópoli central, con una inversión más baja. Era la entrada de la medicina colombiana al modelo de una medicina del capitalismo, una medicina para la sociedad industrial de comercio en gran escala, modelo que no estaba pensado sólo para el país sino para la gran cadena de la "economía-mundo" norteamericana, a la cual Colombia se integraba como una región periférica. Sabemos que en este período ocurrieron procesos similares en otras regiones de América Latina con sus propias especificidades, tal como lo mostramos en los capítulos anteriores respecto de los períodos previos. Sin embargo, aunque ya existe una importante literatura sobre cada caso particular, aún no hemos podido elaborar un estudio comparativo a fondo que permita construir una perspectiva regional y por tanto quedará como posibilidad para un próximo estudio.

En este marco teórico general se fundamentó la política metropolitana que pretendía articular la periferia (los países de América Latina) al proceso de consolidación de la hegemonía de la economía-mundo norteamericana sobre la europea. Sin embargo, las condiciones contextuales concretas de los espacios geopolíticos y culturales periféricos desencadenan procesos de negociación que hacen que, por una parte, los modelos desarrollados en la metrópoli no sean trasladables mecánicamente a las periferias y, por otra, se construyan modelos paralelos o alternativos que entremezclan los intereses metropolitanos con los de los actores locales.

Es por estas razones, y no por incapacidad técnica o marasmo mental, que la copia de los modelos no resulta idéntica. Por lo mismo, es necesario insistir en que la ciencia en general no es simplemente un conjunto de teorías articuladas a un modelo, sino una práctica que se expresa en una serie de actividades desplegadas por los actores, tendientes a imponer sus estrategias cognitivas e

innovadoras. En las periferias de una economía-mundo estas actividades científicas adquieren características propias, privilegiando su desarrollo en el espacio político-técnico más que en el de la innovación. Por tanto ni nuestro hospital ni nuestra facultad de medicina, ni nuestra organización sanitaria respondieron a las expectativas creadas por la metrópoli en la mente de los actores locales.

La ausencia de claridad sobre la dinámica de estos procesos ha sido la causante del complejo de frustración que alimenta las apreciaciones que los científicos y los médicos colombianos han elaborado sobre la propia producción científica nacional: siempre se piensa que la ciencia colombiana es de menor calidad y de más bajo desarrollo que la metropolitana; lo que no se comprende es que el modelo con que se está midiendo el desarrollo científico es el metropolitano, y que se está haciendo en el nivel de la ciencia teórica y en el de las actividades científicas mismas. La periferia hace parte de la totalidad de una economía-mundo, pero, y por eso mismo, tiene su propia especificidad, no sólo en lo económico, sino también en lo político, en lo científico-técnico y en lo cultural.

A MANERA DE CONCLUSION

Al terminar el siglo XVIII e iniciarse el siglo XIX, ya la ciencia y la medicina moderna habían comenzado su proceso de institucionalización en América Latina, hecho que se consolida claramente en el siglo XX. Sin embargo, dicho proceso no ha sido homogéneo: se fue desarrollando en dependencia del contexto geográfico, económico, demográfico, social, político y cultural de cada uno de los espacios geoculturales del Nuevo Mundo (Arboleda, 1989; Aceves, 1990; Saldaña, 1990; Quevedo, 1991). La constatación de la diversidad de dicho devenir ha permitido criticar las concepciones difusionistas surgidas en la década del sesenta con el modelo de George Basalla (1967), el cual, intentando explicaciones globales y totalizantes, describe el proceso de transmisión de la ciencia moderna occidental hacia los países periféricos como ocurrido en tres etapas de difusión unilateral, lineal y evolutiva[4]. Los estudios de caso surgidos como respuesta a las propuestas de Basalla (Stepan, 1976 y 1985; Inkster, 1985; Pyenson, 1984, 1985, 1987a, 1987b, 1989 y 1990; Quevedo *et al.*, 1986; MacLeod, 1987; Chambers, 1987; Aceves, 1987; Arboleda, 1989 y 1990; Lafuente y Sala Catalá, 1989) hicieron notoria la diversidad de dicho proceso de institucionalización. Como bien lo han mostrado Polanco (1987) y Chambers (1987), dichos estudios resaltan las diferencias específicas de este proceso en

cada una de las regiones; así mismo, ponen en tela de juicio las explicaciones de difusión unilateral de los modelos totalizantes y critican sus pretensiones de aplicabilidad universal.

En esta perspectiva, en los últimos años hemos utilizado la propuesta elaborada por Xavier Polanco (1990: 10-52) de retomar los métodos y esquemas sobre la larga duración y la economía-mundo, desarrollados por Fernand Braudel (1979), para estudiar las relaciones entre ciencia central y ciencia periférica en el contexto de la mundialización (ciencia-mundo) de la cultura occidental (Quevedo, 1991).

