



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

López Bonilla, AI; Rojas Rivera, YM. Sistema Nacional de Salud en Boyacá y en el Hospital de San Rafael de Tunja. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0132.php>

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ADAPTACIONES EN BOYACÁ Y  
EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. 1.975 – 1.989**

**AURA ISABEL LÓPEZ BONILLA**

**YENNY MILANDER ROJAS RIVERA**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TUNJA, BOYACA**

**2000**

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ADAPTACIONES EN BOYACÁ Y  
EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. 1.975 – 1-989**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERA**

**AURA ISABEL LÓPEZ BONILLA**

**YENNY MILANDER ROJAS RIVERA**

**DIRECTORA**

**HNA. MARÍA CECILIA GAITÁN CRUZ**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
TUNJA  
2000**

## **AGRADECIMIENTOS**

Las investigadoras dan un agradecimiento especial a (al):

Hermana María Cecilia Gaitán Cruz, por su amistad, colaboración y constancia durante el desarrollo de la investigación.

Al instituto de investigaciones y formación avanzada que incentiva la investigación en los estudiantes de la universidad pedagógica y tecnológica de Colombia, como estrategia de relevo generacional y para formar personas que a partir de la realidad, con la investigación impacten en las condiciones de vida de las comunidades y contribuyan al conocimiento de la profesión.

A todas las personas que nos colaboraron en la recolección de la información y con su testimonio oral, permitieron el desarrollo de esta investigación.

## RESUMEN

**Palabras claves:** política, salud, sistema nacional de salud, adaptación, boyacá, Tunja.

La investigación se propone analizar la adaptación de las políticas de salud por enfermería en el período comprendido entre 1.975 año en que se organiza el sistema nacional de salud y 1.989 cuando a partir de la ley 10 de enero de 1.990, se da fin a los principios de centralización normativa y descentralización administrativa que caracterizaron el sistema nacional de salud; así mismo identifica como se adoptaron las políticas en el departamento de boyacá y en el hospital san rafael de Tunja.

Es un estudio de historia social de enfoque histórico - hermenéutico. La información se obtuvo de los archivos del ministerio de salud, la secretaría de salud de boyacá, y el hospital san rafael de Tunja. Otra fuente fue el testimonio oral, información que se utilizó para el logro de los objetivos propuestos.

Durante el período en estudio se supera el método de planificación cendes/ops, para adentrarse en una planificación interdisciplinaria con construcción de opciones estratégicas para grupos humanos postergados. Las políticas se adaptaron a través de los programas, de acuerdo a las normas dadas por el ministerio de salud.

En las profesiones de salud, enfermería lideró la programación en el departamento de boyacá y en la regional de Tunja e hizo operativas por medio de los programas de atención a las personas y con actividades colaborativas de atención al medio, las políticas de salud que se adaptaron en boyacá durante el período en estudio.

## LISTA DE FIGURAS

		<b>Pág.</b>
Figura N° 1. Sistema Nacional de Salud.	1.975 - 1.990	28
Figura N° 2. Ministerio de Salud		29
Figura N° 3 Servicio Seccional de Salud		30
Figura N° 4. Unidad Regional de Salud		31
Figura N° 5. Unidad Operativa Local		32
Figura N° 6. Unidad Regional de Boyacá		59
FIGURA N° 7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN BOYACÁ.		61

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1. MINISTROS DE SALUD 1.975 -  
1.989

ANEXO N° 2. DISTRIBUCIÓN Y UBICACIÓN GLOBAL DE LA  
FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 3. POLÍTICAS DE SALUD DURANTE EL  
PRESIDENCIALES PERÍODO  
1.974 - 1.989.

ANEXO N° 4. GOBERNADORES DE BOYACÁ 1.975 -  
1.989

ANEXO N° 5. DIRECTORES HOSPITAL SAN RAFAEL 1.975 – 1.989  
DE TUNJA

CUADRO N° 1. SISTEMA DE REGIONALIZACIÓN DE 1.975 – 1.989  
BOYACÁ.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>I. ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL NIVEL NACIONAL</b>	
1. ANTECEDENTES	8
2. UNA CONCEPCIÓN SOCIOPOLÍTICA	12
3. UNA APROXIMACIÓN A LA SALUD	19
Estado de Salud	20
Sistema de servicios de salud	22
Recurso humano	22
Organización del sistema de salud	25
1. Niveles administrativos	26
2. Niveles de atención	33
3. Areas de atención	34
4. POLÍTICAS DE SALUD	35
Organización del Sistema Nacional de Salud	36
Ampliación de coberturas	39
Area de atención a las personas	39
Area de atención al medio ambiente	42
Infraestructura	43
Capacitación de personal	46
<b>II. ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN BOYACA</b>	
1. BOYACA Y SU HISTORIA	50
2. SITUACIÓN DE SALUD DE BOYACÁ	52
Estado de salud	52
Sistema de servicios de salud	55
Recurso humano	55

Organización de las unidades regionales	56
<b>3. ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS</b>	<b>60</b>
Planificación de la salud	60
Ampliación de cobertura	60
Infraestructura	63
Capacitación	63
<b>III. ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.</b>	
1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL	66
2. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	68
3. ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL	69
Servicios ambulatorios	70
Servicios de hospitalización	73
<b>A MANERA DE CONCLUSIÓN</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	



## INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación es incursionar en las políticas emanadas del Ministerio de Salud a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud (S.N.S)<sup>□</sup>, para identificar su adaptación en el Departamento de Boyacá y en el Hospital San Rafael de Tunja.

**El PROBLEMA** que las investigadoras se plantearon hace referencia a la adaptación de las políticas de salud específicamente por el personal de enfermería; a partir de la creación del S.N.S, y de las políticas que lo enmarcaron, se originó un sistema de descentralización administrativa y centralización normativa, y se crearon una serie de subsistemas y un régimen diferente para las entidades prestadoras de salud, con repercusiones a nivel administrativo y operativo en las diferentes regiones e instituciones del país, y específicamente en los programas emanados de estas políticas.

En Boyacá a nivel seccional con la creación del Servicio Seccional de Salud, y a nivel regional en el Hospital Regional de Tunja y su área de influencia en cinco unidades operativas locales, se adaptaron las políticas a través de los diferentes programas de atención a las personas y al medio. Cómo se hizo esta adaptación es el núcleo de la investigación.

El problema descrito llevó a las investigadoras a plantearse la siguiente **JUSTIFICACIÓN:**

- Actualmente se vive una crisis en el país, en los aspectos sociales, económicos y políticos que están alterando la prestación del servicio de salud. Detenerse a reflexionar

---

<sup>□</sup> Para la presente investigación se nominará S.N.S., como Sistema Nacional de Salud.

e investigar los antecedentes de la salud en el país, las reformas originadas de las políticas de los diferentes gobiernos, permitirán a la luz del presente, explicaciones y proyecciones futuras en salud.

- Algunos estudios como: “Desarrollo de la Salud Pública Colombiana”<sup>1</sup>; “Historia Social de la Ciencia Colombiana”<sup>2</sup>; “Historia de la Enfermería en Colombia”<sup>3</sup>; “Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1.929 – 1.990”<sup>4</sup>; hacen referencia a las políticas de salud que surgieron durante el período en estudio, sin embargo no se refieren a su adaptación en el Departamento de Boyacá y en el Hospital San Rafael de Tunja.
- En los diferentes informes dados por los Ministros de Salud al Congreso de la República, se puede intuir un proceso histórico sobre las políticas en el país, pero ninguno de estos informes hace referencia a la adaptación de las políticas.
- Además de los alcances anteriores la investigación servirá, para identificar cómo la descentralización administrativa en salud, mediante los decretos reglamentarios del S.N.S, las ordenanzas y las resoluciones a nivel Departamental, crearon una forma de organización en los niveles seccionales y locales, que permitieron a través de los programas adaptar las políticas.
- El interés de las investigadoras se centra en el deseo de presentar los resultados de una investigación que se ha desarrollado para optar el título de Enfermera. Así mismo permitirá continuar con la Línea de Investigación: “La Historia del Cuidado de Enfermería”, que hace parte de una de las tres líneas del Grupo Interdisciplinario de Historia de la Salud en Boyacá, creada por Resolución Rectoral 1978, del 11 de Septiembre de 1.988; y con las demás investigaciones realizadas dentro de esta línea:

Enfermería en Colombia. Orígenes de Audacia y Compromiso (1.873 – 1.929)<sup>5</sup>.

Estado, Salud Pública y repercusión en Boyacá 1.936 – 1.957<sup>6</sup>.

Políticas de Salud. Adaptaciones en Boyacá y en la Administración del Cuidado de enfermería. Hospital San Rafael de Tunja. 1.958 – 1.974<sup>7</sup>.

La educación de enfermería en Boyacá 1.936 – 1.979<sup>8</sup>.

Esta investigación tiene como **OBJETIVO GENERAL**

**Analizar las políticas de salud del país en el período  
en estudio, como consecuencia de la creación y reglamentación  
del Sistema Nacional de Salud y su adaptación por enfermería  
en Boyacá y específicamente en el Hospital San Rafael de Tunja.**

La investigación se ubica dentro de la **METODOLOGÍA** de Historia Social, por cuanto estudia las clases sociales afectadas por las políticas, los factores económicos, sociales, culturales, políticos y religiosos que determinan las políticas de salud y los sistemas de prestación de servicios de salud.

Esta es una investigación que se acerca a los estudios con enfoque Histórico – hermenéutico. Se trata de buscar la comprensión de las políticas de salud como un acontecimiento de la historia social del país, los actores de las mismas: Gobierno, Ministros de Salud, ANEC, ACOFAEN, Jefes de servicios de salud, Jefes de unidades regionales y locales; y la adaptación de estas políticas a nivel del Departamento y del Hospital San Rafael de Tunja, dentro de un espacio y tiempo determinado para confrontar, analizar, conceptualizar e ir construyendo conceptos y conclusiones.

**El TIEMPO** del período de estudio, se inicia en el año 1.975, con la creación del S.N.S, mediante los decretos reglamentarios de la Ley 9 de 1.973 (056, 350, 694 de 1.975), para hacer operativo el funcionamiento del S.N.S.

En 1.989 se termina el período en estudio, porque a partir de la Ley 10 de 1.990, se descentraliza la administración de los servicios de salud, colocándolos en manos de los 1009 Alcaldes y los 33 Gobernadores, Intendentes y Comisarios; estableciendo juntas directivas para cada localidad, con los respectivos Comités de Participación Comunitaria. Mediante esta ley se declaran los servicios de salud como un servicio público de obligatoria prestación por parte del Estado e intervenidos por éste en los controles técnicos de los servicios. Por lo anterior, el sistema de prestación de servicios en el país cambia totalmente de orientación.

El **ESPACIO** se limita al Departamento de Boyacá y al Hospital Regional de Tunja y su área de influencia para analizar la adaptación de las políticas de salud, específicamente por enfermería.

Para la recolección de la información se acudió a diversas **FUENTES**:

- ◆ Archivo del Ministerio de Salud en Bogotá (AMS,B) de donde se tomaron los informes de los Ministros de Salud al Honorable Congreso de la República.
  
- ◆ Sección de Información y Estadística de la Secretaria de Salud de Boyacá (SISSB), en donde se encontraron los Anuarios Estadísticos; que contienen datos epidemiológicos y evaluaciones cuantitativas de cada uno de los programas en salud que se manejaron en las unidades regionales, unidades locales, centros y puestos de salud del departamento. Estos se encuentran en buen estado de conservación.
  
- ◆ Bodega del archivo de la Secretaría de Salud de Boyacá (BA,SSB), donde se hallaron datos sobre la fundación de algunos de los hospitales de Boyacá, pero no se encontraron informes de los diferentes secretarios de salud a la Asamblea Departamental.

- ◆ Archivo del Hospital San Rafael de Tunja
- ◆ El desarrollo del trabajo llevo también a la utilización de la Fuente Oral. Se entrevistó a la jefe de la Sección de Enfermería del Servicio Seccional de Salud de Boyacá, algunas enfermeras jefes del Departamento de Enfermería y de los Servicios Ambulatorios del Hospital y a docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia\*. Esto permitió además de la información suministrada, percibir sentimientos y actitudes de las entrevistadas, y aclarar en el momento de la entrevista dudas de las investigadoras así como complementar la información.

Para dar cuenta del tema propuesto, los resultados de la investigación se organizan en tres capítulos de acuerdo a los objetivos propuestos para el desarrollo de la misma. En el primer capítulo se hace un breve análisis de los antecedentes del período en estudio, así como de los acontecimientos más relevantes sucedidos en cada uno de los gobiernos de los Presidentes: Alfonso López Michelsen, Julio Cesar Turbay Ayala, Belisario Betancurt Cuartas y Virgilio Barco Vargas, y las políticas de salud que caracterizaron estos gobiernos. El capítulo segundo refiere la adaptación de las políticas en el Departamento de Boyacá y el capítulo tercero su adaptación a través de los programas operativos en el Hospital San Rafael de Tunja. Se concluye el estudio determinando los principales hallazgos, así mismo se plantean proyecciones para el futuro. Los anexos y figuras complementan la investigación.

---

\* Para la presente investigación se nominara U.P.T.C., como Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

## ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL

### I. IDENTIFICAR LAS POLÍTICAS DE SALUD QUE SE GENERARON COMO CONSECUENCIA DE LA CREACIÓN Y REGLAMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD A NIVEL NACIONAL.

#### 1. ANTECEDENTES

La constitución política de 1.886 planteaba en su artículo 20 el compromiso del estado en la salud del pueblo. El gobierno de Rafael Núñez creó en el mismo año las juntas de higiene en la capital de la república y en cada uno de los departamentos que en ese entonces tenía el país<sup>9</sup>. No existía un organismo administrativo específico para la salud, las juntas de higiene estaban adscritas al Ministerio de Instrucción Pública.

Durante todo el período de la regeneración (1.886 – 1.930), la salud estuvo bajo diferentes dependencias administrativas: ministerios de gobierno, de instrucción pública, de agricultura y comercio; lo cual no aseguraba continuidad en los planes y proyectos, ni tampoco una comprensión de la concepción y objetivos del sector. Administrativamente la salud estaba centralizada en los diferentes ministerios de los cuales dependió, era el gobierno quien decretaba y reglamentaba<sup>10</sup>, sin una mayor adaptación a las cambiantes situaciones políticas, económicas, socioculturales y religiosas de las diferentes regiones del país.

Durante la hegemonía conservadora, el modelo higienista caracterizó la política de salud, con énfasis éste en el control sanitario del medio y de las enfermedades transmisibles, para favorecer el comercio en la naciente industrialización del país.

A partir de la reforma constitucional de 1.936 liderada, por el doctor Alfonso López Pumarejo, el estado colombiano asumió la función social de dar salud a la población y creó mediante la ley 96 de 1.938, el ministerio de higiene trabajo y previsión social, para responder a los objetivos de la salud de los trabajadores, los aspectos laborales de los mismos y los aspectos relacionados con la higiene, control del medio ambiente y condiciones de vida de la población.

A través de la ley 27 de 1.946, se creó el ministerio de higiene; este ministerio cambió de denominación, de acuerdo a los objetivos específicos para la salud que se proponía; las funciones correspondientes a la protección de los trabajadores paso al ministerio de seguridad social. En 1.953 cambió la denominación por ministerio de salud pública y se empezó a gestar el intervencionismo del estado sobre las instituciones asistenciales (hospitales), dado que antes este ministerio tenia como objetivo prioritario los servicios de salud ambulatorios<sup>11</sup>.

El período del frente nacional corresponde al intervencionismo del estado, en que éste pretende robustecer su autoridad y responsabilidad en salud. Esta fue también una etapa de cooperación internacional por cuanto se busco una ayuda técnica y económica para asegurar la preparación del personal de salud que apoyara las políticas del gobierno del frente nacional. Este proceso creó dependencia tecnológica de los estados unidos, en los modelos de prestación de los servicios y en la educación en las disciplinas de salud<sup>12</sup>.

Colombia acogió las políticas planteadas en el plan decenal de salud para las américas de

1.961<sup>13</sup> que se hizo operativa por el método cendes / ops<sup>14</sup> que se caracterizó por una filosofía de costo beneficio, integración de los servicios de salud asistenciales y ambulatorios, planificación con base en diagnósticos de la situación de salud, que con este método comprende: el estado de salud de la población y los sistemas de servicios de salud, para responder a la demanda.

Para hacer operativa la planificación, el ministerio de salud seleccionó cinco departamentos del país para desarrollar un plan piloto, entre estos departamentos, Boyacá. La puesta en marcha con los ajustes que requería este proyecto del plan piloto, dió origen al sistema nacional de salud.

Con relación a enfermería, históricamente fue la iglesia por medio de las comunidades religiosas, las instituciones benéficas y las sociedades de caridad, las que se comprometieron con el cuidado de enfermería en los hospitales como una expresión de la vivencia del cristianismo.

A inicios del presente siglo, 1.903, cuando se fundo la escuela de enfermería de la universidad de Cartagena, se inició la preparación académica universitaria de las enfermeras en el país. A través del siglo xx y hasta antes de iniciar el período en estudio, se crearon las siguientes escuelas de enfermería:

- ✓ Universidad Nacional de Colombia 1.924
- ✓ Escuela de Enfermeras de las Hermanas de la Presentación del Hospital San Juan de Dios. 1.927
- ✓ Cruz Roja colombiana. 1.938
- ✓ Universidad Javeriana. 1.942
- ✓ Universidad de Antioquía. 1.950
- ✓ Universidad del Valle. 1.952



- ✓ Universidad Industrial de Santander 1.967
- ✓ Instituto Mariano. 1.969

El desempeño de las egresadas de estas unidades docentes era en la administración de los servicios de enfermería y en la docencia; este recurso estaba concentrado en las grandes ciudades del país y en algunas capitales de departamento.

El personal auxiliar de enfermería con una formación básicamente técnica venía trabajando desde 1.945, cuando se fundó la primera escuela de auxiliares de enfermería en el hospital san Juan de Dios de Bogotá, era este personal quien daba el cuidado en las instituciones hospitalarias y en los servicios ambulatorios, con marcada dependencia médica y un cuidado básicamente procedimental.

