



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

Cómo citar este documento

Guarín Garzón, ML; Macías Granados, CP; Prieto Bocanegra, B. Estado, Salud Pública. Repercusiones en Boyacá. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0145.php>

ESTADO, SALUD PÚBLICA. REPERCUSIONES EN BOYACÁ

1936-1957

MARY LUZ GUARÍN GARZÓN

CLAUDIA PATRICIA MACÍAS GRANADOS

BRIGITTE PRIETO BOCANEGRA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar

al título de Enfermera

Hna. MARIA CECILIA GAITÁN CRUZ

Directora

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TUNJA

1998

ESTADO, SALUD PÚBLICA. REPERCUSIONES EN BOYACÁ
1936-1957

MARY LUZ GUARÍN GARZÓN
CLAUDIA PATRICIA MACÍAS GRANADOS
BRIGITTE PRIETO BOCANEGRA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA
1998

RESUMEN

Esta investigación hace referencia a la organización político administrativa en Salud para Colombia, durante el período comprendido entre 1936-1957, su operatividad en Boyacá, en Tunja, y en el Hospital San Rafael.

La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, retrospectivo, explicativo; utilizando como fuente de información la revisión bibliográfica, archivos históricos en Salud Nacional y del Departamento de Boyacá, y el testimonio oral.

A partir de la Reforma Constitucional de 1936, se generó un proceso de cambio en la Salud, en que el Estado retomó su deber frente a la salud y condujo a la creación y organización de Ministerios autónomos para esta, con repercusión a nivel Departamental e institucional. La prestación de servicios de salud pública, pasó de una concepción higienista a una de salud pública” promoción de la salud prevención de la enfermedad”

Sin embargo la estructura administrativa y política de salud se centró en la prestación de los servicios de salud pública, sin trascender a la asistencia hospitalaria

INTRODUCCION

Para comprender el presente, tenemos que adentrarnos en el conocimiento y análisis del pasado, que nos explica el por qué de los hechos y compromete en la construcción del futuro.

Una de las Líneas de Investigación de la Facultad de las Ciencias de la Salud, nominada **Historia de la Salud y la Medicina en Tunja y Boyacá**, propone adentrarse en la historia de la salud-enfermedad, en las disciplinas e instituciones de salud, las personas que por generaciones han jalonado cambios en la población Boyacense. Así mismo pretende valorar y rescatar las raíces de las creencias, comportamientos y alternativas para la salud de la población Boyacense, relacionados con el proceso histórico cultural de la salud enfermedad desde una mirada interdisciplinaria.

El presente estudio: **Estado. Salud Pública. Repercusiones en Boyacá, 1936-1957**. Se enmarca dentro de ésta línea de investigación de la Facultad, al proponerse desde una mirada macro determinar la organización político administrativa que ha tenido la salud en Colombia en el periodo en estudio; su operatividad en Boyacá, en la ciudad de Tunja y en el Hospital San Rafael de esta ciudad.

La revisión bibliográfica arroja estudios previos a nivel Nacional sobre el tema, sin

embargo la operatividad en Boyacá no se menciona¹.

El incursionar sobre este tema, enriquece la línea de investigación en Historia de la Facultad. Permite una mirada más amplia que explica los antecedentes de la actual situación de la salud en el Departamento, trasciende la mirada biologicista de la salud y da elementos de reconstrucción histórica para reconocer ancestros, realizaciones, corregir errores y continuar como Facultad comprometidos en la salud del Departamento.

En el **Tiempo**, la investigación se inicia en el año de 1936, con la Reforma Constitucional motivada e implantada por el entonces Presidente de la República Alfonso López Pumarejo, a partir de la cual se inició una transformación sociopolítica y económica del país, retomando el Estado sus responsabilidades particularmente en la salud, en tal forma que esta pasara de ser un problema individual o el compromiso de la iglesia como expresión de su fe, a un deber cívico social. Esta Reforma llevó a la creación por primera vez en la historia del país de

¹ RESTREPO VILLA, Guillermo. El Derecho a la Salud Pública Colombiana. Medellín: Universidad de Antioquía. Escuela Nacional de Salud Pública. 1980.

un Ministerio que política y administrativamente estableciera estrategias y organismos para la salud a nivel Nacional con proyección a los Departamentos y Municipios: **El Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social.**

El periodo en estudio abarca hasta 1957 a fin de poder identificar la operatividad del **Ministerio de Salud Pública** creado en 1953 y sus realizaciones en los primeros años que abarcan la dictadura de Gustavo Rojas Pinilla y finalización de la etapa del intervencionismo extranjero.