Por otra parte, hemos pretendido comprender la dinámica de las actividades científicas latinoamericanas como realidades autóctonas (Saldaña, 1990a: 151; 1990b: 115-129), pero sin perder de vista las estructuras socioeconómicas, políticas y culturales de larga duración y los procesos de mundialización de la cultura occidental en las cuales se articulan. Esto, mirando siempre dicho marco general desde el interior de la autonomía de los procesos locales.

Por último, hemos estado de acuerdo con Polanco en que las ciencias se desarrollan tanto en la corta duración (la del acontecimiento y la coyuntura) como en la larga duración (Polanco, 1990: 21-22) y, por tanto, la coyuntura deberá ser estudiada en todo su espesor pues el tiempo corto y la larga duración coexisten y son inseparables (Braudel, 1979: 68).

Esto ha implicado, para nosotros, el análisis integral de las relaciones en las cuales se entroncan las actividades científicas en la coyuntura: tanto a lo largo de los procesos multitemporales (en sentido diacrónico), como con los demás momentos simultáneos de la actividad social (en sentido sincrónico). En otras palabras, comprender el devenir histórico como una realidad polifónica. Por tanto, entendemos como contexto, no solamente el conjunto de actividades científicas desarrolladas en una comunidad dada, previas a la llegada de la ciencia europea, sino todo el entretejido de las relaciones entre dichas actividades científicas y las actividades económicas, políticas, sociales, demográficas y culturales de dicha comunidad. Esto significa que en cada coyuntura, para cada región y para cada período histórico, habrá necesidad de evaluar "el grado de inserción" de las actividades científicas en los procesos locales y mundiales.

Se pretendió en este trabajo ir un poco más allá. Se intentó mostrar cómo la difusión de unos modelos científicos a un espacio geocultural determinado, no sólo implican un proceso de apropiación de la teoría por parte de los científicos locales sino que también el proceso de negociación que se pone en juego se irradia más allá de la teoría misma y permea todos los niveles sociales, desde el Estado hasta la actitud cultural y la práctica profesional, pasando por la eco-

nomía, los modelos de desarrollo, la educación, la producción, etc. Pero sobre todo, el de la política, que de alguna manera es una actividad directamente ligada con los problemas de salud y las concepciones con las cuales se enfrentan dichos problemas. No en vano la política y la medicina están pensadas para asegurar la supervivencia de los pueblos.

Si bien no puede decirse que éste sea un trabajo concluido y que tengamos ya una visión medianamente acabada de las transformaciones que la difusión, recepción, aclimatación y domesticación de los modelos y paradigmas científicos metropolitanos, así como los conflictos entre ellos, inducen en la práctica médica y de las políticas de salud y de formación de recursos humanos en Colombia en la primera mitad del presente siglo, sí es claro que la tendencia predominante en este período es la del paso de un modelo médico (una mentalidad diría Laín Entralgo) a otro, de una manera irreversible, conflictiva y transformadora: del modelo francés al norteamericano. Pero éste es un problema que se inscribe menos en la idea de una evolución natural hacia formas más desarrolladas, como pensaría Rostow desde su visión del desarrollo (Rostow, 1961), y más en la perspectiva de procesos de negociación conflictivos entre los diferentes intereses de los actores, en el crisol de ese conjunto de temporalidades múltiples, como las que plantea Braudel desde el análisis de la dinámica del capitalismo (Braudel, 1985). En efecto, la economía-mundo en la que quedamos inscritos nos define ciertos derroteros que parecen inevitables. Pero también es claro que no se avanza por el mismo camino aunque se hable de modelos. Es decir, cada realidad cultural y social específica transforma los modelos a partir tanto de las estrategias cognitivas de sus científicos como de las fuerzas políticas, culturales, sociales y económicas particulares en las cuales les toca actuar, al punto que ésta es la mayor dificultad teórica y metodológica que encontramos al abordar procesos sociales complejos.

Como se ha visto, a pesar de que el énfasis ha sido puesto en los procesos por los cuales se produce este cambio del modelo predominante —y que no hemos profundizado— en espacios como el quehacer médico cotidiano, las representaciones sociales en los diferentes tipos culturales que atraviesan nuestra población, la dinámica institucional particular, la ejecución de las decisiones, etc., vale decir que desde esta primera imagen global es posible formular preguntas que permitan avanzar en la comprensión de estos fenómenos. Se trata de una tarea que aún está por hacer y que puede llegar a ser trascendental a la hora de pensar una práctica médica y unas decisiones públicas en salud más equitativas y eficientes.

En últimas, si no es con este punto en la mira, ¿para qué hacer historia? La historia no es solamente una actividad lúdica que disfrutan ciertos sujetos en medio del polvo de los archivos y bibliotecas. Lo es en todo caso, y también así tiene su sentido, pero es también una disciplina que permite pasar de lo sucedido e irreversible a lo posible y deseable, sin ingenuidades estratégicas. Las sociedades no se transforman por su sometimiento a la ley natural y ni siquiera porque obedezcan fielmente las leyes materiales de la vida social. Es un doble juego que no se deja atrapar en ley alguna: la sociedad nos transforma para que nosotros podamos transformarla. O mejor, como diría Agnes Heller: "Marx ha dicho que los hombres se transforman a sí mismos al transformar el mundo; no falsearemos nada si invertimos del modo siguiente ese pensamiento: sólo podemos transformar el mundo si al hacerlo nos transformamos también a nosotros mismos" (Heller, A., 1985: 164).