Para desempeñar algunas actividades de promoción y prevención, y orientación de referencia y contrarreferencia de los pacientes a las instituciones de salud y para ampliar coberturas en las zonas rurales, se capacitó, a partir de 1.958, el personal de promotoras rurales de salud.

El estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia (1.956), y el macrodiagnóstico de enfermería (1.972), revelaron escasez de personal profesional de enfermería, razón por la cual en la década de los 70's<sup>15</sup> se crearon los siguientes programas de enfermería:

- ✓ Universidad del Cauca. 1.970
- ✓ Universidad de Caldas. 1.970
- ✓ Universidad Francisco de Paula Santander. 1.972
- ✓ Universidad Sur colombiana. 1.973

- ✓ Universidad Norte. 1.974
- ✓ Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 1.974
- ✓ Universidad de Córdoba. 1.974
- ✓ Universidad de los Llanos. 1.975
- ✓ Instituto diego Luis Córdoba. 1.975
- ✓ Universidad del Cesar 1.975
- ✓ Instituto Tecnológico Universitario Cundinamarca. 1.975
- ✓ Centro de Estudios para la Salud. 1.977
- ✓ Corporación Escuela de Ciencias de la Salud, Hospital San José. 1.978
- ✓ Universidad Metropolitana. 1.979

Este recurso de enfermería empezó a desempeñarse en el cuidado hospitalario y ambulatorio ampliando coberturas con personal profesional en las instituciones de salud.

Lo expuesto revela:

El estado se va implicando procesualmente en la salud como uno de sus deberes con la sociedad.

La enfermería profesional en su proceso de crecimiento y desarrollo en el país inicia su desempeño en docencia y administración de los servicios de enfermería, para procesualmente ir asumiendo el cuidado a medida que se preparaba este recurso. Fue el personal auxiliar de enfermería quien asumió el cuidado directo de enfermería, con una marcada dependencia médica y con acciones procedimentales en su ejecución.

## **2. UNA CONTEXTUALIZACIÓN SOCIO POLÍTICA**

El gobierno del frente nacional con un período de 16 años terminó en 1.974. Si bien se logró la pacificación de la llamada violencia, no innovó sistemas de gobierno, se trató mas

bien de mantener en el poder los partidos políticos tradicionales mediante una paridad política. Al final de este gobierno surgieron grupos políticos diferentes a los tradicionales como la anapo (alianza popular nacional), mrl (movimiento revolucionario liberal) y los movimientos guerrilleros como la farc (fuerzas armadas revolucionarias de Colombia), el eln (ejército de liberación nacional) y el m 19 (movimiento 19 de abril).

De la paridad política durante el frente nacional se pasa a una apertura democrática con cuatro presidentes durante el período en estudio, acerca de los cuales se hace referencia en los aspectos más relevantes de su gobierno.

### **Alfonso López Michelsen. 1.974 – 1.978**

Al terminar el frente nacional, la presidencia de la república fue ocupada por Alfonso López Michelsen, hijo del ex presidente liberal Alfonso López Pumarejo; este político había estado ausente del país desde 1952 huyendo de la violencia partidista; a su regreso durante el frente nacional fue elegido representante a la cámara por cundinamarca y posteriormente fundó el movimiento revolucionario liberal (mrl).

Su programa de gobierno lo denominó “el mandato claro”. Su política pretendió “cerrar la brecha” para asegurar iguales oportunidades y condiciones de vida entre la población campesina y la urbana, y entre ricos y pobres<sup>16</sup>.

Acogiéndose al artículo 122 de la constitución política de Colombia, declaró el estado de emergencia económica para el país, lo cual le permitió cambios en la economía relacionados con la reforma tributaria, el certificado de abono tributario (cat) y el régimen de importaciones.

El plan de desarrollo económico de López Michelsen se vio afectado porque entre los años 1.972 y 1.975 se redujo significativamente el poder adquisitivo de los salarios, en tal forma que el salario mínimo no era suficiente para cubrir la canasta familiar; sin embargo, a partir de 1.976 se logró una recuperación debido en parte a la bonanza cafetera por los beneficios de la producción del grano y las ventas sin competencia, porque las heladas de los cultivos de café en el Brasil bajaron la oferta en ese país.

El plan de reforma agraria que se había iniciado con el dr. Carlos Lleras Restrepo, fue sustituido por el dri, desarrollo rural integrado, que ampliaba la reforma agraria a la obtención de créditos, organización del mercadeo de los productos agrarios y creación de servicios complementarios a la producción agraria en los campos, como vías de comunicación, interconexión eléctrica, servicios de salud y educación<sup>17</sup>. Los planes de vivienda y los créditos a través del banco central hipotecario tuvieron cobertura únicamente en el sector urbano.

El propósito de “cerrar la brecha” entre ricos y pobres no se logró, por el contrario, las diferencias sociales se evidenciaron por el creciente desempleo, la guerrilla rural y urbana, la industria del secuestro particularmente de los terratenientes y el incremento del narcotráfico de la cocaína y la marihuana, que hizo que Colombia empezara a ocupar el primer lugar como productor y exportador hacia Norteamérica.

Ante esta situación de crisis social, las centrales obreras se organizaron en protesta en un paro cívico nacional el 14 de septiembre de 1.977; y en el paro del instituto colombiano del seguro social que se prolongó por 50 días.

**Julio César Turbay Ayala 1.978 – 1.982**

Su gobierno estuvo orientado hacia un “plan de integración nacional” (pin), con énfasis en una política económica que propendía elevar la productividad para reducir las altas tasas de desempleo y mejorar las condiciones de vida de la población<sup>18</sup>. En esta forma pretendió poner en marcha la explotación de níquel en cerromatoso y del carbón en el cerrejón, y la explotación petrolera en diferentes departamentos.

Las limitantes en la justicia social del país y los planteamientos y estrategias de los grupos guerrilleros, provocaron serias dificultades de orden público, como el robo de más de 5.000 armas de las instalaciones del ejército de usaquén; la toma de la embajada de la república dominicana durante 61 días, en que se retuvieron a un grupo de diplomáticos; y el enfrentamiento constante del ejército con los grupos guerrilleros en diferentes regiones del país.

Esta situación de inseguridad y el creciente auge del secuestro y la extorsión protagonizada por los grupos del narcotráfico, la guerrilla y por la delincuencia común, llevó al presidente a promulgar el estatuto de seguridad para frenar la actividad subversiva y el narcotráfico; este estatuto fue seriamente cuestionado por amnistía internacional, debido a que algunas de sus posiciones y medidas atentaban directamente contra los derechos humanos. Como una medida de vigilancia ante la situación se creó la comisión de paz con la dirección del dr. Carlos Lleras Restrepo. Esta comisión estuvo integrada por los partidos políticos tradicionales, las fuerzas armadas y la iglesia católica; no logró mayores éxitos por las discrepancias entre el ejecutivo y los organismos castrenses.

Al final de su gobierno apareció un grupo de autodefensas denominado m.a.s (muerte a los secuestradores) creado y financiado por el narcotráfico en defensa de sus propios intereses y para proteger los civiles que poseían grandes capitales, tierras y ganado.

En lo referente a las relaciones internacionales se firmó el tratado pertinente a los derechos de Colombia sobre el canal interoceánico y se consolidó el tratado con estados unidos sobre las zonas en disputa con Nicaragua en el mar caribe<sup>19</sup>.

### **Belisario Betancur Cuartas 1.982 –1.986**

El plan de gobierno incluyó aspectos como la reactivación económica, el control del gasto público, la búsqueda de la paz, el fortalecimiento del sistema democrático, la afiliación al movimiento de los países no alineados y la negociación directa de problemas fronterizos con Venezuela y Nicaragua.

Así mismo, postuló una política social amplia centrada en programas de vivienda popular sin cuota inicial, ampliación de la cobertura de la seguridad social, saneamiento ambiental, ampliación del ciclo obligatorio de educación básica y apertura de sistemas educativos para adultos como camina, y formación universitaria mediante la educación a distancia.

En su gestión sobresalió la política de paz, la lucha contra el narcotráfico, la política internacional, el ordenamiento institucional y territorial, la descentralización administrativa y la elección popular de alcaldes.

La situación económica fue crítica durante casi todo este período. La falta de divisas obligó a decretar el cierre de importaciones sin que se formulara una política sustitutiva, lo cual afectó negativamente algunos sectores, especialmente aquellos que requerían la importación de materias primas. Las importaciones se reabrieron hacia el final de su gobierno, gracias al comienzo de una nueva bonanza cafetera.

El estado se encontraba pasando por una crisis fiscal, a la cual se respondió con una política

de descentralización administrativa y de austeridad en el gasto, frenando el desarrollo de muchos de los programas gubernamentales. El impuesto al valor agregado, iva, surgió durante este gobierno.

Belisario utilizó estrategias de diálogo con la guerrilla que fueron criticadas por sus opositores. El 1° de mayo fue asesinado el ministro de justicia Rodrigo Lara Bonilla por el narcotráfico, a raíz de este hecho el gobierno impulsó la extradición de varios delincuentes colombianos hacia Estados Unidos, quienes eran reclamados por la justicia de ese país.

El 6 de noviembre de 1985 fue tomado el palacio de justicia por más de 30 miembros del M19, quienes lo asaltaron tomando como rehenes a sus ocupantes, entre los cuales estaban los magistrados de la Corte Suprema de Justicia y los consejeros del estado.

Su gobierno tuvo que enfrentar los desastres naturales de: el terremoto de Popayán en 1982, las inundaciones en la costa atlántica en 1984 y la avalancha del Nevado del Ruiz en 1985<sup>20</sup>.

### **Virgilio Barco Vargas 1986 – 1990**

Este gobernante después de 30 años de bipartidismo, decidió que su gobierno sería únicamente liberal, el partido conservador asumió una actitud de “oposición reflexiva”.

La descentralización administrativa con su estrategia de elección popular de alcaldes, legislada con el gobierno anterior, se hizo operativa con el presidente Barco.

Barco desarrolló algunos proyectos como la aprobación de la nueva ley de reforma

agraria, la puesta en marcha del plan nacional de rehabilitación orientado a multiplicar la presencia del estado en las zonas marginales o de orden público crítico, también se propició la inversión extranjera y se incrementó la exploración y exportación de petróleo.

Durante su gobierno el congreso aprobó el tratado de extradición respaldado por la ley 68 de 1.986, que autorizaba la entrega de algunos delincuentes colombianos acusados de narcotráfico en ese país; la corte suprema de justicia declaró inconstitucional la ley que aprobaba el citado tratado; ante esta decisión de la justicia, barco ordenó que se iniciaran allanamientos contra las propiedades de reconocidos jefes del narcotráfico. Por lo anterior se presentaron represalias tales como el asesinato de Guillermo Cano, director del diario el espectador; Carlos Mauro Hoyos, procurador general de la nación y el candidato presidencial Luis Carlos Galán Sarmiento, y otros funcionarios que tenían responsabilidad en la lucha contra el narcotráfico.

La guerrilla y la delincuencia común perpetraron asesinatos cuyas víctimas fueron dirigentes cívicos, empresariales, sindicales y jefes políticos como Jaime Pardo Leal del movimiento unión patriótica. Aparecieron los paramilitares sostenidos al parecer por el capital privado, o por el narcotráfico<sup>21</sup>.

### **3. UNA APROXIMACIÓN A LA SALUD**

El núcleo de esta investigación son las políticas de salud y su adaptación en una región geográfica específica, boyacá. Con una política de salud el gobierno pretende un cambio positivo de la situación de salud de la población. Esa situación de salud – enfermedad es la resultante de la interacción dinámica de los diferentes sectores de desarrollo con las comunidades, grupos y personas en los sitios en donde se recrean, se desarrollan, trabajan, estudian, y con el sistema de servicios de salud diseñado para la prestación de los servicios a la comunidad.



Para esta investigación metodológicamente se considera la situación de salud de la población colombiana que comprende: el estado de salud y el sistema de servicios de salud; la cual abarca globalmente el período de gobierno de los cuatro presidentes a los que se hizo referencia, en razón a que los perfiles epidemiológicos no presentan cambios significativos a excepción de los índices de mortalidad por homicidios y accidentes de tránsito y de la morbilidad que se va reflejando en el país, fuertemente afectado por la guerrilla y el narcotráfico.

Los hallazgos que se consignan en esta parte de la investigación se obtuvieron de los planes de desarrollo y en los informes al congreso de los ministros de los cuatro gobiernos en mención. Los nombres de estos ministros y el período de ejercicio ministerial aparecen en el anexo n° 1.

### **Estado de salud<sup>22</sup>.**

Al referirse al estado de salud se menciona la demografía, la morbilidad, la mortalidad y los factores condicionantes, en los gobiernos de los presidentes Alfonso López Michelsen y Belisario Betancur cuartas, tomando así el inicio y la mitad del período en estudio.

La población colombiana en 1.974 era de 24.000.000 de habitantes, con una tasa de crecimiento de 2.2%; a mediados de 1.982 la población se estimaba en 26.966.000 habitantes, con una tasa de crecimiento de 2.1%, con tendencia a disminuir.

Los datos estadísticos entre 1.974 y 1.975 mostraban que la mortalidad general se mantenía en 9.4%, ocupando los tres primeros lugares las enfermedades diarreicas, la desnutrición y las enfermedades infecciosas; simultáneamente las enfermedades crónicas y degenerativas, las cardiovasculares, y los tumores malignos. Los accidentes comenzaron a escalar lugares

significativos.

Las primeras causas de morbilidad fueron las enfermedades transmisibles, las infecciones intestinales, el sarampión, la tosferina, las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y el paludismo<sup>23</sup>.

El parto sin complicaciones y el aborto continuaron como primeras causas de morbilidad por egresos hospitalarios<sup>24</sup>.

A mediados de 1.982, el perfil epidemiológico señala que a pesar de la disminución de la mortalidad general y del aumento en la expectativa de vida, el problema de salud siguió siendo de gran magnitud y con las características propias de los países en desarrollo.

Las enfermedades infecciosas intestinales, las respiratorias agudas y la desnutrición, continuaron siendo las primeras causas de morbimortalidad en los menores de 5 años, y estaban relacionadas con la disponibilidad y la calidad del agua potable, con la disposición de excretas y basuras, con la cantidad y calidad de los alimentos y con la contaminación de las fuentes hídricas. A su vez las enfermedades respiratorias tenían que ver con la contaminación atmosférica y la calidad de la vivienda.

El desarrollo de la urbanización aumentó la incidencia de accidentes en el hogar y por vehículos automotores, en niños entre los 5 y 14 años; aparecen estos como primer problema de salud en este grupo poblacional.

La violencia y los accidentes por vehículos automotores generaron la mayor mortalidad en los hombres entre 15 y 44 años, y los tumores malignos (cáncer de cuello uterino y de seno)

en las mujeres del mismo grupo poblacional.

En la población de 45 años y más, los tumores malignos, las enfermedades crónicas y degenerativas constituyeron los problemas fundamentales en este grupo poblacional.

La falta de conocimiento específico sobre salud y la actitud negativa hacia los servicios de salud del estado, fueron condicionantes de las acciones de prevención y control de las enfermedades infecciosas, intestinales y parasitarias, las prevenibles por vacunación, los accidentes, el aborto, los tumores malignos y las enfermedades del aparato genitourinario.

La infestación de mosquitos como el anopheles y el aedes aegypty, fue causa del aumento en la incidencia de malaria, dengue y fiebre amarilla, lo que afectó a todos los grupos de edad en las zonas de colonización y en las áreas con dificultades de orden público.

La convivencia de las familias con animales domésticos, particularmente con perros y gatos estuvieron relacionados con las enfermedades transmitidas por estos, situación que se agravó por la limitada vacunación animal.

El alcoholismo y la drogadicción llegaron a niveles preocupantes en la población adulta del país y estuvieron relacionados con la morbimortalidad por accidentes y homicidios<sup>25</sup>.

### **Sistema de servicios de salud**

El sistema de servicios de salud, hace referencia al recurso humano y a la red de servicios de las instituciones para dar atención de salud a las comunidades.

- **Recurso humano.**

La eficiencia y la eficacia de los recursos de salud dependen de la cantidad y calidad del recurso humano del cual se disponga; así como de la oportuna y adecuada utilización que se le dé a este recurso.

Esta investigación problematiza y tiene como objeto las políticas de salud; se hace necesario referirse a estas y su adaptación por enfermería; la consideración del recurso humano hace referencia específica a este grupo de población.

El personal profesional y auxiliar de enfermería de que disponía el país en 1.974 era de 3.289 enfermeras (os), 14.670 auxiliares de enfermería; existían además 1.800 promotoras de salud y 6.000 promotoras, capacitadas y ubicadas en el sector materno – infantil<sup>26</sup>.

La escasez de estos recursos, se agravó por su inequitativa distribución; la concentración fue mayor en las grandes ciudades, pero aún dentro de estas se orientó hacia los sectores económicos altos; dejando marginados a quienes más lo necesitaban: las áreas rurales, urbano marginales y las zonas de invasión y cinturones de miseria de las ciudades.

El estudio nacional de enfermería 1.985 – 1.987, destaca la importancia tanto del profesional como de las auxiliares de enfermería, quienes constituyeron el grupo más importante del sistema de recursos humanos del sector salud, debido no solamente a su elevado número sino al alcance de sus intervenciones en la ejecución de los planes de salud<sup>27</sup>.

El estudio mostró que la fuerza laboral total de enfermería en Colombia correspondió a 44.847 personas, que representaba el personal activo de enfermería.

El 13.5% de la disponibilidad total estaba dada por el personal profesional (6.060

enfermeras) y el 86.5% lo representaba el personal auxiliar (25.771) y ayudantes de enfermería (13.016). Igualmente se observó que el 84.3% de los profesionales estaban ubicados en el área de servicio y el 15.7% en el área de educación.

Para una población de 27.867.326 habitantes, el estudio informo que por una enfermera había 76 auxiliares y la relación del personal de enfermería global para el país era de 15.7 por 10.000 habitantes, de los cuales el 1.8 correspondía al personal profesional y el 13.9 al personal de auxiliares y ayudantes de enfermería<sup>28</sup>.

Sin embargo a pesar del aumento numérico permaneció la inadecuada estructura con relación al número de profesionales y personal auxiliar que estaba constituido por el 88.4% del total de la fuerza laboral ubicada en el sector del servicio.