El estudio de corte Retrospectivo, Descriptivo, Explicativo, busca determinar en el periodo 1936-1957, la organización política y administrativa en salud a nivel Nacional, contextualizandola a partir de la situación política, económica y cultural del país, que permitan explicar las razones que llevan al Estado a comprometerse en la salud de la población y cómo la problemática regional y los recursos humanos y de infraestructura física, inciden en Boyacá en la operatividad a nivel Departamental, Municipal e Institucional de esa estructura administrativa dada por el Nivel Nacional.

La Información se recolectó en Fuentes Primarias: Archivo General de la Nación, Archivos y Biblioteca del Ministerio de Salud; Archivo Departamental de Boyacá; Archivo Regional de Boyacá; Secretaria de Salud Departamental y el Hospital San Rafael de Tunja. El índice de Leyes, Decretos, Resoluciones, Ordenanzas, Contratos se incluyen en este estudio como anexos; material que se deja foliado

en el Museo de Historia de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. La bibliografía anexa a la presente investigación a demás de permitir el análisis complementó y enriqueció las fuentes primarias.

El Testimonio Oral se limitó al cuidado de Enfermería, ante la ausencia de fuentes primarias al respecto. Se entrevistó a personas que habían dado cuidado de enfermería durante el periodo en estudio; esto permitió la expresión de sentimientos, emociones y aclarar elementos de subjetividad para confrontar y analizar la veracidad de la información verbal con la información recogida en las fuentes primarias.

La Doxología de la información recolectada permitió la sistematización en: Tema, Tiempo y Espacio. El Tema “Organización político administrativa” se transpolo del nivel Nacional, al Departamental, al Municipal y al Institucional. Estos niveles constituyeron el espacio del estudio en mención.

El Tiempo se organizó en los periodos que generaron una nueva organización político administrativa en salud:

República Liberal. 1936-1946

Hegemonía Conservadora. 1946-1953

Dictadura Militar, 1953-1957

Los resultados de la investigación se organizaron en cuatro capítulos: El primero hace referencia a las políticas fundamentales de los gobiernos durante el periodo en estudio y sus realizaciones en salud concretadas en la organización de una estructura administrativa autónoma y con funciones específicas para la salud: Los Ministerios de Higiene, Trabajo y Previsión Social; Ministerio de Higiene y Ministerio de Salud Pública.

En un segundo capítulo se plasma la implementación en Boyacá de la estructura político administrativa dada por el Ministerio para los departamentos.

El hospital como el organismo asistencial es reconocido socialmente como el prestador de servicios de Salud y donde se proyecta de manera práctica los cuidados a la población; es la razón por la cual se hace mención en el capítulo tercero a un hospital específico del Departamento de Boyacá, el HOSPITAL SAN RAFEL DE TUNJA.

El cuidado de enfermería es parte fundamental del cuidado de la salud. Como investigadores de la disciplina de la enfermería se hizo necesario en éste estudio investigar la forma de prestación de este cuidado a las comunidades; se finaliza la investigación con las conclusiones.

La investigación se planteó inicialmente con el objetivo de determinar, cómo las

políticas de salud durante el periodo en estudio repercutían en la administración del cuidado de enfermería en el Hospital San Rafael de Tunja. A pesar de haber hecho un estudio de campo previo a la presentación del proyecto, durante la consecución de la información para la investigación, se encontró que no había archivos sobre la administración del cuidado de enfermería en el Hospital San Rafael de Tunja ni en ninguna de las fuentes primarias mencionadas. Ante esta primera conclusión de la investigación se dio un viraje a la misma para investigar sobre la estructura administrativa y políticas en Salud a Nivel Nacional y cómo estas repercutían a nivel del Departamento de Boyacá y del Hospital San Rafael de Tunja, constituyéndose ésta un aporte inicial a nivel macro histórico para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

COLOMBIA, ORGANISMOS PARA LA SALUD

El presente capítulo se refiere a las políticas de los gobiernos para la administración y desarrollo de la Nación con especial referencia a aquellas que se relacionan con el sector salud.

Revisando literatura, se retoma lo planteado por los autores Guillermo Restrepo y Agustín Villa, en su libro *Desarrollo de la Salud Pública Colombiana*². Clasifican el proceso de desarrollo de la salud en Colombia por unos modelos que se ajustan al proceso investigativo que se llevó a cabo.

El **modelo higienista** que va desde la Constitución de 1886 hasta 1938, hizo énfasis en mecanismos de control sanitario y el conjunto de acciones de control de enfermedades transmisibles en el medio. A partir de 1887 se adoptó la forma centralista en el gobierno y se expidió la Ley 30 que creó la Junta Central de Higiene; estableciéndose también las direcciones departamentales de higiene (Foto 1).

² RESTREPO, Guillermo y VILLA, Agustín. *Desarrollo de la Salud Pública Colombiana*, Escuela Nacional de Salud Pública: Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, 1980.