NOTAS

1. Acerca de tal convicción, en las recomendaciones que el profesor Ruiz hace sobre la organización sanitaria nacional, acude permanentemente a los modelos producidos en ciudades o estados norteamericanos (Ruiz, 1948: 38-56).
2. Todo lo que en adelante se menciona se refiere al mencionado estudio de Lapham (1954).
3. Editorial. Primer Seminario de Educación Médica. En: *Antioquia Médica*, Medellín: 6 (1), febrero de 1956.
4. Con respecto a las críticas y modelos alternativos propuestos para explicar los procesos de difusión de la ciencia moderna en América Latina, *véase* el Tomo VII de esta colección, especialmente el Epílogo.

BIBLIOGRAFIA

Aarón Manjarrés, Rafael

(1940) "El Centro Mixto de Salud. Zona bananera". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 21 (1-2):124-128.

Academia Nacional de Medicina

(1934a) "Cartas cruzadas entre el Dr. Alfonso López (Presidente electo) y el Dr. Rafael Ucrós (Presidente de la Academia)". En: **Revista Médica de Bogotá** (Bogotá), 44 (2): 751-754.

(1934b) Estudio sobre Higiene y Asistencia Pública hecho por la Academia Nacional de Medicina de Bogotá, a petición del Presidente Alfonso López Pumarejo". En: **Revista Médica de Bogotá** (Bogotá), 44 (3): 855-871.

Aceves Pastrana, Patricia

(1987) "La difusión de la ciencia en la Nueva España en el Siglo XVIII. La polémica en torno a la nomenclatura de Linneo y Lavoisier". En: **Quipu**, 4 (3): 357-385.

Aparicio, Julio

(1951) "Elogio del Dr. Pablo García Medina. Discurso pronunciado en la sesión extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 31 de mayo de 1951". En: **Revista de la Facultad de Medicina** (Bogotá), 20 (1).

Arango, Miguel

(1920) "Apuntes demográficos de la ciudad de Barranquilla. Trabajo presentado en el 4º Congreso Médico Nacional en Tunja, 1919". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 9 (116-120): 323-369.

Arboleda, Luis Carlos

(1989) "Acerca del problema de la difusión científica en la periferia: el

caso de la física newtoniana en la Nueva Granada (1740-1820)". En: **Ideas y Valores-Revista Colombiana de Filosofía**, 79 (abril): 2-26.
(1990a): **Newton en la Nueva Granada**. Mimeografiado. Enprensa.
(1990b): "José Celestino Mutis et la formation d'une tradition scientifique en la Nouvelle Grenade". En: X. Polanco, **Naissance et développement de la science-monde**. Paris: La découvert/Conseil de l'Europe/Unesco: 10-52.

Arriaga Andrade, Abel
(1975) "Exposición de motivos de la Ley 90 de 1946". En: **Seguridad Social** (Bogotá), (5): 35-39.

Ascofame
(1964a) **Educación Graduada**. Bogotá: Ascofame
(1964b) **Internado Rotatorio**. Bogotá: Ascofame
(1974) **Ascofame 15 años**. Bogotá: Ascofame.

Basalla, George
(1967) "The Spread of Western Science". En: **Science**, 156, (5 de mayo): 611-622.

Bejarano, Jesús Antonio
(1972) **El capital monopolista y la inversión norteamericana en Colombia**. Bogotá: Herrera Hermanos.
(1980) "La economía". En: **Manual de Historia de Colombia**. Tomo III, Bogotá: Colcultura.

Bejarano, Jorge
(1964) "Reseña histórica de la higiene en Colombia". En: **Revista de la Facultad de Medicina**, (Bogotá) Supl. 7, abril-junio.

Benchimol, Jaime
(1990) **Manguinhos, do sonho à vida: a Ciência na Belle Epoque**, Rio de Janeiro: Casa Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Bevier, George
(1929) "Informe del Director del Departamento de Uncinariasis, sobre los trabajos realizados en el año 1928". En: Colombia, Ministerio de Educación. **Memoria del Ministro de Educación, José Viente Huertas, al Congreso de 1929**. Bogotá: Imprenta Nacional.
(1932a) "Nota editorial". En: **Revista de Higiene** (Bogotá) 13 (3): 75-76.
(1932b) Discurso del representante de la Fundación Rockefeller, Jefe de la Sección de Uncinariasis, en el homenaje al Sr. John D. Rockefeller por la Federación de Cafeteros de Colombia". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 13 (6): 189-197.