La investigación “políticas de salud. Adaptaciones en boyacá y en la administración del cuidado de enfermería en el hospital san rafael de Tunja 1.968 – 1.974” hizo referencia a la distribución y ubicación de la fuerza laboral de la enfermería de acuerdo a la situación existente en 1.972 (macrodiagnóstico). El cuadro comparativo del anexo n° 2 muestra los principales hallazgos de los estudios de 1.972 y 1.985.

Los datos reflejan que no se alcanzaron las metas de las recomendaciones propuestas en el macrodiagnóstico y que el personal de enfermería existente no era suficiente para lograr la cobertura de atención en salud en las poblaciones rurales y marginadas, y que la estrategia de atención primaria planteada en alma atha y propuesta por los gobiernos colombianos no se logró. A la atención intrahospitalaria se destino el mayor número de recursos de enfermería y los servicios ambulatorios estaban dados básicamente por personal auxiliar de enfermería.

- **Organización del sistema nacional de salud.**

El hecho central planteado por el ministerio de salud al iniciarse la administración en agosto de 1.974, en el gobierno del dr. Alfonso López michelsen, fue el de una situación real de cambio que implicaba la transformación del sector en un sistema<sup>29</sup>. La realización de las políticas y estrategias que el gobierno decidió llevar a cabo para que la población del país recibiera, en la mayor cantidad posible, los beneficios que de él esperaban, requirió poner en marcha el s.n.s, cuya orientación, vigilancia y dirección estuvieron a cargo del ministerio de salud y que incluyeron al subsistema oficial, las entidades e instituciones de seguridad y previsión social, que coordinaron funcionalmente al subsistema privado.

En consecuencia, mediante la ley 2° y la ley 9° de 1.973 y mediante una serie de decretos emanados del ejecutivo, con su aplicación y vigencia instituyeron y ordenaron la implantación en el país del s.n.s<sup>30</sup>.

Estos decretos reglamentarios que merecen mención son:

1. Decreto 056 del 15 de enero de 1.975, por el cual se reglamenta el s.n.s.
2. Decreto 350 del 4 de marzo de 1.975, por el cual se determina la organización y funcionamiento de los servicios seccionales de salud y de las unidades regionales.
3. Decreto 694 del 14 de abril de 1.975, por el cual se establece el estatuto de personal del s.n.s.
4. Decreto 356 del 5 de marzo de 1.975, por el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación de las entidades que prestan servicios de salud.
5. Decreto 526 del 20 de marzo de 1.975, por el cual se dictan normas para los subsistemas del s.n.s.

Los objetivos del sistema estuvieron orientados a responder eficazmente a las necesidades reales del país mediante la integración de la capacidad real, potencial y operatividad de las entidades que tenían como finalidad específica la salud de la comunidad, fueran estas del sector oficial, privado, de la seguridad social o institutos descentralizados. Como objetivos subsidiarios se pretendió promover la participación responsable y sistemática de la comunidad, integrar los recursos explícitos y potenciales, humanos, tecnológicos, científicos y materiales a fin de multiplicar su capacidad operativa y productiva e incrementar cualitativa y cuantitativamente el recurso humano como principal agente de la promoción y cuidado de la salud. Así mismo se propuso una realización intersectorial específicamente con aquellos sectores más relacionados con las condiciones de vida y salud de las poblaciones: educación, comunicaciones, vivienda y sector agrario.

El S.N.S. se organizó por:

1. Niveles administrativos
2. Niveles de atención
3. Areas de atención

## **1. NIVELES ADMINISTRATIVOS**

La organización administrativa del s.n.s. durante todo el período en estudio se denominó “ministerio de salud” y su estructura se mantuvo tal como fue definida en su comienzo. El análisis de esta estructura administrativa revela una organización vertical con dependencias directas ascendentes y descendentes, cuya máxima autoridad la poseía el ministro de salud. Esta organización era de tipo técnico – político – administrativo con tres niveles: nacional, seccional y regional.

El **nivel nacional** comprendió el ministerio de salud pública (figura n° 1 y 2) que tenía las funciones de formular y reformular las políticas en salud; normatizó los diferentes aspectos del sistema; planificar, vigilar y controlar las agencias e instituciones; supervisar periódicamente cada uno de los niveles seccionales y coordinar con los mismos la supervisión de las instituciones y agencias de los organismos regionales y locales; y organizar campañas sanitarias de dirección central.

El **nivel seccional** (figura n° 3) constituyó la organización básica de dirección a nivel departamental y territorial. Estaba formado por los servicios seccionales de salud, de los cuales dependían los regionales de su jurisdicción y por intermedio de estos los organismos locales. Las funciones del nivel seccional se dirigieron a interpretar las políticas nacionales de salud para adaptarlas a las costumbres y realidades de su territorio; consolidar y formular planes y programas derivados de las políticas; por delegación realizar la vigilancia y control de las instituciones de su área.

Correspondió al **nivel regional** (figura n° 4) concretar los planes y programas derivados de las políticas nacionales de salud; aplicar las normas seccionales en concordancia con la realidad regional y local, supervisar y coordinar los organismos locales de su dependencia y realizar por delegación, la vigilancia y control de las instituciones<sup>31</sup>.

Las **unidades operativas locales** (figura n° 5) estaban conformadas por los hospitales, los organismos ambulatorios y la atención domiciliaria a través de los cuales se brindaba los servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento<sup>32</sup>.



## 2. NIVELES DE ATENCIÓN

El s.n.s. para su organización tenía como principio fundamental una centralización normativa y una descentralización administrativa y desconcentración operativa, lo cual implicó un proceso de regionalización por medio del cual se ubicaban, ordenaban, y relacionaban los organismos de dirección y las entidades ejecutoras en unidades funcionales geográficamente delimitadas y similares en sus aspectos socio – económicos, técnicos y administrativos, con el fin de garantizar una racional y flexible administración de los recursos y un apoyo ágil y eficaz para la prestación de los servicios.

La desconcentración operativa condujo al establecimiento de niveles de atención progresivos en complejidad, que implicaban la desconcentración de los recursos y la ejecución de las acciones que a su vez pretendían la ampliación de coberturas.

Bajo el concepto de que las actividades deben realizarse para atender a las necesidades de salud de las comunidades, de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el estado de salud de las poblaciones, surgieron los niveles de atención primaria, secundaria, terciaria o de máxima tecnología.

La **ATENCIÓN PRIMARIA** Es El Conjunto De Acciones Dirigidas, Tanto A Las Personas Como Al Medio Ambiente, Tendientes A Satisfacer Las Necesidades Básicas De La Comunidad En Relación Con Promoción De La Salud, Prevención De Las Enfermedades Y Prestación De Servicios Mínimos De Recuperación Y Rehabilitación.

La **ATENCIÓN SECUNDARIA**, además de las acciones propias del primer nivel, presta servicios de mayor complejidad con hospitalización en las especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco – obstetricia y odontología.

La **ATENCIÓN TERCIARIA** o de máxima tecnología se caracteriza porque a la atención brindada por los niveles anteriores, se le suman la totalidad de las especialidades médicas este nivel realiza además las labores de docencia e investigación.

### 3. AREAS DE ATENCIÓN

Los organismos, instituciones y agencias de salud del sistema organizaban sus funciones científicas, técnicas, socio – económicas y administrativas en dos grandes áreas: para la atención a las personas, la atención al medio y una tercera para apoyar la realización de los servicios de las dos anteriores.

En el **area de atención a las personas** se ubicaron los servicios de atención que pretendían extender la cobertura de atención de salud de acuerdo al perfil salud – enfermedad de la población, a los riesgos, a las epidemias, a la desprotección y a las necesidades específicas en todo el proceso de diagnóstico, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, en colaboración armónica entre las comunidades y las instituciones de salud.

En el **area de atención al medio**, se ubican los servicios que pretendían una cobertura de saneamiento ambiental en lo referente a agua, suelo y aire, a fin de crear y mantener un equilibrio ecológico y las condiciones de vida que facilitarían la protección y recuperación de la salud de la población.

El **area de infraestructura** apoyaba la realización de los servicios de atención a las personas y al medio, proporcionando los recursos humanos, técnicos y materiales adecuados y suficientes para promover el desarrollo de las instituciones y la capacidad operativa en la prestación de servicios a la comunidad.

#### **4. POLÍTICAS DE SALUD**

El concepto de política lleva implícito uno o un conjunto de enunciados que expresan una aspiración o deseo para alcanzar; tales proposiciones formuladas por quienes tienen el poder de decisión se convierten en mandato a cumplir; de ahí la importancia, de quienes la expresan, saber al proponerlas, el por qué, para qué y alcance de las mismas, y quienes las ejecutan, conocer su significado y proyecciones para diseñar los mecanismos capaces de ponerlas en operación<sup>33</sup>.

Una política en salud es el conjunto coherente de proposiciones que orientan al desarrollo de acciones para conducir el sistema de servicios de salud, de una situación dada a una situación deseada, esto dentro de un proceso de planificación<sup>34</sup>.

Las políticas en salud se fundamentan en el conocimiento de la situación existente, en cuanto al estado de salud de la población y sus problemas más relevantes, por tal hecho son realistas, ya que su fundamentación descansa en la certeza de un diagnóstico actualizado<sup>35</sup>.

Al revisar los archivos del ministerio de salud en lo relacionado con los planes de desarrollo y los informes de los ministros de salud al congreso de la república, se encontró que las políticas de salud fueron claramente diseñadas por los organismos del estado a quienes correspondía esta función. Anexos n° 3.

En el presente estudio en relación con los objetivos que se propone, metodológicamente se sintetizan estas políticas de cada uno de los gobiernos del período en estudio en 4 aspectos generales que hacen relación a:

1. Organización del s.n.s.
2. Ampliación de coberturas con participación comunitaria

3. Infraestructura
4. Capacitación del personal.

### **Organización del sistema nacional de salud**

El s.n.s. durante el período en estudio, se tomó como la estructura fundamental de la gestión en la atención en salud, que pretendió modificar el nivel y estructura de la morbimortalidad de la población del país, con énfasis en los grupos más vulnerables. Para obtener un mayor bienestar dirigió las acciones en salud, sobre los factores condicionantes de tipo sociocultural, comportamiento de la población, medio ambiente de oferta y funcionamiento de los servicios de salud<sup>36</sup>.

Durante el cuatrienio del presidente alfonso lópez michelsen, se impulsó la aplicación de las normas de organización y administración del s.n.s, así como lo pertinente a los subsistemas de planeación, información, suministros, inversiones, investigaciones y personal.

En este gobierno se incorporó en un plan nacional de salud único, a las entidades adscritas y vinculadas, de tal forma que se coordinaran adecuadamente para la ejecución armónica y ordenada de las políticas de salud propuestas por el gobierno<sup>37</sup>.

Los tres gobiernos posteriores buscaron continuar con las acciones planteadas en la administración del dr. Alfonso lópez michelsen, en cuanto a la organización, modernización y funcionamiento del s.n.s. en el gobierno del dr. Virgilio barco vargas se descentralizó la prestación de los servicios a nivel local, a través de la incorporación de los municipios al s.n.s, en tal forma que las autoridades y las comunidades tomaran como una de sus responsabilidades la salud de la población; se empezó a gestar un principio de autonomía municipal que se consolidaría en la ley 10 de 1.990.

Entre las estrategias que se implementaron para fortalecer y consolidar el s.n.s se menciona en este estudio:

La **regionalización** en la atención de salud se realizó dentro de los criterios de centralización política y descentralización administrativa, que fortaleció el concepto de “hospital” como unidad básica de cada nivel regional y local con el fin de brindar servicios igualitarios, permanentes y oportunos<sup>38</sup>. En los tres cuatrienios siguientes se continuó fortaleciendo el sistema de regionalización para alcanzar una adecuada oferta de servicios, dando prioridad a la atención primaria en salud.

la **planeación**. Este proceso de planeación en salud se inició a comienzos de la década de los 60's. El estatuto orgánico establecido por el decreto 1423 de 1.960, incluyó el concepto de planeación como una actividad técnica y concedió al ministro de salud, la facultad para elaborar planes y programas en salud a nivel nacional.

En 1.968 se crearon las oficinas de planeación de los diferentes ministerios y en 1.974 se dictaron normas sobre planeación nacional para todo el país.

La función central de planeación descansó desde entonces en el consejo nacional de política económica y social, compes, que tenía a su cargo la orientación y coordinación general de la política económica y social.

El departamento nacional de planeación (dnp) fue el organismo que se encargó de elaborar

y presentar al presidente de la república para su aprobación, los planes y programas de desarrollo económico y social del país<sup>39</sup>.

En abril de 1.975 se realizó el “primer encuentro nacional para la planificación del sector salud”, allí se definieron y propusieron los programas prioritarios en materia de salud, para desarrollar a corto y mediano plazo, y se comprometieron a financiar y desarrollar dichos programas; estrategia que se continuo periódicamente a lo largo de todo el período en estudio con adaptaciones y actualizaciones de acuerdo a la situación de salud y a las políticas generales del país que implicaban mas directamente la salud.

En el **aspecto laboral**, el gobierno del presidente alfonso lópez michelsen buscó establecer un régimen único y tecnificado para todos los funcionarios dels.n.s, por lo cual se creó el área de personal; para lograr este régimen diseñó y expidió a través del decreto 663 de 1.975 el estatuto unico de personal, se definieron los instrumentos operativos para desarrollarlo, se elaboró y estableció el manual de clasificación de cargos, que permitió implementar una nomenclatura jerarquizada de los empleos, y se definieron las funciones de cada cargo y establecieron los requisitos para aprobarlos.

### **Ampliación de coberturas**

La conferencia internacional en alma atha (urss) con su política de **salud para todos en el año 2000**, pretendía la ampliación de cobertura bajo las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

Por lo anterior los gobiernos del período en estudio se propusieron convertir el sector salud en un instrumento de progreso social, para lograr el más alto grado de salud, que fuera compatible con el nivel de desarrollo de la comunidad, eliminando las desigualdades y facilitando el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud.

Esta ampliación de coberturas se realizó para las áreas de atención a las personas y atención al medio y se fortaleció la infraestructura de apoyo.

#### φ **Area de atención a las personas**

El presidente Alfonso López Michelsen dentro de su plan de gobierno “para cerrar la brecha” se propuso extender en forma rápida y masiva la cobertura de los servicios de salud primarios con el establecimiento de una atención médica delegada, provisión de medicamentos, educación, inmunización y complementación nutricional. La atención a nivel secundario y terciario continuó brindándose a través de los hospitales regionales y locales dotándolos de tecnología avanzada.

Para este gobierno los programas en salud prioritarios se determinaron en función del riesgo que afrontaba la comunidad y para ello se dió prioridad a los grupos de población de menores de 15 años y al núcleo materno – infantil<sup>40</sup>.

Entre los programas en salud se fortaleció el de inmunización con la implementación del sistema de conservación en frío de las vacunas; se vacunó contra la t.b.c, fiebre amarilla y se realizaron campañas contra la malaria, lepra, dengue y pian.

Durante este período se notó una disminución en la incidencia de casos en cuanto a enfermedades transmisibles, ya que se aumentó la detección temprana, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de casos en todos los niveles de atención del s.n.s.

La salud ocupacional fue otro de los programas prioritarios en este gobierno en coordinación con el instituto de los seguros sociales, el cual estaba destinado a la protección de los trabajadores contra riesgos profesionales.

El programa de salud mental estaba orientado a realizar investigaciones para conocer la morbilidad, por trastornos mentales en la población. También se reforzaron las actividades dirigidas a la promoción y educación de la comunidad para la detección precoz de casos, su tratamiento oportuno, readaptación y rehabilitación de las personas. Se dió gran importancia al programa nacional de cáncer y al programa de salud oral.

Entre 1.975 y 1.978 se establecieron unidades mac (módulo de ampliación de coberturas) en más de 550 comunidades rurales y urbano marginales del país, con una cobertura superior al 30% de los 9.000.000 de habitantes hasta ese entonces desprotegidos de atención en salud.

A través de este sistema de promotoras de salud y auxiliares de enfermería, se brindaba atención primaria a la población rural y urbano marginada en programas de vacunación, primeros auxilios, atención prenatal, cuidados pediátricos y saneamiento ambiental. Mediante el sistema de referencia se establecía coordinación con el nivel superior de atención a las personas con signos y síntomas de enfermedad, para ser evacuados rápidamente al hospital según el nivel de atención que correspondía.

Para este gobierno fue importante trabajar con otros sectores para fortalecer los programas en salud. Dentro de estos programas intersectoriales se destacó la creación del plan nacional de alimentación y nutrición (pan), cuyo propósito fue el de mejorar el estado nutricional de las personas para aumentar así su promedio de vida mejorando su capacidad de trabajo y generando un incremento en la productividad de la población.



También se creó el programa de integración de servicios y participación comunitaria en zonas marginadas urbanas, que buscó la rehabilitación e incorporación real de los tugurios a la vida nacional, mediante acciones tales como planes de vivienda e instalación y organización de servicios públicos<sup>41</sup>.

Durante el gobierno del presidente julio cesar turbay ayala con su programa “plan de integración nacional (pin)” buscó extender la cobertura de los servicios de salud sobre la base de la atención primaria a las comunidades indígenas, buscando mejorar la calidad de los servicios básicos con la participación activa de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios, y con la capacitación de promotoras para brindar atención primaria.

El presidente belisario betancur cuartas, amplió la cobertura a los grupos de los trabajadores, personas de edad avanzada, los habitantes de las áreas afectadas por la subversión y enfrentamiento armado.

El presidente Virgilio Barco Vargas, buscó universalizar la cobertura de la atención primaria a través del control de los factores de riesgo, el acceso de todas las familias a los servicios de salud, así como también mejorar la calidad en la atención a los asalariados para elevar su productividad y bienestar físico, mediante la afiliación a la seguridad social y el cumplimiento de las normas en salud ocupacional.

#### φ **Area de atención al medio ambiente**

El desarrollo e industrialización, así como del aumento de las fumigaciones agrícolas y el vertimiento de desperdicios nocivos para la vida animal y vegetal en los ríos y mares, llevó

al gobierno a plantear una política que permitiera la conservación y mejoramiento del medio ambiente que fuera satisfactorio para la salud. Para llevar a cabo este programa se fortalecieron las funciones del instituto nacional de fomento municipal (insfopal) entidad financiera descentralizada que se encargó de coordinar, asesorar y a la vez tutelar a los organismos ejecutores de obras sanitarias a nivel departamental; aumentó su campo de acción no solo a la construcción de acueductos y alcantarillados, sino también a la conservación de fuentes de agua para consumo humano, mataderos, mercados públicos y aseo urbano.