Por medio de la Ley 84 de 1914, se derogó la Ley 33 que había creado el Consejo Superior de Sanidad, que ejercía la dirección, vigilancia y reglamentación de la higiene pública y privada, para crearse la JUNTA CENTRAL DE HIGIENE y las direcciones departamentales, intendenciales y comisariales de higiene con dependencia del Ministerio de Gobierno.

Esta Junta Central de Higiene fue reemplazada, en 1918 por la Ley 32, por la oficina llamada DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PÚBLICA, incluyéndose medidas como control de enfermedades venéreas, creación de la policía sanitaria, organización de los hospitales generales con servicios de obstetricia y pediatría, establecimiento del dispensario para niños “gota de leche” y servicio médico escolar.

Dentro de este modelo higienista se estableció la organización del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social con influencia del subsector de caridad conformada por comunidades religiosas que se incorporaron a los hospitales en el proceso de organización.

En el **modelo intervencionista** la salud empezó a entender como función del Estado procurando el bienestar de la comunidad. Se cambiaron los patrones europeos predominantes por los norteamericanos, las fundaciones norteamericanas, especialmente Rockefeller y Kellogg dieron aportes económicos y técnicos para este desarrollo. Se fortaleció la investigación que aunque financiadas por entidades extranjeras, capacitó personal.

Al apropiarse el Estado de la salud del país se organizó el Ministerio de Higiene, se establecieron campañas de protección materno infantil, centros y puestos de salud para toda la población. Se hizo énfasis en la medicina preventiva, saneamiento ambiental, inmunizaciones, educación sanitaria, ampliación del equipo de salud, mejoramiento de los sistemas estadísticos que permitió un control de las acciones en salud.

Dentro de este proceso de intervencionismo estatal y paternalismo extranjero, se fueron dando avances en el desarrollo de la Salud Pública, cambiando de denominación el Ministerio de Higiene a Ministerio de Salud Pública, dándose inicio a un modelo de **salud pública**, haciendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, contribuyó a orientar esta fase creando en este Ministerio una estructura vertical de orientación extranjera, separando los aspectos preventivos a cargo del subsector oficial y las curativas bajo la responsabilidad del subsector de la caridad.

El siglo arranca con una hegemonía conservadora que va hasta 1930. Allí comienza la República Liberal hasta 1946; iniciándose luego el mandato conservador con Mariano Ospina Pérez, terminando éste en 1953 con la dictadura de Gustavo Rojas Pinilla quien gobierna hasta 1957. Ante la situación de dictadura militar y de violencia partidista que enfrentaba el país, en 1956 se crea el “Frente Nacional” mediante el pacto de Benidorm, por el cual se acuerda alternar la presidencia por un tiempo de 16 años entre liberales y conservadores; éste pacto da inicio en 1958 con el gobierno de Alberto Lleras Camargo primer presidente del Frente Nacional, de filiación política liberal.

En el presente capítulo para analizar los hechos relevantes en la vida política del país y su repercusión en el sector salud, se ha dividido el tiempo histórico en tres periodos así: La República Liberal; la Hegemonía Conservadora, la Dictadura Militar.

1.1 República Liberal (1930 – 1946)

Durante los años de mandato conservador de casi medio siglo (1886 – 1930), éste se vio enfrentado a dos sangrientas guerras civiles, la de 1895 y la Guerra de los Mil Días y a una serie de situaciones conflictivas sociales, económicas y políticas generadas en dicha época. Los movimientos revolucionarios y de organización sindical, plantearon luchas por reivindicaciones, incluidas las de la salud y la

seguridad social; se polarizaron los sectores sociales en torno al problema de los enclaves extranjeros, lo cual precipitó la crisis de la Hegemonía Conservadora.

Uno de los acontecimientos que más influyó en el desarrollo del país en los años 30 fue la “**gran depresión mundial**” que afectó a Colombia por dependiente del mercado internacional y que obligó al país a impulsar el desarrollo de una industria propia.

Las exportaciones e importaciones se redujeron notablemente debido a la escasez de dinero y de productos en el mercado internacional.

El partido liberal asumió el poder en 1.930 bajo el mando del boyacense **ENRIQUE OLAYA HERRERA³ (1930–1934)**; este presidente en su administración propició la participación de los partidos políticos, dándosele a éste gobierno la denominación de “Concertación Nacional”, con el cual se inicia el cambio en el país que tuvo su culmen en las reformas de **ALFONSO LOPEZ PUMAREJO⁴ (193 –1938)**.

³ ARIZMENDI POSADA, Ignacio. Nueva Historia de Colombia. “Presidentes de Colombia 1810 – 1991”, Colombia, Editorial Planeta, 1.989. P. 229-232

⁴ Ibid. P. 233-236.