Bowers, John y Pourcell, Elizabeth
(1976) "Informe de William Henry Welch y Wickliffe Rose a la Fundación Rockefeller". Apéndice. En: **Escuelas de Salud Pública. Presente y Futuro**. Buenos Aires: El Ateneo: 166-175.

Braudel, Fernand
(1979) **Civilización material, economía y capitalismo, siglos XV-XVIII**. Tomo 3, Madrid: Alianza Editorial.
(1985) **La Dinámica del Capitalismo.** Madrid: Alianza.

Breilh, Jaime
(1986) **Epidemiología: Economía, Medicina y Política**. México: Editorial Fontamara.

Brown, E. Richard
(1983) "El que paga la música: Fundaciones, profesión médica y reforma de la educación médica". En: Navarro, Vicente (Comp.) **Salud e Imperialismo**. Mexico: Siglo XXI editores.

Calmette, Albert
(1914) "Conferencia Sanitaria Internacional de París: Profilaxis de la Peste". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 6 (86): 88-96.

Canguilhem, George
(1977): **Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida**. Lisboa: Ediçoes 70.

Cardona, Alvaro
(1984) **Problemática médica antioqueña y su marco sociopolítico en la primera mitad del siglo XX**. Medellín: Universidad de Antioquia, AMDA.

Cardozo, Fernando y Faletto, Enrique
(1983) **Dependencia y Desarrollo en América Latina**. 18a. ed. México: Siglo XXI.

Chambers, David Wade
(1987) "Period and process in Colonial and National Science". En N. Reingold y M. Rothenberg, eds., **Scientific Colonialism**, Washington D.C.- London: Smithsonian Institution Press: 297-321.

Chevallier, Jean-Jacques
(1962) **Los Grandes Textos Políticos. Desde Maquiavelo a nuestros días**. Madrid: Aguilar.

Colombia, Congreso de la República
(1946) **Ley 27 de 1946 (diciembre 2) "por la cual se crea el Ministerio de Higiene"**. Bogotá: Congreso de la República.

Colombia, Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública

(1931) **Informe del Director, Dr. Pablo García Medina**. Bogotá: Imprenta Nacional.

(1932a) "Nota Editorial". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 13 (1): 5-6.

(1932b) "Editorial". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 13 (3): 108.

Colombia, Ministerio de Educación

(1925) **Informe del Ministro Juan N. Corpas al Congreso Nacional de 1925**. Bogotá: Imprenta Nacional.

(1931) **Informe del Ministro Abel Carbonel al Congreso Nacional de 1931**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de Fomento

(1888) **Informe del Ministro de Fomento Dr. Rafael Reyes al Congreso Nacional de 1888**. Bogotá: Imprenta Antonio María Silvestre.

Colombia, Ministerio de Gobierno

(1934) **Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1934, Absalón Fernández de Soto**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de Higiene

(1947) **Memoria del Ministro de Higiene, Dr. Pedro Eliseo Cruz**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de Instrucción Pública

(1892) **Informe del Ministro José I. Trujillo al Congreso Nacional de 1892**. Bogotá, Papelería y tipografía Samper Matiz.

(1898) **Informe del Ministro Diego Rafael de Guzmán al Congreso Nacional de 1898**. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos.

(1909) **Informe del Ministro de Instrucción Pública Antonio Gómez Restrepo al Congreso Nacional de 1909**. Bogotá: Imprenta Medina.

(1916) "Informe del Director Nacional de Higiene al Ministerio de Instrucción Pública". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 9 (115): 286 y ss.

(1917) **Informe del Ministro Emilio Ferrero al Congreso Nacional de 1917**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social

(1940) "Editorial. Centro Mixto de Salud". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 21 (1-2): 3.

(1943) **Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1943**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia, República de
(1970, [1886]) **Constitución Política de la República de Colombia**. 18a. ed. Bogotá: Voluntad.

Colombia, Senado de la República
(1931) **Informe que la Misión Francesa contratada por el gobierno nacional rinde sobre la organización de la Facultad de Medicina de Bogotá.** Latarjet, André; Tavernier, Louis y Durand, Paul. Bogotá: Imprenta Nacional.

Concha, Roberto
(1932a) "Apuntes sobre estadística vital". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 13 (1): 6-13.
(1932b) "Apuntes sobre estadística vital". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 13 (2): 37-45.

Costa, Nilson do Rosario
(1986): **Lutas urbanas e controle sanitário**. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco.

De Aguilar, Patricia y Silva López, Jairo
(1979) **Historia social de las instituciones de salud en Colombia**. Dirección de Investigaciones, Ministerio de Salud (inédito)

De Asua, Miguel J. C.
(1986) "Influencia de la Facultad de Medicina de París sobre la de Buenos Aires". En: **Quipu-Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología** Vol. 3, No. 1, enero-abril de 1986: 79-89.

Franco, Carlos
(1937) "Historia sucinta del saneamiento del suelo emprendida en el país para combatir la anemia tropical o uncinariasis". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 18 (7): 43-52.