Para el desarrollo de programas que propendieran por la protección del ambiente, se incluyó al instituto nacional de salud (ins), organismo que a través del saneamiento básico rural, orientó sus actividades a la investigación en salud y producción de biológicos y a la vez abasteció de agua y sistema de alcantarillado a los asentamientos rurales menores de 250 habitantes. También tuvo a su cargo el suministro de tazas sanitarias prefabricadas a hogares en zonas campesinas y a concentraciones escolares<sup>42</sup>.

Los siguientes gobiernos continuaron la política de cobertura, eficiencia y calidad de los servicios con énfasis en las acciones de saneamiento básico en el área urbana y rural, y la preservación y recuperación de los recursos hídricos y atmosféricos.

## **Infraestructura**

Al iniciar el gobierno del presidente Alfonso López Michelsen, el ministro de salud Haroldo Calvo Nuñez recibió para el año de 1.975 un presupuesto en ejecución de \$2.681 millones y otro ya elaborado por la anterior administración de \$2.818 millones, y además por concepto de creación de una nueva fuente financiera se agregó el impuesto a los licores del 35% que incrementó adicionalmente el presupuesto a \$390 millones.

Para la organización y desarrollo de la infraestructura del s.n.s se crearon mediante el decreto 526 de 1.975 los siguientes subsistemas: planeación, información, suministros, inversiones e investigaciones.

Las funciones de estos se refieren a continuación, a excepción del subsistema de planeación, al cual se ha hecho mención.

- Subsistema de información. Conjunto de unidades, recursos, normas y procesos que tenían como función captar datos básicos y transformarlos en información utilizable para la toma de decisiones. Este subsistema buscó contar con los datos permanentes y actualizados sobre la situación de salud de la comunidad y sus necesidades, para formular programas que condujeran a solucionar problemas y llevar a cabo la evaluación y control de las actividades intrasectoriales.
- Subsistema de suministros. Mediante el decreto 526 de 1.975, se reorganizó el manejo de los suministros en función del sistema, en cuya implementación se destacaron dos grandes actividades:
  - Elaboración del catálogo general, en el se identificaba y estandarizaba el uso de suministros necesarios y eficaces para el desarrollo de los servicios de salud.
  - Elaboración del manual de procedimientos administrativos, contenía las guías, normas y reglas operativas que deberían acatar todas las instituciones sectoriales, a efecto de estandarizar la programación, compra, almacenamiento, distribución, uso y control de los suministros.
- Subsistema de investigaciones. Estuvo dirigido a estimular y favorecer la investigación básica y aplicada en salud; a promover una coordinación intersectorial e intrasectorial; a establecer programas de investigación teniendo en cuenta los recursos y facilidades con que disponía, creando la dirección de investigación dentro del ministerio de salud.

- Subsistema de inversiones: puso en funcionamiento un sistema de mantenimiento de la infraestructura física del s.n.s, que incluyó la planta física, instalación y dotación de hospitales, centros y puestos de salud, laboratorios, acueductos, alcantarillado, mataderos, plazas de mercado y sistema de aseo, transporte y comunicaciones<sup>43</sup>.

El gobierno del presidente Julio Cesar Turbay Ayala, propuso desarrollar tecnología propia mediante el fortalecimiento de la investigación que permitiera definir las mejores alternativas de solución de los problemas de salud, con un óptimo aprovechamiento de los recursos y la tecnología apropiada.

El gobierno del presidente Virgilio Barco Vargas, reorganizó las finanzas del sector salud para lograr mayores recursos, oportunidades de utilización en el gasto a través del fortalecimiento de sus fuentes de financiación, el cobro por prestación de servicios y el control del gasto en todos los centros de atención.

En este gobierno se identificó la necesidad del reordenamiento organizacional, financiero y estratégico del sector de la salud, razón por la cual se aprobó la reorganización del s.n.s. el cual se convirtió en la ley 10 de 1.990.

## **Capacitación del personal**

El decreto 1867 del 2 de agosto de 1.970 del ministerio de salud, dictó disposiciones relacionadas con la aprobación y funcionamiento de programas docentes de capacitación de personal para la prestación de servicios de salud en los niveles técnico y auxiliar. Las estrategias dadas en este decreto continuaron siendo operativas durante todo el período en estudio para formar personal en el área de administración a diferentes niveles, para cumplir con el proceso de desarrollo administrativo del sistema; capacitando personal docente, tanto en el sector de las ciencias básicas como el de las ciencias clínicas en las universidades, a fin de formar multiplicadores que incluyeran cambios favorables en el área académica de ciencias de la salud.

Mediante el decreto 2184 del 15 de octubre de 1.976, se reglamentó la ley 87 de 1.946 que reglamentaba la profesión de enfermería, el citado decreto reglamentario definía el ejercicio de la profesión de enfermería normatizando quienes podían ejercer como: licenciados en enfermería, enfermero general, técnico de enfermería, auxiliar de enfermería, ayudante de enfermería y promotor de salud del sector oficial, especificando sus funciones, así mismo dictaba disposiciones sobre títulos, diplomas o certificados para ejercer la enfermería en el sector oficial o privado.

La aprobación de este decreto venía a llenar un vacío reglamentario de la ley 87 planteando estrategias para la organizar los cargos del personal de enfermería y dar funciones específicas a cada uno de los niveles de enfermería que existían en el país. La problemática existente afectaba la asignación de funciones al personal, los cargos de enfermería en el nivel profesional y la remuneración salarial. Así mismo se incentivaba a los profesionales de enfermería colombianos a ejercer cargos de dirección que en muchas ocasiones eran ocupados por profesionales extranjeros. La gestora de este proyecto fue la asociación nacional de enfermeras de Colombia liderada por su presidenta Josefina Perdomo Rivera<sup>44</sup>.

La puesta en marcha del consejo nacional de formación de recursos humanos, que entre sus funciones estaba la de coordinar los sectores de educación, salud, trabajo, contó con la participación de la asociación colombiana de facultades de medicina, creándose en este mismo año la comisión de integración docente asistencial.

Mediante el decreto 1210 de 1.978 se legisló sobre integración docente – asistencial, cuyo propósito era el establecimiento de una relación de trabajo entre una institución de enseñanza y una institución de servicios de salud; que se caracterizara por ser continua, prolongada y facilitadora para el personal docente y asistencial, con un común denominador: tener impacto sobre la situación de salud de una población. No se trataba de lograr objetivos específicos para el modelo docente o el modelo asistencial<sup>45</sup>.

El servicio social obligatorio en enfermería creado por el ministerio de salud, resolución 02050 de 1.977, tuvo para el gobierno un doble objetivo, ampliar las coberturas con profesionales de enfermería en ciudades intermedias, poblaciones pequeñas y en determinadas áreas rurales del país y dar oportunidad de trabajo a los profesionales de enfermería egresados de las escuelas y facultades de enfermería que aumentaron en el país en la década de los 70 a los 80's, como respuesta a las recomendaciones del macrodiagnóstico de enfermería de 1.972. Si bien se alcanzaron estos objetivos las instituciones de salud tomaron a este personal como mano de obra barata, con grandes exigencias de dedicación laboral mas allá de las posibilidades humanas de capacidad de trabajo de la persona.

El servicio social obligatorio al ser anual su cumplimiento de prestación de servicio, no aseguraba la continuidad de las políticas, planes y proyectos de las instituciones.

Lo expuesto anteriormente, revela en la teoría, una coherencia entre las políticas de los gobiernos de los presidentes y de sus ministros de salud, así mismo una continuidad en los principios filosóficos de estas políticas observándose únicamente cambios en las estrategias para implementar las políticas.

Los contenidos de los archivos revisados explicitan la bondad de las políticas y las realizaciones, si bien aducen la problemática del estado de salud de las poblaciones y de los sistemas de servicios de salud, no revelan las dificultades encontradas en la solución de esta problemática, así como tampoco el impacto de la situación de salud de las poblaciones y en la organización de los servicios de salud.

## **ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN BOYACÁ**

***II. IDENTIFICAR A PARTIR DE LOS PROGRAMAS LA  
ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN BOYACÁ  
POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.***

## 1. Boyaca y su historia

Con el fin de contextualizar la adaptación de las políticas de salud en el departamento de boyacá, se hace una referencia a los aspectos históricos, geográficos y socio culturales de esta región de país.

El nombre de boyacá proviene de la lengua chibcha **boy** que quiere decir manta, y **cá**, lugar, cercado, región o vallado. Por consiguiente boyacá significa “región de mantas o cercado del cacique, fortaleza o mansión regía del soberano indígena”.

Una vez constituida la república de Colombia, el congreso de Cúcuta con la constitución política de 1.821 creó el estado de boyacá, que estuvo integrado por las provincias de Tunja, tundama, casanare y los cantones de Chiquinquirá y Vélez. Luego con la constitución política de 1.886 el estado de boyacá cambia de denominación a departamento de boyacá, el cual se dividió en provincias y estas a su vez en municipios<sup>46</sup>.

Los gobernadores de boyacá eran elegidos directamente por el presidente de la república y estos a su vez elegían a los alcaldes municipales. A partir del gobierno del presidente Belisario betancurt c. (1.982 – 1.986), se comenzaron a elegir los gobernadores y alcaldes de cada uno de los municipios del país a través del voto popular.

Este departamento durante el período en estudio contaba con 115 municipios, con su capital Tunja. Al iniciar el período en estudio la población total era de 1.044.651 y al finalizar 1.315.579 habitantes<sup>47</sup>.

En boyacá por muchos años se prolongó la crisis social de la violencia por discrepancias políticas, así como también por la violencia proveniente de la economía ilegal de la zona



esmeraldífera, en alianza con el narcotráfico.

En el departamento quedan muy pocas expresiones artísticas muiscas, como objetos en cerámica, cestería, tejidos y orfebrería, distribuidos en algunas localidades del departamento. Con el arte colonial aparecieron las tallas ornamentales, pinturas de caballete y nuevos objetos de orfebrería, platería y bordado.

El músico boyacense se ha caracterizado por interpretar bambucos, pasillos y torbellinos al son del merengue guasca, que inventaron los campesinos boyacenses<sup>48</sup>.

La actividad económica más importante de boyacá eran la agricultura y la ganadería, principalmente el ganado vacuno; además contaba con grandes recursos minerales que le asignaron potencialidad minera con la explotación del carbón, hierro y calizas. Apartir de 1.948 comenzaron a funcionar empresas como acerías paz del río y la industria siderúrgica y de cemento<sup>49</sup>.

Los 16 gobernadores del período en estudio (anexo n° 4) a través de los jefes del servicio seccional de salud adaptaron las políticas de salud planteadas a nivel nacional, para hacer operativo en el departamento la organización y funcionamiento del s.n.s., los planes y los programas emanados de este.

Frente a los servicios seccionales de salud del país, boyacá había ganado experiencia en la centralización política y descentralización administrativa, principio fundamental del s.n.s., puesto que desde 1.958<sup>50</sup> se había tomado este departamento como plan piloto para experimentar el sistema nacional de salud; cuando se dictaron los decretos y acuerdos de 1.974, en boyacá solamente se hicieron los ajustes al plan piloto.

## **2. Situación de salud de boyacá**

Se organiza y sistematiza la información obtenida bajo los mismos elementos del anterior capítulo; la situación de salud, que comprende para este estudio: el estado de salud de la población y el sistema de servicios de salud. Esta información se obtuvo de los archivos de la secretaría de salud de boyacá en los anuarios estadísticos de 1.975 – 1.989, sección de información y estadística.

### **Estado de salud**

Para 1.974 la población según el dane era de 1.044.651 habitantes, cuya pirámide poblacional mostraba una población relativamente joven, predominaba los grupos de población menor de 15 años.

Con relación a la morbi – mortalidad, entre 1.974 y 1.977 se encontró que las cinco primeras causas de morbilidad por egresos hospitalarios fueron en su orden: 1. Embarazo, parto y puerperio normal; 2. Accidentes, violencias e intoxicaciones; 3. Bronconeumonía no especificada; 4. Enfermedad diarreica e infecciones intestinales y 5. Enfermedades del aparato genitourinario. Las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos se presentaron simultáneamente como primeras causas de morbilidad por consulta externa en la población adulta, durante este período<sup>51</sup>.

Se tiene así una morbilidad que indica condiciones de vida en el medio ambiente deficiente en agua potable, recolección de desechos sólidos y líquidos, vivienda domiciliaria y contaminación atmosférica, que determina las enfermedades infecciosas. El hecho de que la violencia ocupe el segundo lugar en una región del país que no había presentado situaciones de guerrilla se atribuye a la ingestión de licor, a la mala práctica ocupacional en las labranzas, y a la falta de precaución en la conducción de automotores.

En la población adulta la morbilidad cardiovascular se atribuye a malos hábitos en la alimentación, alta en grasas y carbohidratos, a la falta de ejercicio y a factores hereditarios. Los tumores malignos de mayor incidencia son los gástricos a causa de los hábitos alimenticios referidos y al alcohol.

Las primeras causas de mortalidad de la población muestran una relación significativa con las causas de morbilidad, entre las cuales están en los menores de 15 años las enfermedades diarreicas y la bronconeumonía no especificada. Las enfermedades sintomáticas del corazón, los accidentes, la violencia, las intoxicaciones y los eventos cerebrovasculares agudos, se presentaron en los grupos de población adulta.

Entre 1.982 y 1.985 se observa que las primeras causas de morbilidad por egresos hospitalarios continúan siendo similares a los años anteriores, encontrándose únicamente un aumento en el número de casos lo cual se relaciona más con el aumento de la población que con un cambio en las condiciones de vida y de educación. En la misma época, entre las causas de mortalidad en el adulto se encontró un alto índice por enfermedades cardiovasculares tales como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, disrritmias e infarto agudo de miocardio, evento cerebrovascular mal definido y otras causas de mortalidad por bronconeumonía, infección intestinal y trastornos en la gestación. Al finalizar el período en estudio, en el año 1.989, las primeras causas de morbilidad continuaron siendo similares a los años anteriores, mostrando una disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares<sup>52</sup>.

Los boletines epidemiológicos y los anuarios estadísticos del departamento, mencionan específicamente el comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis y la blenorragía, que mostraban una correlación con las primeras causas de morbi – mortalidad a nivel nacional, y a su vez una relación con los factores predisponentes que

existían a nivel nacional, ya que las condiciones de vida y los patrones culturales de la población colombiana, no variaron significativamente de los del departamento.

Entre 1.971 y 1.980 se encuentra la mayor incidencia de esta morbilidad en las poblaciones de muzo, puerto boyacá, guateque, Tunja, miraflores y Duitama con una distribución porcentual mayor en las mujeres, 84%; frente a los hombres 16%. La incidencia en el número de casos coincidía con la edad reproductiva de la mujer (15 a 45 años). Los factores predisponentes estaban relacionados con la industrialización, la explotación de minas y petróleo, la urbanización, el alto incremento en los medios de comunicación y transporte, en el territorio geográfico boyacense del Magdalena Medio por el narcotráfico y el paramilitarismo.

Las estadísticas presentan únicamente los casos de notificación obligatoria de enfermedades de transmisión sexual, de las trabajadoras sexuales que acudían a la consulta externa de los organismos de salud oficiales; las demás personas con esta morbilidad acudían a médicos particulares o a farmaceutas; por lo cual no, se registró en el sistema de información de salud y no permitió una real estadística de morbilidad por esta causa<sup>53</sup>.

Entre 1.975 y 1.980 se presentaron casos de polio, tuberculosis, difteria, sarampión y tétanos con mayor incidencia en la población menor de cinco años, lo cual disminuyó debido al programa de inmunización a través de campañas programadas a nivel nacional; observándose una reducción significativa de la morbi mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles<sup>54</sup>.

## **Sistema de servicios de salud**

- **Recurso humano**

En este se menciona específicamente el recurso de enfermería. El personal profesional (licenciadas y enfermeras generales) y el auxiliar de enfermería del cual disponía boyacá en 1.974 era de 34 enfermeras, 330 auxiliares, 340 ayudantes de enfermería y 225 promotoras rurales de salud. Entre 1.977 y 1.989 este personal se incrementó en un 75%<sup>55</sup>.

Cuando se implantó el sistema nacional de salud en el año 1.975, el servicio seccional de salud creó el cargo de jefe de sección de enfermería con funciones específicas de coordinación y asesoría de los proyectos, planes y programas de enfermería en el departamento. Ocupó este cargo la enfermera salubrista gloria mayorga de bonilla. Así mismo en las secciones materno – infantil y de programas médicos especiales, se nombró una enfermera en cada uno de ellos para coordinar y asesorar los programas en lo relacionado a enfermería.

Se creó como organización autónoma y a iniciativa de enfermería, un comité técnico departamental de enfermería, integrado por las enfermeras jefes del departamento de enfermería y las enfermeras jefe de los servicios ambulatorios de cada una de las unidades regionales y la directora de la escuela de auxiliares de enfermería de Tunja.

Este comité sesionaba mensualmente para:

- Capacitar las enfermeras en la ejecución de los programas emanados de las políticas de salud.
- Evaluar los programas en lo referente a cobertura, rendimiento y concentración. Para lo

cual se tenía como referencia los condensados mensuales de la ejecución de los programas.

- Acordar criterios para la organización del departamento de enfermería en las unidades regionales y locales la coordinación de enfermería en el área de su cobertura.
- Retroalimentar la formación de auxiliares a través de las experiencias que se socializaban en estos comités<sup>56</sup>.

- **Organización de las unidades regionales de salud de boyacá**

El servicio seccional de salud de boyacá dependía directamente del ministerio de salud, su estructura administrativa se organizaba a partir de una junta seccional de salud (figura n° 6). El jefe de la seccional era nombrado directamente por el ministro de salud de una terna presentada por el gobernador del departamento. Del jefe del servicio seccional de salud dependía el coordinador técnico, sus funciones de acuerdo a la naturaleza de su cargo eran netamente orientadas a coordinar la salud del departamento, por lo tanto no se implicaba en funciones administrativas, ni de nombramiento y manejo de personal.