Franco, Roberto
(1925) "Informe rendido por el Rector, sobre la marcha de la Facultad en el año del 1o. de julio de 1924 al 30 de junio de 1925". En: Colombia, Ministerio de Educación. **Informe del Ministro Juan N. Corpas al Congreso Nacional de 1925**. Bogotá: Imprenta Nacional: 63.

Fundación Rockefeller, Junta Sanitaria Internacional
(1937) "Carta dirigida al Señor Ministro de Agricultura, firmada por Victor G. Heiser. Nueva York, Febrero 19 de 1920. En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 18 (7): 15-16.

García Medina, Pablo
(1897) **El método experimental aplicado a la clínica médica**, discurso

pronunciado en la sesión solemne de la Academia Nacional de Medicina de Colombia el día 21 de julio de 1897, Bogotá.
(1914) "Juntas Departamentales de Higiene". En: **Revista de Higiene**, (Bogotá), 6 (86): 49-52
(1915) "La Junta Central de Higiene". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 7 (93): 4-7.
(1917a) "Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla". En: **Revista de Higiene**, (Bogotá), 8 (100): 99-104.
(1917b) "Informe anual de la Junta Central de Higiene al Ministerio de Gobierno". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 8 (102): 223 y ss.
(1919) "Informe del Director Nacional de Higiene al Ministro de Instrucción Pública". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 9 (115): 285 y ss.
(1927) "La organización sanitaria en Colombia". En: **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (Washington), 2 (1): 3-14.
(1932) **Compilación de Leyes, Decretos, Acuerdos y Resoluciones vigentes sobre Higiene y Sanidad en Colombia**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Galvis Ortiz, Ligia
(1986) **Filosofía de la Constitución Colombiana de 1886**. Bogotá: Lucía de Esguerra.

Gracia, Diego
(1989) "La tradición política y el criterio de justicia: el bien de terceros". En: Gracia, Diego. **Fundamentos de Bioética**. Madrid: Eudema: 199-311.

Heller, Agnes
(1985) El lugar de la ética en el marxismo. En: Heller, Agnes. **Historia y vida cotidiana: aportación a la sociología socialista**. México: Grijalbo: 153-166.

Hendrick, Burton J.
(1915) "La instrucción médica en Norte América". En: **Revista Médica de Bogotá**. Año 33 (394-397), abril-junio.

Hernández, Mario
(1992a) "Salud y cultura: problemas y perspectivas". En: **Revista de la Universidad del Valle** (Cali), (3): 32-41.
(1992b) "El derecho a la salud en la nueva Constitución Política Colombiana". En: **Sociedad y Salud**. Bogotá: Zeus Editores: 127-154.

Howard-Jones, Norman
(1975) **Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938**. Ginebra: OMS.
(1977) "Problemas de la organización de la salud pública internacional

entre las dos guerras mundiales. 1a. parte". En: **Crónica de la OMS** (Ginebra), 31: 435-448.

(1978) "Problemas... Epílogo". En: **Crónica de la OMS** (Ginebra), 32: 170-181.

(1980a) "La Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución. 1a. parte". En: **Crónica de la OMS**, (Ginebra), 34: 395-403.

(1980b) "La Organización... 2a. parte". En: **Crónica de la OMS**, (Ginebra), 34: 452-459.

Humphreys, G. H. *et al.*

(1950) "Informe de la Misión Médica Unitaria de Colombia". En: **Boletín Clínico**. Medellín: 10 (10), febrero.

Hutchinson, T. W.

(1980) **Keynes Vs. los keynesianos**. Madrid: Espasa-Calpe.

Inkster, I.

(1985) "Scientific enterprise and the colonial 'model': observations on Australian experience in historical context". En: **Social Studies of Science**, 15: 677-704.

Jaramillo Sánchez, Alberto

(1939) "Explicación del Sr. Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, sobre el Decreto 2392 de 1938 que organiza el Ministerio". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 20 (1): 1-11.

Jaramillo Uribe, Jaime

(1962) "Del liberalismo clásico al neoliberalismo. La obra crítica de Rafael Núñez". En: **ECO, Revista de la Cultura de Occidente** (Bogotá), 6 (1): 83-107.

(1974) **El pensamiento en el siglo XIX**. Bogotá: Temis.

Kerr, J. A.

(1937) "Memorándum sobre las actividades de la Fundación Rockefeller en Colombia, junio de 1935". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 18 (7): 16-21.

Kranaskas, Antony J.

(1957) **El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.** Bogotá: inédito.

Laín Entralgo, Pedro

(1982) **El Diagnóstico médico. Historia y teoría**. Barcelona: Salvat.

(1985) "Pasteur en la Historia". En: R. J. Dubos, **Pasteur**, Vol. 1, Barcelona: Salvat Editores.

Lafuente, Antonio y Sala Catalá, José
(1989) "Ciencia colonial y roles profesionales en la América Española del siglo XVIII". En: **Quipu**, 6 (3): 387-403.

Lapham, Maxwell; Goss, Charles y Berson, Robert
(1954) "Un estudio de la educación médica en Colombia-1953". En: **Antioquia Médica**, Medellín: 4 (7-8), noviembre.

Lilienfeld, Abraham M. y Lilienfeld, David E.
(1986) **Fundamentos de epidemiología**. México: Interamericana.

Lobo, Manuel
(1914) "La Higiene y la prensa del país". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 6 (92): 109-111.

López de Mesa, Luis
(1930) **Historia de la cultura colombiana**. Bogotá.

López Piñero, José María
(1985) **Ciencia y enfermedad en el siglo XIX**. Madrid: Ediciones Península.

Lleras Acosta, Federico
(1914) "Diagnóstico bacteriológico de la peste". En: **Revista de Higiene** (Bogotá) 6 (87): 97-103.

Ludmerer, Kenneth M.
(1985) **Learning to Heal. The Development of American Medical Education.** New York: Basic Books, Inc.

Luz, Madel T.
(1982) **Medicina e ordem política brasileira**, Rio de Janeiro: Graal.

Machado, Hipólito
(1912) "Informe del Rector de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de la Universidad Nacional de 1912". En: Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, **Informe del Ministro Carlos Cuervo Márquez al Congreso Nacional de 1912**. Bogotá: Imprenta Nacional.

MacLeod, Roy
(1987) "On visiting the 'Moving Metropolis': reflections on the architecture of Imperial Science". En: N. Reingold y M. Rothenberg, eds., *op. cit.*: 217-249. También editado en versión española en A. Lafuente y J. J. Saldaña (1978), **Nuevas Tendencias en Historia de la Ciencia**. Madrid: CSIC: 217-240.

Martínez Cortés, Fernando
(1987) **La medicina científica y el siglo XIX mexicano**. México, Siglo XXI/SEP.

McGreevey, William Paul
(1982) **Historia económica y social de Colombia. 1845-1930**. 3a. ed. en español, traducida por Haroldo Calvo. Bogotá: Tercer Mundo.

Miranda, Néstor
(1984) "Apuntes para la Historia de la Medicina en Colombia". En: **Ciencia, Tecnología y Desarrollo** (Bogotá), 8 (1-4): 121-209.
(1989) "La medicina colombiana: de la Regeneración a los años de la Segunda Guerra Mundial". En: Tirado Mejía, Alvaro (Dir.) **La Nueva Historia de Colombia**, Tomo IV, Bogotá: Planeta: 257-284.

Mello, Jorge Orlando
(1989a) "Del federalismo a la Constitución de 1886". En: Tirado Mejía, Alvaro (Dir.) **La Nueva...** *op. cit.* Tomo I: 17-42.
(1989b) "La Constitución de 1886". En: Tirado Mejía, Alvaro. **La Nueva...** *op. cit.* Tomo I: 43-64.

Mesa, Darío
(1980) "La vida política después de Panamá". En: **Manual de Historia de Colombia**. Tomo III, Bogotá: Colcultura.

Moll, Aristides
(1938) "La enseñanza médica en Estados Unidos". En: **Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional**. Bogotá: 7 (5).
(1940) "Medio siglo de adelanto en medicina y salud pública". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 21 (1-2): 92-116.

Morales Benítez, Otto
(1960) **Seguridad social integrada**. Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Muñoz, Laurentino
(1937) "John D. Rockefeller, el filósofo del oro". En: **Revista de Higiene** (Bogotá), 18 (7): 5-10.

Obregón, Diana
(1990) "El sentimiento de nación en la literatura médica y naturalista de finales del siglo XIX en Colombia". En: **Anuario de Historia Social y de la Cultura**. Bogotá, No. 16-17: 141-161.

Ocampo López, Javier
(1982) **Historia Básica de Colombia**. Bogotá: Plaza y Janés.

Oficina Sanitaria Panamericana
(1925) "Código Sanitario Panamericano". En: **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (Washington), 4 (2): 45-61.

Osorio, Nicolás

(1888) "Informe a la Junta Central de Higiene de Bogotá sobre las cuarentenas". En: **Revista de Higiene**, (Bogotá), 1 (7).

(1898) "Informe del Rector de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de Bogotá en 1898". En: Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, **Informe del Ministro Diego Rafael de Guzmán al Congreso Nacional de 1898**. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos: 9-11.

(1904) "Informe del Rector de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de 1904". En: Colombia, Ministerio de Instrucción Pública, **Informe del Ministro Antonio José Uribe al Congreso de la República de 1904**. Bogotá: Imprenta Nacional.

Orozco, Guillermo

(1984) **La escuela de medicina y su universidad**. Cali: Universidad del Valle.

(1986) **Cuatrocientos años de medicina en Cali**. Cali: FES.

Paredes Manrique, Raúl

(1966) **Educación médica en Colombia**. Bogotá.