La estructura tenía la misma organización que el nivel nacional, con las tres áreas de atención; a la cabeza de cada una de ellas estaba un jefe de división. Las diferentes secciones y grupos, de acuerdo a la naturaleza de los mismos, se organizaban en cada área. Para efectos de coordinación y asesoría cada área tenía un comité técnico integrado por personas de la disciplina respectiva.

La estructura administrativa del servicio era lineal y de dependencias jerárquica. Para la coordinación, asesoría y toma de decisiones en salud existía el comité técnico, la junta coordinadora del servicio; los consejos de: vigilancia y control, adiestramiento y formación de personal; y un organismo para vigilancia y control epidemiológico.

Para las situaciones de orden laboral, aspectos legales de los convenios y jurídicos de la administración del servicio, existía una oficina de asesoría jurídica.

Las áreas programáticas y la regionalización de los servicios en el departamento durante todo el período en estudio se organizaron en la forma siguiente:

Del servicio seccional de salud dependían las unidades regionales de Tunja, Duitama, Sogamoso, soatá, garagoa, Chiquinquirá, guateque, puerto boyacá y moniquirá. A la cabeza de esta estaba el hospital regional que se caracterizaba por ser un hospital de tecnología de tercer nivel con servicios de especialidades en medicina, cirugía, pediatría, ginecoobstetricia y medios diagnósticos.

El nivel regional asesoraba y coordinaba el nivel local, encabezado por un hospital local. Existieron dos tipos de niveles locales: el nivel local “a” y el “b” siendo más completo el nivel “b”, que ofrecía servicios de cirugía menor y medios diagnósticos y de tratamiento.

Se denominó nivel rural, el de los centros de salud con servicios médicos permanentes; y puesto de salud con recurso permanente de auxiliar de enfermería y servicio médico programado<sup>57</sup>.

Esta forma de organización administrativa tenía como principio la política del s.n.s. de centralización normativa y descentralización administrativa, en forma tal que el director del organismo que representaba un nivel tenía funciones de coordinación y asesoría en lo relacionado a los proyectos y planes específicos para implementar las políticas y programas en salud; mas nó en lo relacionado con administración de personal, manejo presupuestal y administración específica del organismo, es decir se ejercía una autonomía administrativa en el nivel.

En el cuadro n° 1 se muestran las nueve unidades regionales del departamento con sus respectivas unidades locales, centros y puestos de salud que caracterizaron la regionalización durante todo el período en estudio.

### **3. Daptación de las políticas**

El nivel seccional tenía como función primordial la adaptación de las políticas de salud en los departamentos de acuerdo a las condiciones culturales, socioeconómicas y a los recursos. Las políticas de salud se hacen operativas en los programas de atención a las personas y al medio, y en la organización de una infraestructura administrativa, esto requiere una planeación y programación con criterios y normas específicos.

#### **Planificación de la salud.**

La planeación en salud hasta finales de la década del 70 se orientó por el método cendes – ops. A partir de la década del 80 se inició una planeación por programas, con base en perfiles epidemiológicos, grupos humanos más vulnerables y expectativa de vida de la población. Se desarrollaron los programas materno – infantil, de tuberculosis, lepra y dengue, salud oral e inmunizaciones. Los programas para la población ocupacional y de ancianos y los de salud mental se implantaron hasta finales del período en estudio. El programa de nutrición se manejo dentro del programa materno – infantil, por lo tanto la cobertura fue específica para este grupo de población.



## **Ampliación de coberturas.**

Si bien los perfiles epidemiológicos de las poblaciones y los grupos vulnerables requerían mayores acciones para mejorar los niveles de salud, no se logró una planeación y ejecución acorde, por cuanto los recursos materiales, financieros y humanos no siempre correspondieron a las demandas en salud de la población.

El s.n.s. tenía como criterio que el estado a través del servicio seccional de salud debía cubrir el 80% de la población, los sistemas de seguridad social el 13% y el 7% restante se dejaba a la atención privada.

En boyacá la distribución porcentual por niveles de atención médica en el año 1.977 y para el resto del período en estudio se normatizo como se ilustra en la figura n° 7. Este esquema permitió procesualmente hacer operativas las políticas de alma atha; que adopto el país y el departamento<sup>58</sup>.

De las diferentes disciplinas que hacían operativos los programas, enfermería lideró y ejecutó los referentes a la atención primaria y a la participación de la comunidad. Se inició la ampliación de coberturas por personal profesional de enfermería a través de las enfermeras en servicio social obligatorio. A pesar del dinamismo y creatividad de estas jóvenes profesionales se presentaron limitaciones de:continuidad en los objetivos de atención por cuanto estas personas eran removidas de sus cargos anualmente; falta de experiencia en la administración de los programas y de los departamentos de enfermería; prestación del servicio por la variedad de preparación académica de las enfermeras rurales, por cuanto los enfoques curriculares de unas unidades docentes eran netamente clínicos y otros con énfasis en administración o en trabajo con comunidades.

Con el objeto de evitar riesgos en las prácticas de salud por agentes como las comadronas, los yerbateros, los curanderos, se inició una política de acercamiento e intercambio de

saberes entre enfermería y estas personas, y se propendió por un trabajo conjunto con las promotoras de salud.

Las condiciones de vida de una población determinan el estado de salud y los perfiles epidemiológicos de la misma. Una de las políticas de salud fue la ampliación de coberturas con agua potable, y protección del ambiente con una adecuada recolección y tratamiento de desechos líquidos y sólidos, higiene de los mataderos y plazas de mercado, y control ambiental en el llamado anillo industrial – paipa, duitama, sogamoso y nobsa.

El informe estadístico del anuario de 1.985 muestra que los problemas de saneamiento ambiental eran una de las causas de morbilidad del departamento, como las parasitosis intestinales, las infecciones respiratorias, amibiasis y bronconeumonía. En este año se demostró estadísticamente que el 80% de los municipios del departamento consumían agua de mala calidad y sólo el 7% de los acueductos municipales contaba con una planta de tratamiento de aguas<sup>59</sup>.

En los centros y puestos de salud que tenían como influencia las áreas rurales, enfermería trabajó en coordinación con los promotores de saneamiento ambiental, sin embargo la movilidad de estos funcionarios y la amplia cobertura de organismos limitaban este trabajo conjunto.

## **Infraestructura**

Como boyacá había sido tomado como plan piloto para la implantación del sistema de salud, al legalizarse éste para el país en 1.974, los sistemas de financiamiento para las instituciones inscritas al fondo nacional hospitalario, continuaron recibiendo los aporte a

través de la nación, el departamento y la beneficencia<sup>60</sup>. Los recursos propios se obtenían mediante la venta de servicios.

El fondo nacional hospitalario fue el encargado de la construcción, remodelación y dotación de las instituciones de salud; los proyectos y los recursos se canalizaron a través de la sección de construcción y mantenimiento hospitalario.

## **Capacitación**

El establecimiento del s.n.s. exigió que los funcionarios implicados en su funcionamiento se les capacitara para hacer operativa las políticas y los planes en la parte administrativa, manejo de programas y administración de recursos entre otros.

Los programas ya mencionados emanados de las políticas periódicamente se adaptaban, experimentaba y evaluaban, lo cual exigía una constante capacitación de los funcionarios. Enfermería se implicó en este proceso con una continua capacitación, la cual se daba mediante cursos de educación no formal por: la escuela de auxiliares de enfermería, ministerio de salud, y el departamento de educación continua de las universidades javeriana y nacional.

De lo expuesto sobre la adaptación de las políticas en boyacá se concluye: en los archivos de la secretaría de salud no se encontraron documentos escritos que expresaran criterios propios del servicio seccional de salud para adaptar las políticas, los funcionarios entrevistados no recuerdan haber elaborado estos criterios específicos para boyacá de acuerdo a las situaciones socioculturales, geográficas y de recurso humano e infraestructura de apoyo.

Las estrategias planteadas en las políticas para los diferentes programas las daba el ministerio para los diferentes organismos de salud del país. Boyacá las adapto bajo los mismos criterios de cobertura, concentración y rendimiento y otros exigidas a nivel nacional. Si bien esto denota interés en la ejecución, permite percibir que no se innovaba, como tampoco se ejercitaba la autonomía para tomar decisiones y ejecutar acciones específicas de acuerdo a los contextos a la naturaleza de la profesión y a la del cuidado.

### **ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.**

#### **III. IDENTIFICAR A PARTIR DE LOS PROGRAMAS LA ADAPTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA POR EL PERONAL DE ENFERMERÍA.**

##### **1. Reseña historica hospital san rafael.**

George rosen, al hablar de un hospital y su sociología histórica como institución comunitaria; anote que el hospital del siglo xvi al siglo xix tenía como objetivos fundamentales la preservación del orden social al preocuparse por los enfermos y los necesitados. Su función básica era la atención médica como expresión de caridad cristiana; progresivamente los laicos se implicaron en la organización de los hospitales a partir de los monasterios<sup>61</sup>, teniendo como financiación las donaciones, los fondos públicos y privados, lo cual exigió normas de manejo de estos recursos<sup>62</sup>.

El hospital europeo que tendió a secularizarse a partir de las abadías y los monasterios como consecuencia de la reforma; en países como Francia, España e Italia, se transformó en instituciones alrededor de las cuales se establecieron grandes ordenes hospitalarias y de enfermería<sup>63</sup>.

Este modelo de hospital con una concepción, intencionalidad, organización y fuentes de financiación a partir de los principios de la iglesia católica, fue el que se implantó en el hospital de Tunja que había sido creado en 1.560, como una institución sanitaria, para españoles pobres e indígenas que buscaban la caridad cristiana<sup>64</sup>.

Fue la orden hospitalaria de los hermanos de san Juan de dios quienes se encargaron de esta institución, que se denominó convento hospital san Juan de dios, y que funcionó en una casa bajo la jurisdicción de la parroquia de santa

Bárbara. En 1.877 se traslado al noviciado de los padres jesuitas, que en la actualidad corresponde a la iglesia san Ignacio, sala de conciertos del departamento de boyacá. En 1.835 continuó su funcionamiento en el convento de los padres agustinos calzados, en donde hoy se encuentra el claustro de san Agustín, la biblioteca Patiño rosseli y el archivo regional de boyacá.

Con la expropiación de los bienes de la iglesia por el gobierno y la expulsión de algunas comunidades religiosas del país, en el año 1.860 el hospital pasó a grupos beneficos de la iglesia y se trasladó al convento de las monjas claritas, porque el convento de los agustinos se destino como cuartel general de las fuerzas del gobierno durante la guerra civil.

En 1.884 gracias a la gestión de las hermanas de la caridad dominicas de la presentación, que llegaron en este año a la ciudad de Tunja, se logró una reorganización de esta

institución y fue reconocido como hospital, con el nombre de “hospital san rafael”<sup>65</sup>.

En 1.920 aun se encontraba ubicado en el convento de santa clara, “el edificio se hallaba casi en ruinas y carecía por completo de higiene... Contaba solamente con un pequeño botiquín de urgencia: el hospital estaba atendido por dos hermanas de la caridad que no recibían remuneración... No había médico oficial”<sup>66</sup>, ante esta falta de recursos la asamblea de boyacá mediante ordenanza, entregó la dirección y administración al obispo de Tunja, monseñor eduardo Maldonado calvo. En 1.944 el hospital pasó nuevamente a manos del estado, ya que el gobierno departamental asumió como un deber el sostenimiento de esta institución.

En 1.952 el hospital se trasladó a la calle 24 con carrera 6°, al edificio inaugurado por el presidente Roberto urdaneta arvelaez, en este funcionó hasta 1.991<sup>67</sup>.

A inicios de la década del 60, el entonces director del hospital, dr. Mario supelano ospina, realizó la departamentalización de los diferentes servicios que prestaba la institución, organizando los departamentos básicos de medicina interna, quirúrgicas, pediatría, gineco – obtetricia y consulta externa.

En enero de 1.975 dando cumplimiento al decreto ley n° 056 que reglamenta las entidades adscritas al ministerio de salud, el hospital se convirtió en entidad de asistencia pública, siendo además centro de formación de personal médico y paramédico y de investigación, permitiendo el desarrollo de la política referente a la integración docente asistencial.

## **2. Departamento de enfermería**

La hna. Rosa delia suárez (hna. María del niño Jesús), en 1.963, conjuntamente con el Dr. Mario supelano ospina, organizó el departamento de enfermería de esta institución. Las funciones específicas se orientaron a la administración del cuidado, la administración del personal y a asegurar una infraestructura de apoyo para dar un cuidado de enfermería de calidad de acuerdo a las políticas de salud; siendo autónomo en el cuidado y líder en la organización dentro del hospital<sup>68</sup>.

Durante el período en estudio las enfermeras jefes del departamento de enfermería fueron:

- Hna. María de Jesús sarmiento (1.974 – 1.980)
- Hna. Cecilia de los dolores moreno fajardo (1.980 - 1.983)
- Hna. Matilde Álvarez esclava (1.983 hasta final del período en estudio).
- Fueron los directores del hospital san rafael durante el mismo período, los médicos que se refiere en el anexo n° 5.

### **3. Adaptaciones de las políticas de salud en el hospital por el personal de enfermería.**

La enfermería es “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de acción son las personas, la familia y la comunidad, con sus características socio – culturales, las necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y bienestar”<sup>69</sup>; esta función le da identidad y la distingue del resto de las profesiones que trabajan en el campo de ciencias de la salud. Para ejercer la enfermería, el departamento desarrollo funciones de cuidado, docentes y de administración; guiada por principios humanitarios y éticos, y con la finalidad de fomentar la salud en todos los sentidos.

Para identificar cómo se adaptaron las políticas en salud en el hospital, se organiza la información bajo las funciones que corresponden al nivel operativo del hospital regional en

donde se ejecutan las políticas.

El departamento de enfermería dependía directamente de la dirección del hospital y sus funciones de administración y cuidado se orientaban al área de hospitalización y área de servicios ambulatorios<sup>70</sup>.

### **Servicios ambulatorios**

El s.n.s. nominaba servicios ambulatorios los correspondientes a los servicios de urgencias y consulta externa, sin embargo en el hospital las urgencias se administraron como dependencia de los servicios de hospitalización.

a continuación se sistematiza la información que corresponde a la adaptación de las políticas en los servicios de consulta externa.

La ejecución de los programas obedeció a un sistema de planeación con el objeto de lograr la cobertura, concentración y rendimiento en salud para la población. El s.n.s. continuó con el método de planificación cendes / ops . A partir de 1.985 se empezó a programar con base a diagnósticos de la población específica, sobre la cual se iban a ejecutar las acciones en salud a través de los programas. En este diagnóstico se tenían en cuenta las 10 primeras causas de morbi – mortalidad, los años de vida perdidos, las enfermedades de notificación obligatoria y morbilidad por egresos hospitalarios. Con estos indicadores se detectaban los 10 problemas prioritarios para los cuales se planteaban alternativas de solución, orientadas a minimizar los factores de riesgo, de acuerdo a las políticas de salud, teniendo en cuenta el recurso humano, sus horas laborales y la disponibilidad presupuestal.

Esta programación que venía siendo independiente para cada disciplina: enfermería, medicina, odontología y saneamiento ambiental, a partir del nuevo modelo de programación en 1.985 se constituyó en una función interdisciplinaria, sin embargo las actividades concretas de los programas se delegaban a cada profesión.



Con relación a enfermería, la enfermera jefe de consulta externa lideraba la programación para los servicios ambulatorios de toda la regional, siempre en equipo con las enfermeras de los hospitales locales, teniendo en cuenta la necesidad de asesoría, así como su experiencia.

Los programas que en los servicios ambulatorios se desarrollaron fueron: el materno – infantil en las áreas de control prenatal, control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, y los de control de enfermedades de transmisión sexual, tbc, lepra y nutrición.

En el programa materno – infantil; el control prenatal se hacía a las usuarias de la consulta externa, enfermería colaboraba al control médico con actividades de educación en salud. Los riesgos prenatales bajo, mediano y alto eran atendidos por medicina.

El control de crecimiento y desarrollo lo realizaba enfermería bajo los indicadores de concentración, rendimiento y cobertura propuestos por las políticas nacionales. Cuando el niño presentaba algún retardo en el crecimiento y desarrollo o una patología, era remitido al médico.

Los hogares con mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, eran los usuarios del programa de nutrición, que consistía básicamente en suministrar la bienestarina a las personas que asistían a una charla educativa dada por la nutricionista o por un auxiliar de enfermería; colaboraban en este programa las damas rosadas.

En el programa de inmunizaciones además de la atención a la demanda en la consulta externa, se realizaban campañas de vacunación planeadas a nivel nacional. Por la adecuada operatividad en el departamento de estas campañas, de una cobertura del 30% en la población en 1.980, se llegó a una de 85%, al final del período en estudio.

Para el programa de control de las enfermedades de transmisión sexual, se destinó un consultorio en la planta física de la consulta externa, con un horario que facilitaba la asistencia de las trabajadoras sexuales a quienes estaba destinado el programa. Las actividades específicas de enfermería se orientaban a la toma de frotis de flujo vaginal y de la citología vaginal. Según el estado de salud de la persona, el médico daba el tratamiento, el cual era gratuito. La educación para la salud a nivel personal y en sesiones educativas para las usuarias, constituía una de las funciones de enfermería con este grupo de población.

Para el programa de tbc, se asignó una auxiliar de enfermería, quien realizaba las actividades bajo la supervisión de la enfermera y del médico asignado para este programa. La consulta a los enfermos de tbc se realizaba los jueves en la mañana, el tratamiento de los pacientes era administrado y/o supervisado por la auxiliar de enfermería. Hacia parte de sus funciones la detección de posibles contagios y la captación de los inasistentes a los controles o a recibir el medicamento.

El programa de lepra lo manejó directamente el servicio seccional de salud a través del médico destinado a este programa, sus funciones de consulta y tratamiento las ejercía en la consulta externa del hospital, en un día específico. Los promotores de saneamiento ambiental eran quienes hacían el seguimiento a estos pacientes y les llevaban el tratamiento a sus domicilios.

Los perfiles epidemiológicos de una población están determinados por las condiciones de vida. Aquellos factores de riesgo que inciden en estas: agua, desechos sólidos y líquidos, control medio ambiente, zoonosis eran controlados por saneamiento ambiental. Con enfermería se establecieron estrategias de notificación de casos y situaciones de riesgo para realizar un trabajo conjunto.