Patiño Camargo, Luis

(1934) "Informe del Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Gobierno". En: Colombia, Ministerio de Gobierno. **Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1934. Absalón Fernández de Soto, Ministro de Gobierno.** Bogotá: Imprenta Nacional.

Pécaut, Daniel

(1987) **Orden y violencia: Colombia 1930-1954**. Tomo I, Bogotá: Cerec.

Polanco, Xavier

(1987) "La ciencia como ficción. Historia y contexto". En: J. J. Saldaña, ed., **El perfil de la ciencia en América**, Cuadernos de Quipu, 1: 41-56.

(1990), "Une science-monde: la mondialisation de la science européenne et la création de traditions scientifiques locales". En X. Polanco, ed., **Naissance et développement de la science-monde**, Paris, La découvert/Conseil de l'Europe/Unesco: 10-52.

Pyenson, Lewis

(1984) "Im partubus infidelium: Imperialist rivalries and exact science in early twentieth-century Argentina". En: **Quipu**, 1 (2): 253-303.

(1985), "Functionaries and seekers in Latin America: Missionary diffusion of the exact sciences, 1850-1930". En: **Quipu**, 2 (3): 387-420.

(1987a), "Ciencia pura y hegemonía política: investigadores franceses y alemanes en Latinoamérica", en A. Lafuente y J. J. Saldaña, eds., *op. cit.*: 195-215.

(1987b): "The limits of scientific condominium: Geophysics in Western Samoa, 1914-1940". En: N. Reingold y M. Rothenberg, (eds.), *op. cit.*: 251-295.

(1989) "Pure learning and political economy: science and European expansion in the age of imperialism". En: R.P.W. Visser, H.J.M. Bos, L.C. Palm and H.A.M. Snelders, **New Trends in the History of Science**, Amsterdam-Atlanta.

(1990) "Why Science May Serve Political Ends: Cultural Imperialism and the Mission to Civilize", **Berichte zur Wissenschaftsgeschichte**, 13 (1990): 69-81.

Quevedo, Emilio

(1987) "La ciencia y la medicina positivista". En: **Historia de Colombia**. Barcelona: Salvat Editores.

(1991) "La institucionalización de las facultades de medicina en Latinoamérica". **Quipu**, en prensa.

(1992) "El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivista: Reflexiones críticas histórico-epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano". En: **Sociedad y Salud**, Bogotá: Zeus Editores: 5-85.

Quevedo, Emilio; Gutiérrez, Francisco y Rueda, María José

(1992) "La Medicina Científica y la Salud Pública en América Latina en el Siglo XIX". En: Saldaña, J. J. (Ed.) **Historia Social de las Ciencias en América Latina**, México: Fondo de Cultura Económica.

Quevedo, Emilio; Hernández, Mario; Miranda, Néstor; Mariño, Consuelo; Cárdenas, Hugo y Wiesner, Carolina

(1990) **La salud en Colombia: Análisis Socio-Histórico**. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.

Quevedo, Emilio y Vergara, Andrea

(1988) "El proceso de institucionalización de la educación médica en Colombia". En: **Revista ECM** (Bogotá), 1 (1): 41-66.

Restrepo, Guillermo y Villa, Agustín

(1980) **Desarrollo de la Salud Pública Colombiana**. Medellín: Universidad de Antioquia, Escuela Nacional de Salud Pública.

Restrepo Cuartas, Jaime
(1984) **Ensayo sobre la historia de la medicina en Antioquia**. Medellín: Universidad de Antioquia-AMDA.

Robledo, Emilio
(1951) "Breve historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. En: **Antioquia Médica**. Medellín: Vol 2, septiembre.

Rodríguez, Gustavo
(1975) "Antecedentes de los Seguros Sociales en Colombia". En: **Seguridad Social** (Bogotá), (5): 19-24.

Rostow, W. W.
(1961) "Las etapas del crecimiento económico". En: **ECO, Revista de la Cultura de Occidente**, 2 (5): 437-460.

Ruiz, Próspero
(1948) **Higiene y Saneamiento**. Medellín: Ed. no especificada.

Saldaña, J. J.
(1990a) "La formation des communautés scientifiques au Mexique (du XVI au XX siècle)". En: X. Polanco, (ed.), **Naissance et développement de la science-monde**, Paris, La découvert/Conseil de l'Europe/Unesco.
(1990b) "Nacionalismo y ciencia ilustrada en América". En: J. Fernández Pérez e I. González Tascón (Eds.) **Ciencia, técnica y Estado en la España Ilustrada**, Zaragoza: 115-129.

Schwartzman, Simon
(1979) **Formaço da comunidade científica no Brasil**, São Paulo.

Semana, Oficina de Redacción
(1947a) "La crisis ministerial". En: **Semana** (Bogotá), 2 (23), 26 de marzo: 7-8.
(1947b) "El Plan Marshall". En: **Semana** (Bogotá), 2 (36), 28 de junio.
(1948a) "Interamérica". En: **Semana** (Bogotá), 4 (64), 10 de enero.
(1948b) "Relaciones exteriores. Una polémica continental". En: **Semana** (Bogotá), 4 (67), 31 de enero.
(1948c) "IX Conferencia Panamericana". En: **Semana** (Bogotá), 4 (76-79), 3-24 de abril.

Serna de Londoño, Cecilia
(1984) **Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia**. Medellín: Universidad de Antioquia.

Starr, Paul
(1982) **The Social Transformation of American Medicine. The Rise**

of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry. New York: Basic Books, Inc.

Stepan, Nancy Leys

(1976), **Gênese e Evolução da Ciência Brasileira**, Rio de Janeiro.

(1985), "Eugenesia, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial". En: **Quipu**, 2 (3): 351-384.

Tirado Mejía, Alvaro

(1985) **La Revolución en Marcha y la reforma constitucional de 1936**. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Uribe Vargas, Diego

(1985) **Las constituciones de Colombia.** Tres tomos, 2a. ed. Madrid: Ed. Cultura Hispánica, Instituto de Cooperación Iberoamericana.

Villegas, Jorge

(1975) **Petróleo, oligarquía e imperio**. 3a. ed. Bogotá: Tercer Mundo.

Wheatley, Steven C.

(1988) **The Politics of Philanthropy. Abraham Flexner and Medical Education.** Madison: The University of Winsconsin Press.

Zerda, Liborio

(1888) "Informe del Rector de las Facultades de Ciencias Naturales y Medicina en 1888". En: **Colombia. Ministerio de Instrucción Pública. Memoria del Ministro Jesús Casas Rojas al Congreso Nacional de 1888**. Bogotá: Imprenta de la Luz.

(1890) "Informe del Rector de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina". En: Colombia, Ministerio de Instrucción Pública. **Informe del Ministro de Instrucción Pública al Congreso Nacional de 1890**. Bogotá: Imprenta de la Luz.

este libro terminó de imprimirse
en los talleres de tercer mundo editores
en marzo de 1993, santafé de bogotá, colombia
apartado aéreo 4817

Historia Social de la Ciencia en Colombia

TOMO I	*Fundamentos teórico-metodológicos*
TOMO II	*Matemáticas, astronomía y geología*
TOMO III	*Historia natural y ciencias agropecuarias*
TOMO IV	*Ingeniería e historia de las técnicas (1)*
TOMO V	*Ingeniería e historia de las técnicas (2)*
TOMO VI	*Física y química*
TOMO VII	*Medicina (1)*
TOMO VIII	*Medicina (2)*
TOMO IX	*Ciencias sociales*
TOMO X	*Bibliografía*

HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA EN COLOMBIA

El proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia inició sus actividades de investigación en 1983 y sus informes finales fueron entregados entre 1985 y comienzos de 1986. Con el apoyo financiero de la OEA y de Colciencias y bajo la coordinación de la Sociedad Colombiana de Epistemología, fue desarrollado por un equipo interinstitucional e interdisciplinario, compuesto por especialistas de las diferentes ciencias objeto de estudio y por científicos sociales vinculados a las principales universidades del país.

Algunos de los informes parciales y la mayoría de los finales fueron publicados sucesivamente desde 1983 hasta 1988 en la revista **Ciencia, Tecnología y Desarrollo,** editada por Colciencias, y en algunos otros libros y revistas nacionales e internacionales.

Esta colección, en 10 volúmenes, reúne, en primer lugar, los textos de los trabajos metodológicos que orientaron inicialmente el proyecto (volumen 1) y, en segundo lugar, los trabajos finales (volúmenes 2 a 9). La colección se complementa con un volumen más que recoge, en forma unificada y organizada por temas, la bibliografía de todos los trabajos.

Los textos de orden metodológico se presentan sin modificaciones, con el fin de conservar su carácter de textos fechados, de tal manera que puedan identificarse las raíces conceptuales del proyecto, a pesar de que sus autores superaron con creces esas posiciones iniciales. Algunos de los textos que presentan resultados finales se publican sin modificación con la anuencia de sus autores; sin embargo, en otros casos como los de Gabriel Poveda, Olga Restrepo, Jorge Arias de Greiff, Luis Carlos Arboleda, Néstor Miranda y Emilio Quevedo, los autores han continuado avanzando en su trabajo sobre el tema y los textos que aquí presentamos son versiones más elaboradas.

Los esfuerzos editoriales que hasta ahora se habían realizado en esta disciplina se reducían a recopilaciones fragmentarias de estudios puntuales. El mérito de esta colección que Colciencias se complace en publicar es el de presentar en forma actualizada e integral un conjunto de investigaciones de carácter amplio que entregan por primera vez una visión panorámica y global del desarrollo de la ciencia y la tecnología en Colombia hasta la primera mitad del siglo XX.

ISBN 9037-11-9 (C
ISBN 9037-19-4