A la enfermera de la consulta externa del hospital regional de tunja, le correspondía la supervisión y evaluación del personal de enfermería de la regional y en las diferentes instituciones (hospitales locales, centros y puestos de salud) en lo referente al cumplimiento de los programas de atención a las personas.

### **Servicios de hospitalización<sup>71</sup>**

La enfermera jefe del departamento de enfermería del hospital regional san rafael, era la jefe de los servicios de enfermería de toda la regional, en lo relacionado con los aspectos de la naturaleza de enfermería. Para hacer operativa esta administración delegaba los cuidados ambulatorios a la enfermera jefe de consulta externa, asumiendo ella el cuidado de los pacientes hospitalizados, conservando la autoridad en enfermería para toda la regional, función que ejercía mediante visitas de supervisión y evaluación y la revisión de los informes estadísticos y cualitativos de los diferentes organismos de la regional.

Según las funciones de la jefe del departamento de enfermería en los servicios de hospitalización y para su análisis, en la presente investigación se sistematizan así:

- El cuidado de enfermería
- Infraestructura de apoyo para dar el cuidado
- Administración del personal
- Relaciones interdepartamentales

Estas funciones se ejercían de acuerdo a los criterios y normas de la institución, a la iniciativa y creatividad de la jefe del departamento, a la experiencia y a la autoformación de la persona que ocupaba el cargo. No se encontró en el nivel nacional, ministerio de salud, políticas o informes que pudieran revelar la existencia de una política para

enfermería en el área de hospitalización.

En el **cuidado de enfermería** las profesionales de enfermería tenían la función de planear y dirigir el cuidado de acuerdo al manual de funciones del departamento de enfermería, a la especialidad médica y a la situación clínica de los pacientes.

El cuidado era dado por el personal auxiliar de enfermería y por los estudiantes de enfermería de la universidad pedagógica y tecnológica de Colombia y de la escuela de auxiliares, en base a una planeación que se consignaba en el kardex<sup>72</sup>. Esta planeación se basaba en el diagnóstico médico.

A partir de 1.984 la escuela de enfermería de la UPTC asumió el proceso de enfermería, como un instrumento metodológico para organizar el cuidado, empezaron así a surgir los diagnósticos de enfermería, tomados de la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería (nanda)<sup>73</sup>. El cuidado basado en el proceso de enfermería era dado únicamente por los estudiantes de la escuela de enfermería de la UPTC, sin ninguna estrategia de integración docente asistencial.

En 1.985 el hospital y la uptc asumieron ser núcleo del convenio anec – cna<sup>74</sup>, el cuidado de enfermería era una de las tres áreas del convenio, que se proponía el estudio de la naturaleza, filosofía, teorías y modelos conceptuales de enfermería.

En el servicio de quirúrgicas del hospital se aplicó la teoría de autocuidado de dorothea orem, experiencia<sup>75</sup> que fue asumida por docentes, estudiantes y personal de este servicio, el proceso y los resultados de los grupos núcleos de ambos países, se socializaron en el congreso nacional de enfermeras en cali en 1.988 y en la ciudad de Toronto, Canadá<sup>76</sup>. Esta

experiencia no trascendió al resto del hospital, ni hubo continuidad de la misma.

Se tiene durante el período en estudio en los servicios de hospitalización un cuidado de enfermería procedimental, dado por las auxiliares de enfermería y los estudiantes de nivel vocacional, y un cuidado de enfermería que propendió por una autonomía y conocimiento propio de la naturaleza de la profesión, dado por los estudiantes de la uptc.

Correspondía a la jefe del departamento de enfermería asegurar una **infraestructura de apoyo** con la dotación de materiales y equipos en los servicios para dar el cuidado de enfermería, función que delegaba a las enfermeras jefes de las unidades, quienes debían hacer los pedidos y responder por los inventarios, así como del mantenimiento de la planta física.

En la **administración del personal**, el ciclo de contratación<sup>77</sup>, supervisión y evaluación del personal le correspondía a la jefe del departamento de enfermería, basada en las normas propias del departamento y las normas de administración de personal del hospital; siempre en coordinación con el director del hospital y con el asistente administrativo. La enfermera jefe del departamento tenía autonomía para seleccionar el personal profesional y auxiliar.

Los criterios para dotación de personal en calidad y cantidad de acuerdo al nivel de complejidad de los servicios, eran dados por el ministerio de salud con base a las horas de trabajo por persona; para las instituciones oficiales, 2.000 horas de trabajo al año.

El reglamento interno, consignado en el manual del departamento de enfermería determinaba las normas para administrar el personal. La planeación de horarios de trabajo y vacaciones estaba centralizado en el departamento; los demás aspectos laborales como licencias, permisos y comisiones, las concedía el nominador del cargo, director del hospital,

siempre con el visto bueno de la jefe del departamento de enfermería.

Si bien estas funciones de administración de personal no pertenecen a la naturaleza de enfermería, si aseguraban una autonomía en el manejo de personal, lo cual permitía un ambiente propicio para el cuidado.

**Relaciones interdepartamentales.** El cuidado de enfermería que operacionaliza la función social de la enfermera, hace parte del cuidado de la salud, misión del hospital; en este cuidado de salud intervenían las diferentes disciplinas que se organizaban por departamentos: medicina con sus diferentes especialidades, odontología, nutrición, trabajo social, laboratorio clínico, medios diagnósticos, urgencias y consulta externa. A través de la jefe del departamento y de las enfermeras jefes de los diferentes servicios, se mantenía una coordinación que aseguraba el cuidado de la salud, el cuidado de enfermería y la continuidad de los mismos.

La integración docente asistencial, decretado por el acuerdo 1210 de 1.978, buscó una articulación docente asistencial, entre los principios teóricos de la academia y el trabajo con las comunidades o en las instituciones de salud, de acuerdo a las necesidades de la población; fundamentadas, en el paradigma del proceso salud – enfermedad, considerado este como la interacción de factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales de las comunidades y de los servicios de salud<sup>78</sup>.

La integración docente asistencial según el decreto citado buscó que la asistencia, docencia e investigación trabajaran en forma coherente dentro de unas relaciones sistemáticas establecidas con principios y normas muy sólidas con un fin común, el mejoramiento de la salud de una comunidad específica.

Esta integración docente asistencial se ubica en esta parte de la investigación por cuanto se relaciona con las diferentes disciplinas de salud, la lideraron especialmente la directora del departamento de enfermería del hospital y la decana de la facultad de ciencias de la salud de la u.p.t.c., quien ejercía también la dirección de la escuela de enfermería.

Si bien los estudiantes en sus experiencias en los servicios ambulatorios desarrollaban los programas de salud que tenían las instituciones e implementaban otros por su iniciativa y creatividad, estos no tenían continuidad en las instituciones y obedecían más a situaciones de salud de la población en coyunturas específicas y a los objetivos académicos de los estudiantes y los objetivos teórico – prácticos del área del conocimiento en la cual realizaban su práctica. Cuando los estudiantes realizaron prácticas en las instituciones de salud de Bogotá el objetivo académico fue el prioritario.

No se encontraron en los archivos, ni en la información por el testimonio oral, una evaluación real sobre el impacto del trabajo de los estudiantes en las condiciones de salud de la población; en la administración y en el cuidado de enfermería.

Como estrategia para asegurar mecanismos de integración docente asistencial, se creó en el año 1.983 el comité de integración docente asistencial, constituido por profesionales de medicina y enfermería docentes y asistenciales, el cual funcionó durante todo el período en estudio. Las funciones del comité se orientaron a establecer criterios y estrategias de coordinación y cooperación para facilitar las prácticas, evaluarlas y establecer medidas correctivas a las fallas existentes.

Con el propósito de analizar sobre la naturaleza de la profesión, conjuntamente las enfermeras docentes de la u.p.t.c. y de asistencia del hospital san rafael realizaron talleres

de reflexión y análisis con base en los manuales educativos n° 2, 3, 4 y 5, referente a los fundamentos conceptuales de la profesión de enfermería<sup>79</sup>.

La descripción y análisis de este capítulo permite concluir que en el área de servicios ambulatorios del hospital se ejecutaron los programas emanados de las políticas de acuerdo a los parámetros dados por el servicio seccional de salud, que facilitaban el cumplimiento de las estrategias para alcanzar la meta: salud para todos en el año 2.000, con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

Para la administración de los servicios de hospitalización se siguieron los criterios propios de la jefe del departamento de enfermería y las jefes de unidades, puesto que no se encontraron en los archivos, políticas específicas en la administración del cuidado de enfermería.

La integración docente asistencial, como estrategia alternativa para que se produjera una estrecha interrelación entre el nivel de formación y el de prestación de servicios, no trascendió más que a la coordinación de prácticas en los diferentes organismos de salud.



## ***A MANERA DE CONCLUSIÓN.***

Al reconstruir el pasado de Colombia (1.975 – 1.989) teniendo como núcleo las políticas de salud y su adaptación en boyacá y en el hospital san rafael de Tunja, en particular por el personal de enfermería se llegan a identificar conceptos relevantes.

- ◆ La política de gobierno se caracteriza por una apertura democrática con gobierno partidista independiente, que termina la paridad política de los gobiernos del frente nacional.
- ◆ Las políticas son respuesta a un diagnóstico de la situación de salud de la población y se hacen operativas por la planeación y programación. La planificación en salud se dió por dos métodos: cendes/ops y construcción de opciones estratégicas, esta se basó en proyectos para grupos humanos postergados.
- ◆ El s.n.s. tuvo como característica la centralización normativa y la descentralización administrativa, se organizó por niveles administrativos: nacional, seccional, regional y operativos locales, y por niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. La organización de las funciones científico técnicas, socioeconómicas y administrativas se organizaron en dos áreas: atención a las personas y atención al medio ambiente y una tercera de infraestructura para apoyar las funciones de las dos anteriores.
- ◆ De la política de organización de un sistema de salud nacional, al inicio del período en estudio, se derivó la regionalización, con la cual se pretendía ampliar la cobertura, facilitando la accesibilidad a los servicios de salud según los niveles de complejidad y

de acuerdo a los sistemas de referencia y contrarreferencia.

- ◆ La política de: salud para todos en el año 2.000, que se pretendió hacer operativa con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad se concretizó para las áreas rurales con el mac (modulo de ampliación de coberturas).
- ◆ Existe una coherencia entre las políticas de los gobiernos de los presidentes y de sus ministros de salud, así mismo una continuidad en los principios en estas políticas, durante el período en estudio; observándose únicamente cambios en las estrategias para implementar las políticas.
- ◆ El personal de enfermería lideró la operatividad de los programas derivados de las políticas, esto permitió la ampliación de cobertura de los niveles primarios y fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo no se perciben principios ni estrategias que propendan por decisiones y autonomía de acuerdo a la situación de salud de la población y a las condiciones específicas del departamento.
- ◆ El desempeño del personal profesional de enfermería continuo siendo de administración en las áreas asistencial y ambulatoria, en la administración de personal y en la docencia, con educación formal y no formal. Con las enfermeras en servicio social obligatorio se pretendió ampliar la cobertura con profesionales, en los hospitales locales.
- ◆ En la década de los 80 se comienza a gestar un cierto proceso de independencia en la profesión por parte de las docentes, incursionando en teorías y modelos conceptuales, filosofía de la profesión y sistemas para organizar el cuidado, como el proceso de enfermería. Sin embargo esto no trascendió en las enfermeras de asistencia, más allá de la teoría.

- ◆ La integración docente asistencial como estrategia alternativa de interrelación entre el nivel de formación y prestación de servicios, no trascendió en el departamento ni en el hospital regional de Tunja; el cumplimiento de los objetivos docentes a través de las prácticas por parte de la u.p.t.c; y del cuidado de la salud, por parte de las instituciones asistenciales continuó dándose sin integración de estos dos organismos.
  
- ◆ El estudio incursiona únicamente en la adaptación de las políticas, pero no mide el impacto que estas adaptaciones tuvieron en la salud de las poblaciones y en el desempeño del profesional de enfermería.
  
- ◆ El mayor aporte de esta investigación esta en invitar a los profesionales de enfermería y a los estudiantes, para que los vacíos e interrogantes sean llenados con otras investigaciones y en ofrecer elementos para confrontar y refutar las ideas aquí expuestas, y a continuar con la investigación histórica del cuidado de enfermería, que afianza la identidad profesional, que solo tiene sus raíces en su historia.

*Retomar el pasado de cuanto fue la salud y la enfermería en Colombia y boyacá, nos reta a construir identidad profesional y a comprometernos como enfermeras con la justicia, el humanismo y la ética, fundamento para construir la paz.*

*Aura y Milander.*

Historia es un recuerdo de lo que fue,

Al servicio de una esperanza

De lo que puede ser.

**Ortega y Gassette.**

## **REFERENCIAS**

### **1. FUENTES DE ARCHIVO**

Archivo del ministerio de salud. Informe del dr. Haroldo calvo Núñez al honorable congreso de la república. Bogotá 1.974 – 1.975.

Archivo del ministerio de salud. Informe del dr. Alfonso Jaramillo s. Al honorable congreso de la república. Bogotá 1.979 – 1.980.

Archivo del ministerio de salud. Informe del dr. Rafael de zubiria gómez al honorable congreso de la república. Bogotá 1.983 – 1.986.

Archivo del ministerio de salud. Informe del dr. Eduardo Díaz Uribe al honorable congreso de la república. Bogotá 1.986 – 1.990.

### **2. FUENTES ORALES**

Entrevistas a:

Enfermera Gloria Mayorga de Bonilla, secretaria de salud de Boyacá.

Enfermera Nancy Agudelo. Profesora Escuela de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. U.P.T.C.

Hna. María Cecilia Gaitán Cruz. Profesora Escuela de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. U.P.T.C

Hna. Matilde Álvarez Eslava. Ex jefe departamento de enfermería. E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

### **3. FUENTES IMPRESAS.**

Abel, Christopher. Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990. Instituto de estudios políticos y relaciones internacionales de la universidad nacional, cerec, Bogotá, septiembre de 1996.

Álvarez, Luis Alberto. Colombia hoy. Perspectiva hacia el siglo xxi. Bogotá. Editores de Colombia, s.a. 1991.

Anec. Fundamentos conceptuales de la profesión de enfermería. Manual educativo, folleto 3. El proceso de profesionalización de enfermería. Bogotá, anec, 1986.

Anuarios estadísticos de la secretaria de salud de boyacá. 1.975 – 1.989. Sección de información y estadística.

Arizmendi Posada, Ignacio. Nueva historia de Colombia. Presidentes de Colombia 1810-1991. Colombia, editorial planeta, 1989.

Calvo Núñez, Haroldo. Dueñas Padrón, Abel. Porras N., José Armando. El nuevo enfoque de la salud en Colombia. Un reto y una progresiva realidad. Bogotá, editorial canal Ramírez antarez, 1979.

Cano Gaviria, Eduardo. La articulación docente asistencial. A.D.A. marco conceptual. En investigación y educación en enfermería. Vol. Vii n° 2. Septiembre de 1.990. Revista de la facultad de enfermería. Universidad de Antioquia. 1.990.

Carrizosa Argaez, Enrique. Linajes y biografía de los gobernantes de nuestra nación: 1830-1990. Bogotá, I.C.C.H. 1990.

Castrillon Agudelo, María Consuelo. “Formación Universitaria de Enfermeras en Colombia 1937-1986”. En: revista investigación y educación en enfermería, vol. Iv n° 1. Medellín, marzo de 1986.

Colombia, ministerio de trabajo y seguridad social. Políticas, legislación y estadística. 1986-1990. Bogotá, mintrabajo. 1990.

Colombia país de regiones. Región cundiboyacense. Cinep y el colombiano. Medellín 1.993.

Colliere, Marie Françoise. Promover la vida. De la práctica a las mujeres cuidadoras a los cuidados de la enfermería. 1º edición en español, Madrid, Interamericana Mc Graw – Hill, 1993.

Constitución política de Colombia 1886. Bogotá, Colombia, ediciones enfasar, 1982.

Cusba, María de Jesús. Labor social de las hermanas dominicas de la presentación de Tunja. Trabajo de grado para optar el título de licenciada en ciencias sociales y económicas, universidad pedagógica y tecnológica de Colombia, uptc. Tunja, 1990.

De Motta, Gloria. Escamilla, Marta. Boletín epidemiológico de boyacá. Año 1 # 1 y 2. Secretaría de salud de boyacá. 1.981.

Donahue, Patricia. Historia de la enfermería. España, ediciones doyma. 1985.

Freipson, Eliot. “personal médico”. En: enciclopedia internacional de ciencias sociales. Vol. 8 Madrid, editorial aguila, 1976.

Gaitan, María Cecilia. “aportes de las comunidades religiosas a la enfermería en Colombia”. En: revista anec. Bogotá, año v n° 3, 1974.

\_\_\_\_\_. La enfermería en Colombia y la congregación de las hermanas de la caridad dominicas de la presentación de la santísima virgen. Un análisis a partir de la caridad 1873-1990. Tunja, universidad pedagógica y tecnológica de Colombia, uptc, escuela de enfermería, 1993.

\_\_\_\_\_. La enfermería en Colombia. Orígenes de audacia y compromiso. Tunja. Editorial universidad pedagógica y tecnológica de Colombia. 1.999.

\_\_\_\_\_. Salud, política y religión. Hermanas de la caridad dominicas de la presentación 1873-1929. Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia, uptc, facultad de educación, postgrado en historia. Tunja, 1997 (tesis de grado, no publicada).

\_\_\_\_\_. Sistema nacional de salud. Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia, uptc, facultad de ciencias de la salud, escuela de enfermería, 1993 (conferencia, no publicada).

García Gómez, Jorge. Hacia la equidad en salud. Plan nacional 1.983 – 1.986. Departamento nacional de planeación. Ministerio de salud. Bogotá. Enero de 1.983.

Hernandez Álvarez, Mario. Análisis socio histórico de la toma de decisiones en salud en los últimos cien años en Colombia. Bogotá, febrero, 1990.

\_\_\_\_\_. Derecho a la salud y la nueva constitución política de Colombia. Avances en enfermería. Universidad nacional de Colombia, santa fe de Bogotá, vol. IX n° 2 julio-diciembre, 1991.

Hernandez, Roberto. Metodología de la investigación. México, mc. Graw hill, 1991.

Instituto colombiano de normas técnicas y certificación. Compendio de normas técnicas sobre documentación, edición actualizada, 1998.

Instituto colombiano para el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Salud para la calidad de vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología en salud. Colciencias. Ministerio de salud. 1993.

Jaramillo S, Alfonso. Informe del ministro de salud al honorable congreso de la república. 1.979 – 1.980. Políticas y estrategias generales. Bogotá 1.980.

J. Huizinga. El concepto de la historia y otros ensayos. México, fondo de la cultura económica, 1946.

Jimenez Patiño, Lyda Esperanza. Nuñez Amaya, Dora Margarita. Trabajo de grado. “políticas de salud, adaptaciones en boyacá y en la administración del cuidado de

enfermería en el hospital san rafael de Tunja. 1.958 – 1.974. Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia. Facultad ciencias de la salud. Escuela de enfermería. Tunja 1.999 (sin publicar).

Martinez Zulaica, Antonio. Fosas y bronce. Academia boyacense de historia. Bogotá, ed. Editorial kelly, 1989.

Melo, Jorge Orlando. La constitución de 1.886. En tirado mejía a. Nueva historia colombiana. Bogotá. Planeta editores. 1.989.

Ministerio de salud. Ops. Oms. Anec. Acofaen. Estudio nacional de enfermería 1.985 – 1.987. Actualidad y perspectiva. Bogotá. Colombia. 1.989.

\_\_\_\_\_. Oficina de planeación. Proceso de planeación de la salud a nivel local. Bogotá. Septiembre de 1.987.

\_\_\_\_\_. Plan nacional “hacia la equidad en salud 1.983 – 1.986”. Bases para la ordenación, políticas y estrategias y actividades a desarrollar. Bogotá 1.986.

\_\_\_\_\_. Sistema nacional de salud. Manual general de organización. Volúmen i, iii y iv. República de colombia. Bogotá. Enero de 1.976.

Miranda, Nestor. Quevedo, Emilio y otros. Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo vii, medicina (2). Instituto colombiano para el desarrollo de la ciencia y la tecnología Francisco José de Caldas, colciencias, marzo de 1993.

Mora, Carlos Alberto. Peña, Margarita. Historia socio económica de Colombia. Editorial norma. Bogotá 1.985.

Ocampo López, Javier. Identidad de boyacá. Secretaría de educación de boyacá. Cátedra de boyacá. Editorial jotamar ltda. Tunja 1.997.

Peña B, Margarita; Mora, Carlos Alberto. Historia de Colombia. Introducción a la historia social y económica. Bogotá, Colombia, editorial norma, 1983.

\_\_\_\_\_. Nuestro mundo y sus hechos. Bogotá, Colombia, editorial norma, 1985.



Plan decenal de salud para las americas. Informe final de la iii reunión especial de ministros de salud de las américas. Ops. Oficina sanitaria panamericana, oficina regional de la oms (santiago de Chile 2 – 9 de octubre de 1.972). Enero de 1.973.

Quevedo, Emilio y colaboradores. “historia social de la ciencia en Colombia”. En: historia de la medicina. Tomos vii y viii, Bogotá, colciencias, 1993.

Quevedo, Emilio. “ ¿políticas de salud o políticas insalubres? “. En: medicina y salud en la historia de Colombia. De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo xx. Tunja, colección de memorias de historia. Archivo general de la nación, uptc.

República de Colombia. Ministerio de salud. Vii congreso nacional de salud pública. Reunión de ministros y directores de seguridad social de centro américa. Grupo contadora y grupo andino. Empresa editorial, universidad nacional de Colombia, 1984.

Restrepo Ch, Guillermo. Villa V, Agustín. Desarrollo de la salud pública colombiana. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, 1980.

Ruiz, Carlos A. Plan hospitalario nacional. Colombia, ministerio de salud, ministerio de higiene, Bogotá, imprenta banco de la república, 1950.

Velandia, Ana Luisa. “análisis histórico de la evolución y tendencias de la práctica de enfermería en Colombia en el siglo xx”. En: revista investigación y educación en enfermería, vol. X, Medellín, universidad de Antioquia, septiembre de 1992.

\_\_\_\_\_. Historia de la enfermería en Colombia. Universidad nacional de Colombia. Facultad de enfermería, Bogotá, Colombia. Editorial universidad nacional, 1995.

Vivas R, Jorge. Tarazona B, Eugenio. Caballero A, Carlos. Marrero, Nancy. El sistema nacional de salud. Administración, presupuestación, gasto y financiamiento. Primera edición. Agosto, 1988. Fedesarrollo. Edicom, Ltda.

Vivas R, Jorge. Recesión, ajuste económico y político de salud. Bogotá. Fedesarrollo.1987.

Anexos 1

**Ministros de salud. 1.975 – 1.989**

Nombre	Desde	Hasta
Haroldo calvo nuñez	9 agosto de 1.974	29 octubre de 1.976
Raul orejuela bueno	30 octubre de 1.976	6 agosto de 1.978
Alfonso jaramillo salazar	7 agosto de 1.978	6 agosto de 1.982
Jorge garcía gómez	7 agosto de 1.982	4 agosto de 1.983
Jaime arias	4 agosto de 1.983	4 julio de 1.984
Amaury garcía burgos	4 julio de 1.984	28 febrero de 1.985
Rafael de zubiria gómez	28 febrero de 1.985	13 enero de 1.986
Efrain otero ruíz	13 enero de 1.986	10 agosto de 1.986
César esmeral barros	11 agosto de 1.986	14 marzo de 1.987
José granada rodríguez	16 marzo de 1.987	8 junio de 1.988
Luis h. Arraut esquivel	9 junio de 1.988	7 febrero de 1.989
Eduardo díaz uribe	8 febrero de 1.989	6 agosto de 1.990

Fuente: galería de fotos de la sala de estudio, biblioteca ministerio de salud. Santa fé de bogotá, enero 1.999.

**Anexo n° 2**

**Distribución y ubicación global de la fuerza laboral de enfermería. 1.972 y 1.985**

<b>Hallazgos</b>	<b>1.972 Macrodiagnóstico</b>	<b>1.985 Estudio nacional</b>
proporción del personal de enfermería		
Enfermeras	8	13.5
Auxiliares	42	57.5
Ayudantes	50	29
Personal de enfermería por 10.000 hab.		
Enfermeras	0.8	2.2
Auxiliares	4.3	9.2
Ayudantes	5.1	4.6
Personal de enfermería en los servicios Ambulatorios por 10.000 hab.		
Enfermeras	0.05	0.3
Auxiliares	0.7	2.9
Ayudantes	0.5	1.4
Personal de enfermería por 100 camas	45	74.3
Enfermeras	3.5	9.6
Auxiliares	20	42.6
Ayudantes	22.2	22.1
Relación enfermera / personal auxiliar	1:13.2	1:7.6
Porcentaje enfermeras en servicios hospitalarios	84.6	83.8
Porcentaje enfermeras en servicios ambulatorios	15.4	16.2
Porcentaje personal auxiliar en servicios hospitalarios	82.5	69.2
Porcentaje personal auxiliar en servicios ambulatorios	17.5	30.8
Concentración de personal de enfermería en los departamentos con mayor índice de Población. Relacion por 10.000 habitantes.	20.6	18.2
Relación enfermera / personal auxiliar en servicio hospitalario	1:14.2	1:6
Relación enfermera / personal auxiliar en servicio ambulatorio	1:16.5	1:15.5

Fuente macrodiagnóstico 1.972 – estudio nacional de enfermería 1.985 – 1.987. Actualidad y perspectiva. Colombia 1.989. Pág. 167.

### **Anexo n° 3**

#### **Políticas de salud. Presidente: alfonso lópez michelsen 1.974 - 1.978**

1. Convertir el sector salud en un instrumento de progreso social, para lograr el más alto grado de salud que sea compatible con el nivel de desarrollo de la comunidad, eliminando las desigualdades y facilitando el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud.
2. Utilizar el sistema y el plan nacional de salud para incrementar los servicios de salud a todos los grupos de población, dando preferencia a las personas que están domiciliadas en las áreas rurales, a las que forman las poblaciones marginadas de las ciudades y a la población inaccesible.
3. Regionalizar la atención de la salud en el país, dentro de los criterios de centralización política y descentralización administrativa, fortaleciendo el concepto de “hospital” como unidad básica de cada nivel regional y local para brindar servicios igualitarios, permanentes y oportunos.
4. Promover el desarrollo del sistema unico nacional de salud, que comprende todos los organismos, agencias, instituciones y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, reciban o no aportes del tesoro público, en cualquiera de los niveles nacional, departamental o municipal.
5. Incorporar en un plan nacional de salud unico, las entidades adscritas y vinculadas, en tal forma que todas se coordinen adecuadamente para la realización armónica y ordenada de la política de salud dictada por el gobierno.

6. Someter los recursos financieros que en el país se destinen para el financiamiento de programas y actividades de salud, al control y vigilancia por parte del estado para lograr que se armonicen adecuadamente con los propósitos y objetivos del plan nacional de salud.
7. Destinar todos los recursos de origen externo que sean canalizados por entidades oficiales para programas y actividades de salud, más los recursos de los presupuestos extraordinarios y los adicionales del gobierno, al financiamiento de los programas prioritarios de salud que se determinen en desarrollo del plan nacional.
8. Los programas prioritarios se determinarán en función del riesgo que afronta la comunidad y para ellos se dará prioridad a los grupos de población con mayor proporción de menores de 15 años; al núcleo materno infantil y al núcleo laboral.
9. Fortalecer los programas de infraestructura necesarios para la cabal realización de los programas y actividades correspondientes a los servicios de salud.
10. Orientar la formación, adiestramiento y capacitación de los recursos humanos hacia la conformación de equipos multidisciplinarios, haciendo énfasis en el incremento proporcional del personal técnico y auxiliar y adecuando el número y la distribución de profesionales a las necesidades del país.
11. Incorporar la totalidad de los trabajadores del sistema nacional de salud a un estatuto unico de personal en la medida que las características de cada entidad lo permitan.
12. Organizar la comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidos en el plan nacional de salud.
13. Atender a la conservación y mejoramiento de un medio ambiente satisfactorio para la vida humana, procurando realizar las acciones sobre la ecología, en colaboración con

otros sectores relacionados.

14. Armonizar la realización de la política nacional de salud, con el contenido de las respectivas políticas de los diferentes sectores, para lograr su mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

**Políticas de salud. Presidente: Julio Cesar Turbay Ayala  
1.978 – 1.982**

El actual gobierno se ha propuesto modificar sustancialmente la magnitud y estructura de la morbilidad y mortalidad de la población del país, para contribuir consiguientemente al mejoramiento más efectivo y rápido de su situación social y económico.

El propósito anterior se esta persiguiendo a través del incremento de la cobertura y calidad de los servicios, de la coordinación e integración de los esfuerzos intra e intersectoriales, de la decisiva participación de la comunidad, del desarrollo y aplicación de tecnología propia mediante el impulso a la investigación del fomento de la educación en salud, del control de los factores desfavorables del medio ambiente físico, del aumento de la cuantía y eficiencia de los recursos financieros, del desarrollo de los recursos humanos y del mejoramiento de la infraestructura física de las instituciones de salud.

La extensión de cobertura de los servicios mínimos de salud a las personas y al medio ambiente con particular prioridad de las poblaciones rurales y marginadas urbanas, y de las comunidades indígenas es la respuesta fundamental a las aspiraciones y necesidades primarias de la comunidad y el paso definitivo para el proceso de solución de sus principales problemas de salud.

La coordinación e integración intra e intersectorial es fundamental para racionalizar el uso de los escasos recursos del sector salud, completar los múltiples esfuerzos para la solución

de los problemas de interés multisectorial y potencializar el efecto de los recursos. En este contexto, es esencial la integración docente – asistencial para contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios y la docencia, permitiendo fundamentalmente la educación de los recursos humanos a las características de los servicios y al núcleo social en el cual se desarrolla la práctica profesional.

La participación activa de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades de salud, y en la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios es un recurso de gran importancia que esta siendo incorporado a través de acciones para la promoción y fomento de su organización.

El desarrollo de tecnología propia mediante el estímulo y favorecimiento de la investigación para el diseño y aplicación de métodos, técnicas y procedimientos autóctonos, permitirá la definición de mejores alternativas de solución de los problemas de salud y óptimo aprovechamiento de los recursos, teniendo en cuenta el nivel económico y social del país.

El sistema nacional de salud es el instrumento fundamental de la acción del sector mediante el desarrollo del mismo:

- A. Se esta facilitando la prestación de los servicios por niveles de complejidad, con máxima prioridad para la atención primaria, dentro de un esquema administrativo y operativo regionalizado.
- B. Se esta impulsando la aplicación de las normas de organización y administración, y las pertinentes a los subsistemas de planeación, información, suministros, inversiones, investigaciones y personas.
- C. Se esta fortaleciendo la coordinación real de todas las instituciones adscritas y vinculadas, entendiendo que la ejecución de la política de salud es responsabilidad, dentro de su ámbito de acción de las entidades oficiales, de seguridad social, incluyendo las cajas de compensación familiar, y de las privadas.
- D. Se están desarrollando los mecanismos para el mejoramiento de la gestión administrativa y técnica y dentro de esta última la auditoría médica con base en un

sistema unificado de registro médico e historia clínica.

- E. Se esta garantizando la protección y suministro de los biológicos necesarios para todas las actividades de inmunización.

### **Políticas de salud. Presidente: Belisario Betancurt Cuartas**

**1.983 – 1-986**

Política general.

Modificar el nivel y estructura de la morbilidad y mortalidad de la población del país, con énfasis en los grupos y riesgos más vulnerables, para obtener su mayor bienestar, mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente críticos de tipo socio cultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente, y de la oferta y funcionamiento de los servicios de salud, para estimular el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de la política global se han definido los siguientes objetivos:

1. Mejorar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud a las personas, interviniendo no solamente en la oferta sino facilitando la demanda de servicios, dando prioridad en la atención a los grupos de población de las áreas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en el grupo materno – infantil, los trabajadores, las personas de edad avanzada, los limitados, los indígenas y los habitantes de las áreas afectadas por la subversión y el enfrentamiento armado.
2. Mejorar la cobertura, eficiencia y calidad de los servicios del área del medio ambiente, con énfasis en las acciones de saneamiento básico en zonas rurales y marginadas urbanas y en la preservación y recuperación de los recursos hídricos y atmosféricos.
3. Mejorar la organización, eficiencia y calidad de la infraestructura física, de recursos humanos, tecnológicos y financieros del s.n.s.



4. Impulsar la activa participación de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en el planteamiento de alternativas de solución, para la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios, estimulando a través del núcleo familiar la capacitación y vinculación voluntaria de sus miembros.
5. Promover la concertación entre los diferentes sectores de la administración, para el diseño y ejecución de proyectos de acción que garanticen la efectiva modificación de aquellos factores condicionantes del estado de salud, cuya intervención supera la responsabilidad del sector salud.
6. Orientar la contratación, programación y ejecución de los recursos de crédito y cooperación técnica nacional e internacional en función exclusiva de los programas y proyectos complementados en el plan de salud, evitando incoherencias y duplicaciones, y seleccionando aquellos aspectos que requieran más apremiantemente el apoyo financiero y tecnológico.

**Políticas de salud. Presidente: Virgilio Barco Vargas 1.986 – 1.989**

1. Universalizar la cobertura de la atención primaria, por medio del control de los factores de riesgo, el acceso de todas las familias a los servicios de salud y la atención de las enfermedades más comunes de la población.
2. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad en la atención de salud a los asalariados, para elevar su productividad y su bienestar físico, síquico y laboral, mediante el control de la afiliación a la seguridad social y el cumplimiento de las normas relativas a la salud ocupacional.
3. Modernizar la estructura, organización y funcionamiento del s.n.s, para garantizar su capacidad operativa y de gestión y lograr la integración de los servicios brindados por las entidades adscritas al ministerio del ramo, por los organismos del sistema de seguridad social y por el sector privado, bajo una sola dirección y objetivos de servicio compatibles y complementarios.
4. Descentralizar la prestación de servicios a nivel local, por medio de la incorporación de

los municipios al S.N.S, con el apoyo del ministerio en cumplimiento de sus responsabilidades legales en materia de salud.

5. Reorganizar las finanzas del sector de la salud, para garantizar mayores recursos, oportunidades de utilización en el gasto, a través del fortalecimiento de sus fuentes de financiación, la aplicación de los recursos según las prioridades, el ordenamiento del cobro por prestación de servicios y el control del gasto en todos los centros de atención.
6. Fomentar la efectiva participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus necesidades de salud, con el propósito de controlar los factores ambientales causantes de patologías; promover el cuidado consciente y responsable de la salud personal, familiar y colectiva; y aumentar la eficiencia sectorial, mediante el desarrollo de acciones participativas para la identificación y prevención de riesgos y la educación y promoción para el autocuidado de la salud.

#### **Anexo 4**

#### **Gobernadores de Boyacá 1.975 – 1.989**

Nombre	Desde	Hasta
Dr. Susana camacho de villareal	23 agosto de 1.974	13 marzo de 1.975
Dr. José ignacio castañeda neira	14 marzo de 1.975	31 octubre de 1.975
Dr. Gilberto avila bottía	31 octubre de 1.975	4 febrero de 1.977
Dr. Max gómez vergara	11 febrero de 1.977	2 marzo de 1.977
Dr. Luis guillermo nieto roa	4 marzo de 1.977	28 agosto de 1.978
Dr. Jorge perico cárdenas	18 septiembre de 1.978	5 noviembre de 1.980
Dr. Rafael forero castellanos	26 noviembre de 1.980	10 marzo de 1.981
Dr. Heraclio fernández sandoval	27 marzo de 1.981	26 agosto de 1.982
Dr. Guillermo torres barrera	27 agosto de 1.982	24 agosto de 1.983
Dr. Napoleón peralta barrera	26 agosto de 1.983	15 agosto de 1.984
Dr. Jorge salcedo segura	16 agosto de 1.984	7 enero de 1.985

Dr. Hector horacio hernández	8 enero de 1.985	28 agosto de 1.986
Dr. Alvaro gonzález santana	29 agosto de 1.986	3 julio de 1.987
Dr. Carlos eduardo vargas rubiano	4 julio de 1.987	18 enero de 1.988
Dr. Alfonso soler mantilla	19 enero de 1.988	17 noviembre de 1.988
Dr. Cesar manuel garcía niño	21 noviembre de 1.988	23 agosto de 1.990

Fuente: galería de fotos gobernadores de boyacá. Gobernación de boyacá 1.999.

#### Anexo n° 5

#### Directores Hospital San Rafael de Tunja

1.975 – 1.989

Nombre	Período
Guillermo zubieta	1.974 – 1.975 y enero de 1.977
Hernan vega guevara	Noviembre de 1.976 – diciembre de 1.976
Enrique quiñones	Enero 1.977; febrero 1.978 – agosto de 1.978
Francisco suescun pedraza	Diciembre 1.977 – enero 1.978; agosto 1.979 – septiembre 1.979; agosto 1.980 – octubre 1.980; diciembre 1.985; enero 1.986 – abril 1.986.
Francisco becerra	Agosto 1.978 – diciembre 1.978; enero 1.979 – agosto 1.979; septiembre 1.979 – agosto 1.980; octubre 1.980 – agosto 1.981; septiembre 1.981 – septiembre 1.982.
Ismael hernández parra	Septiembre 1.981; septiembre 1.982.
Olga ulloa de rueda	Octubre 1.982 – noviembre 1.982
Mario supelano ospina	Diciembre 1.982 – enero 1.986; abril 1.986 – enero 1.987; marzo 1.987.
Mario alberto hernández romero	Marzo 1.987- febrero 1.988; abril 1.988 – octubre 1.988.
Edgar amador rodríguez	Febrero 1.978 – marzo 1.988
Guillermo orjuela robayo	Octubre 1.978 – diciembre 1.978; enero 1.989 – octubre 1.989.

Rafael romero piñeros	Enero 1.987 – marzo 1.987; diciembre 1.978 – enero 1.989; noviembre 1.989 – diciembre 1.989.
Gustavo e. La rotta montejo	Diciembre 1.989 – julio 1.990

Fuente: archivo hospital san rafael de tunja.

**Cuadro n° 1**  
**Servicio seccional de salud**  
**Sistema de regionalización**  
**Período 1.975 -- 1.989**

Unidad regional	Unidad local	Centro de salud	Puesto de salud
<b>1. Tunja</b>  Hospital san rafael		Chivatá, toca, arcabuco, motavita.	Barrios: san antonio, libertador, muiscas  El carmen, asis, patiecitos, panelas, sora. Soracá, oicatá, cucaita, Cómbita, siachoque.
	1.1. Turmeque	Tibaná, genesano, ventaquemada.	Puente boyacá y nuevo colón.
	1.2. Ramiriquí		Rondón, viracachá, ciénega y boyacá.
	1.3. Villa de leyva.	Ráquira	Gachantiva, santa sofía, sutamarchan, sáchica, tinjaca.
	1.4. Miraflores	Zetaquira, páez	Campohermoso, san eduardo, ururia, Cirasi y verbeo.
	1.5. Samacá		

<b>2. Moniquirá</b>		Santana	San emigdio, pajales, terra de gómez,
Hospital san josé			maciegal, san josé de pare, togui, Chitaraque, la loja.

<p><b>3. Sogamoso</b> Hospital san José</p>	<p>3.1. Aquitania</p>	<p>Nobsa Pesca Labranzagrande</p>	<p>Barrios: monquirá, magdalena, monguí, Firavitoba, mombita, ortega, corrales, Tibasosa, santa teresa, corinco, pajarito morca, pedregal alto, barrio nazareth, gámeza, mongua, san antonio, beteitiva, Tópaga, iza, busbanza, paya, pisba.</p> <p>Toquilla, hato laguna, la puerta, tota, cucaita, llano de alarcón.</p>
<p><b>4. Chiquinquirá</b> Hospital el salvador</p>		<p>San miguel de sema, san pablo de borbur, briceño Buena vista, pauna, otanche, saboya.</p>	<p>Zulia, sucre occidente, santa bárbara, hato viejo, caldas, Quipe, garavito, velandia, merchan, maripi, tunungua.</p>

	<p>4.1. Muzo</p>		<p>Quípama, coper, la victoria, humbo.</p>
<p><b>5. Duitama</b> Hospital regional de Duitama.</p>	<p>5.1. Paipa</p> <p>5.2. Santa rosa</p>	<p>Socotá</p> <p>Floresta</p>	<p>Barrios: boyacá, santa helena, cuche, avendaño 1 y 2, la trinidad, el venado, Los pinos.</p> <p>Sotaquirá, pantano de vargas, palermo, Tuta, romita.</p> <p>La florida, san José de la montaña,</p>

<b>6. Soatá</b> Hospital san antonio.	5.3. Socha	Belén Paz del río, tasco.	cerinza, el páramo, el chamizal, tutaza, la venta, Paz vieja.
		Boavita, chita, la uvita, san mateo.	Jericó, el mortiño.  Cusaguí, san francisco, chapetón, covarachía La carrera, tipacoque, susacón, el molino.
	6.1. El cocuy	Chiscas	Carrizal, las mercedes, las cañas, cucasí,

<b>7. Garagoa</b> Hospital san antonio de Padua.	6.2. Guican	El espino	Aposentos, santana.
	6.3. Sativanorte		La cueva, panqueba, guacamayas.  Sativasur
	7.1. Tenza		Chinavita
<b>8. Guateque</b> Hospital san rafael			

<b>9. Puerto boyacá</b>	8.1. Guayatá	Somondoco	
	8.2. San luis de gaceno.	Santa maría	Santa teresa, san carlos, horizontes.  El dique, pueblo nuevo, guanegro, palagua, puerto serviez, poto2, okal, km. 25, puerto Gutiérrez, caño alegre, el marfil, la unión.

	Cubará (dependencia de La secretaría de Salud de boyacá)		El guamo El chuscal
--	--	--	------------------------

Fuente: anuario estadístico de la secretaría de salud de boyacá. Seccional de salud de boyacá. 1.985. Pág. 5.



- 
- <sup>1</sup> RESTREPO CH, Guillermo. VILLA V, Agustín. **Desarrollo de la Salud Pública Colombiana**. Universidad de Antioquía. Medellín. Colombia. 1.980.
- <sup>2</sup> HERNANDEZ, Mario. MIRANDA, Néstor. QUEVEDO, Emilio. **Historia Social de la Ciencia Colombiana**. Tomo VIII. Colciencias. Tercermundo Editores. Santa Fe de Bogotá. 1.993.
- <sup>3</sup> VELANDIA, Ana Luisa. **Historia de la Enfermería en Colombia**. Ediciones de la Universidad Nacional. Facultad de Enfermería. Primera edición. 1.995.
- <sup>4</sup> ABEL, Christopher. **Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1.920 – 1.990**. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional, CEREC. Bogotá, septiembre de 1.996.
- <sup>5</sup> GAITÁN, María Cecilia. **Enfermería en Colombia. Orígenes de Audacia y Compromiso**. Tunja. Editorial Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Instituto de Investigaciones y Formación Avanzada. Abril 1.999.
- <sup>6</sup> PRIETO BOCANEGRA, Brigeth y Colaboradores. **Estado. Salud Pública y Repercusiones en Boyacá**. Tunja. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Escuela de Enfermería. (Trabajo de grado no publicado). 1.988.
- <sup>7</sup> JIMENEZ PATIÑO, Lyda E. NUÑEZ AMAYA, Dora M. **Políticas de Salud. Adaptaciones en Boyacá y en la Administración del cuidado de Enfermería en el Hospital San Rafael de Tunja. 1.958 – 1.974**. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Escuela de Enfermería. (Trabajo de grado no publicado). Tunja 1.999.
- <sup>8</sup> NIETO AREVALO, Ana Silvia. AGUILAR, María Margarita. **Educación de Enfermería en Boyacá. 1.939 – 1.979**. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Tunja 1.998. (Trabajo de Grado sin publicar).
- <sup>9</sup> MELO, Jorge Orlando. **La constitución de 1.886. Nueva historia de Colombia**. Bogotá. Planeta Editores. 1.989. pp. 43 – 64.
- <sup>10</sup> Para mayor información de las principales Leyes y Decretos reglamentarios en salud véase: Gaitán Cruz, María Cecilia. **La enfermería en Colombia. Orígenes de Audacia y Compromiso**. Op.Cit. pp 60 – 61. VELANDIA, Ana Luisa. **Historia de la Enfermería en Colombia**. Op. Cit. Pp 50.
- <sup>11</sup> JIMENEZ PATIÑO, Lyda E. NUÑEZ A, Dora M. Op.cit. pp 13.
- <sup>12</sup> RESTREPO CH. Guillermo. VILLA, Agustín. Op. Cit. Pp 49 – 50.
- <sup>13</sup> **PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMÉRICAS**. Informe final de la III Reunión Especial de los Ministros de Salud de las Américas. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. OMS (Santiago de Chile, 2 – 9 octubre de 1.972). Enero de 1.973.
- <sup>14</sup> RESTREPO CH. Guillermo . VILLA V, Agustín. Op. Cit.
- <sup>15</sup> CASTRILLON AGUDELO, María Consuelo. **Formación Universitaria de la Enfermería en Colombia 1.937 – 1.980**. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 4, N° 1. Marzo 1.986. Revista Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquía. Pp. 53 –72.
- <sup>16</sup> ARIZMENDI POSADA, Ignacio. **Presidentes de Colombia 1.810 – 1.990**. Planeta, Colombia, Editores S.A. Bogotá D.C. 1.986. Pp.286 – 287.
- <sup>17</sup> MORA, Carlos Alberto. PEÑA, Margarita. **Historia Socio económica de Colombia**. Editorial Norma. Bogotá 1.985. Pp. 254.
- <sup>18</sup> Ibid. Pp. 256.
- <sup>19</sup> ARIZMENDI POSADA, Ignacio. Op. Cit. Pp. 292.
- <sup>20</sup> MORA, Carlos Alberto. Op. Cit. Pp. 258 – 259.
- <sup>21</sup> ARIZMENDI POSADA, Ignacio. Op. Cit. Pp. 301 – 305.
- <sup>23</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. PORRAS, José Armando. **El nuevo enfoque de la Salud en Colombia. Un reto y una progresiva realidad**. Bogotá. Canal Ramírez – Antares. 1.979 Pp. 19 – 20.
- <sup>24</sup> CALVO NUÑES, Haroldo. Informe del Ministro de Salud al Honorable Congreso de la República. Bogotá 1.974 - 1.975. Pp. 17.
- <sup>25</sup> GARCÍA GÓMEZ, Jorge. **Hacia la Equidad en Salud**. Plan Nacional 1.983 – 1.986. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio de Salud. Bogotá. Enero de 1.983. Pp. 13 – 17.

- 
- <sup>26</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. Op. Cit. Pp.22.
- <sup>27</sup> El Macrodiagnóstico de enfermería, 1.972, planteó como una meta la preparación de personal profesional de enfermería, lo cual se fue dando procesualmente.
- <sup>28</sup> MINISTERIO DE SALUD. OPS. OMS. ANEC. ACOFAEN. *Estudio Nacional de Enfermería 1.985 – 1.987. Actualidad y Perspectiva*. Bogotá D.E. Colombia. 1.989. Pág. 41 – 53.
- <sup>29</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. Op. Cit. Pág. 44.
- <sup>30</sup> Se entiende por S.N.S. el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos técnicos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, así como los administrativos de dirección, ejecución y coordinación. CALVO NUÑEZ, Haroldo. Op. Cit. Pp.51.
- <sup>31</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. Op. Cit. Pág. 51.
- <sup>33</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. Op. Cit. Pág.31.
- <sup>34</sup> JIMENEZ PATIÑO, Lyda E. NUÑEZ AMAYA, Dora M. Op. Cit. Pág.41.
- <sup>35</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. Op. Cit. Pág. 32.
- <sup>36</sup> PLAN NACIONAL “*Hacia la Equidad en Salud. 1.983 – 1.986*”. *Bases para la ordenación, políticas, estrategias y actividades a desarrollar*. Ministerio de Salud. Sin paginación.
- <sup>37</sup> JARAMILLO, Alfonso. *Políticas y Estrategias Generales*. Informe del Ministro de Salud al Honorable Congreso de la República. 1.979 – 1.980. Pág. 15.
- <sup>38</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. Op. Cit. Pág. 27.
- <sup>39</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Proceso de Planeación de la Salud a Nivel Local*. \_Oficina de Planeación. Bogotá. Septiembre de 1.987. Pág. 5.
- <sup>40</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. Op. Cit. Pág. 27.
- <sup>41</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. Op. Cit. Pág. 93 – 125.
- <sup>42</sup> CALVO NUÑEZ, Haroldo. DUEÑAS PADRON, Abel. Op. Cit. Pág. 127.
- <sup>43</sup> Ibid. Pág. 65 – 70.
- <sup>44</sup> ENTREVISTA. Hna. María Cecilia Gaitán Cruz. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombiana. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Edificio de Postgrados. 3 de Marzo del 2.000.
- <sup>45</sup> CANO GAVIRIA, Eduardo. *La articulación Docente Asistencial A.D.A. Marco Conceptual*. En Investigación y Educación en Enfermería. Vol. VII N° 2, septiembre de 1.990. Revista de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía. Pág. 32.
- <sup>46</sup> OCAMPO LÓPEZ, Javier. *Identidad de Boyacá*. Secretaria de educación de Boyacá. Cátedra de Boyacá. Editorial Jotamar Ltda. Tunja. 1.997. Pág. 17 – 18, 63, 71.
- <sup>47</sup> ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ. 1.975 – 1.989. Servicio de Salud de Boyacá. Sección de Información y Estadística. 1.975 – 1.989. Pág. 4, 6.
- <sup>48</sup> COLOMBIA PAIS DE REGIONES. Cinep y El Colombiano. *Región Cundiboyacense*. Medellín 1.993. Pág. 270 – 271, 285 – 287, 306 – 307.
- <sup>49</sup> OCAMPO LÓPEZ, Javier. Op. Cit. Pág. 18.
- <sup>50</sup> AMS. JACOME VALDERRAMA, José A. Memoria de José A. Jacome Valderrama. Ministro de Salud Pública al Congreso Nacional. Bogotá: Imprenta Nacional, Ministerio de Salud Pública. 1.959. Pp. 20 – 22.
- <sup>51</sup> ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ. 1.975 – 1.989. Op. Cit. Pág. 222 – 246.
- <sup>52</sup> Ibid. Pág. 64 – 66.
- <sup>53</sup> DE MOTTA, Gloria. ESCAMILLA, Marta. Boletín Epidemiológico de Boyacá. Año 1 # 1. Julio de 1.981. Secretaria de Salud de Boyacá. Pág. 2 – 8.
- <sup>54</sup> Ibid. Año 1 # 2. Diciembre de 1.981. Pág. 11 – 19.
- <sup>55</sup> ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ. 1.977 – 1.989.
- <sup>56</sup> La información que se consigna a partir de este aporte de la investigación se obtuvo en entrevista a la enfermera Mayorga De Bonilla, Gloria. Secretaria de Salud de Boyacá. Febrero 3 del 2.000.
- <sup>57</sup> ANUARIO ESTADÍSTICO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ. 1.977. Op. Cit. Sin paginación.
- <sup>58</sup> Ibid. Sin paginación.
- <sup>59</sup> ANUARIO ESTADISTICO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ. 1.985. Pág. 134 – 137.

---

<sup>60</sup> ASSB. Ministerio de Salud Pública. *Servicio de Salud de Boyacá. Algunos aspectos de su organización.* Tunja Primera Edición. Pág. 15 – 16.

<sup>61</sup> ROSEN, George. *De la Policía Médica a la Medicina Social.* México. Editorial Siglo XXI. 1.985.

<sup>62</sup> Ibid. 1.985

<sup>63</sup> Ibid. 1.985

<sup>64</sup> QUEVEDO, Emilio. *La Medicina y la Colonia.* Conferencia dictada en el Archivo General de la Nación. Santa Fe de Bogotá. 1.995.

<sup>65</sup> MARTÍNEZ MARTÍN, Abel. Discurso de inauguración del Aula Máxima y de la nueva Biblioteca de Ciencias de la Salud de la U.P.T.C., en la antigua Capilla del Hospital San Rafael de Tunja. Tunja. 1.998.

<sup>66</sup> MARTÍNEZ M. Abel. Empresa Social del Estado. Hospital San Rafael. *Recetario.* Boletín N° 19 febrero de 1.998. Artículo Epicríticas.

<sup>67</sup> MARTÍNEZ MARTÍN, Abel. Op. Cit. 1.988.

<sup>68</sup> JIMENEZ PATIÑO, Lyda. NUÑEZ, Dora. Op. Cit. Pp. 86.

<sup>69</sup> LEY N° 266 Artículo tercero. 1.996.

<sup>70</sup> La información que se consigna en este aporte de la investigación se obtuvo en entrevista a la enfermera Nancy Agudelo el día 3 de Marzo del 2.000. Oficina Postgrados. U.P.T.C. Facultad Ciencias de la Salud.

<sup>72</sup> Instrumento para consignar por escrito las actividades del cuidado de enfermería.

<sup>73</sup> Organismo de Enfermería de Estados Unidos que trabaja sobre diagnósticos de enfermería para ofrecer a la profesión diagnósticos con evidencia científica.

<sup>74</sup> ANEC, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y CNA, Asociación Canadiense de Enfermeras.

<sup>75</sup> La experiencia la lideraron las enfermeras Gloria Cecilia Acevedo del Hospital San Rafael y Hna. María Cecilia Gaitán de la U.P.T.C.

<sup>76</sup> GAITAN CRUZ, María Cecilia. ACEVEDO, Gloria Cecilia. *Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem, utilizando el proceso de enfermería.* En Perspectiva Proceso Salud Enfermedad. Vol. 4, N° 2. 1.988 Pp. 69 – 90.

<sup>77</sup>

<sup>78</sup> CANO GAVIRIA, Eduardo. *La articulación docente asistencial. A.D.A. Marco conceptual.* En Investigación y Educación en Enfermería. Vol. VIII N° 2. Septiembre de 1.990. Revista de la Facultad de la Universidad de Antioquía. Pp. 13 – 34.

<sup>79</sup> GAITAN C., María Cecilia. ACEVEDO, María Cecilia. Op. Cit. Pp. 70 – 73.