El motor del programa de gobierno de López Pumarejo, fue la modernización del Estado ante el proceso de urbanización y los grandes desequilibrios regionales. El gobierno asumía un papel más activo, que trascendía la concepción conservadora, que favorecía a la propiedad privada, en alianza con la Iglesia Católica y respetuosa de sus principios en cuanto al orden moral y fomento de las obras de caridad cristiana. Esta concepción liberal del Gobierno, de función social y por lo tanto con deberes frente a los individuos y a la sociedad, se plasmó en el acto legislativo de la Reforma Constitucional de 1936⁵, cuyo aporte básico para la salud fue la responsabilidad del Gobierno en la Asistencia Pública; con una nueva política que modificó no solo la prestación y cobertura del servicio ampliándola a las clases sociales desprotegidas y obreros, sino que condujo a un cambio administrativo en salud, con la creación del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social mediante Ley 96 del 6 de Agosto de 1938⁶.

La reforma Constitucional hacía referencia a la salud específicamente los artículos:

Artículo 39: “La asistencia pública se le debe prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirlo de otras personas, esten físicamente incapacitados para trabajar. La Ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado”.

⁵ ALVAREZ, Luis Alberto. Colombia Hoy Perspectivas hacia el siglo XXI. 14ª Edición, Bogotá, Editores de Colombia S.A, 1991, P. 181 – 182.

⁶ CASTRILLON AGUDELO, María Consuelo. “Formación Universitaria de Enfermeras en Colombia 1937-1981”. En: Revista Investigación y Educación en Enfermería, Vol. IV, N° 1, Bogotá, Marzo de 1986. P. 57.

Artículo 120: “Corresponde al presidente ejercer el derecho de inspección y vigilancia sobre instituciones de utilidad común, para que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en todo lo esencial se cumpla con toda la voluntad de los fundadores.”⁷

La reforma se refería a otros sectores de desarrollo:

- ❖ Reforma Agraria, en donde se garantizaba el concepto de propiedad y se obligaba a entregar las tierras, cuando eran explotadas inadecuadamente, propendiendo por la igualdad de condiciones de vida y favoreciendo a las clases sociales postergadas.
- ❖ Reforma Electoral, que Incluyó la cedulación estatal de los ciudadanos y otorgaba el derecho al voto a los analfabetas, haciendo del sufragio un derecho de toda la población y asegurando la participación democrática ciudadana.
- ❖ Reforma Tributaria. En que se exigía cobrar impuesto según los bienes de los individuos.
- ❖ Reforma Educativa. Con esta se aumentó el presupuesto para la educación, se dotó de infraestructura locativa y de material didáctico a la Universidad Nacional, se promovió la formación de los educadores, se impulsó la

⁷ Acto Legislativo N° 1 de 1.936. En: EL BOYACENSE. Año LXXI. N° 1640. Tunja, Lunes Septiembre 14 de 1.936. Archivo Departamental P. 283 – 286.

laicización de la educación y la libertad religiosa de la enseñanza, con una educación fundamentada en principios éticos civiles y libertad ciudadana.

Antes de 1936, la salud era considerada como un problema individual, en donde el Estado no asumía una responsabilidad plena sobre el bienestar de la población, delegándose en gran mayoría la prestación de los servicios a las instituciones denominadas “Lugares de caridad”, los cuales estaban a cargo de los religiosos y ciudadanos católicos, que como expresión de su fe en Dios prestaban su colaboración voluntariamente y aseguraban el sostenimiento económico de las mismas.

Dentro de los programas de gobierno y la organización político administrativa de la Nación, la salud no era un sector prioritario, dependía de las demás instancias estructurales de la administración gubernamental; fue así como en 1918 se creó la Dirección Nacional de Higiene⁸, la cual terminó con la policía sanitaria⁹ ubicándose la administración de la Salud como una dependencia de los Ministerios de Agricultura, Comercio, Industrias y Trabajo, Gobierno e Instrucción Pública¹⁰; esto

⁸ QUEVEDO, Emilio. “¿Políticas de Salud o Políticas Insalubres?. De la Higiene a la Salud Pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX”. En: Medicina y Salud en la Historia de Colombia, Tunja, Colección Memorias de Historia, IX Congreso Nacional de Historia de Colombia 1995. P. 152.

⁹ ABEL, Christopher. Ensayos de la Historia de la Salud en Colombia 1920 – 1990. Bogotá 1.996, Instituto de Estudios Políticos y de Relaciones Internacionales de la U.N.CEREC. P. 77.

¹⁰ VELANDIA, Ana Luisa. Historia de la Enfermería en Colombia. Etapa 1935 – 1954. Bogotá, Ediciones de la Universidad Nacional, Facultad de Enfermería 1995. P. 80.

demuestra no – claridad en los objetivos de la salud y falta de autonomía para políticas específicas del sector. La organización administrativa de la salud estaba ubicada antes de la aprobación de la Ley 96 en la siguiente forma: Departamento Nacional de Higiene, que pertenecía al Ministerio de Instrucción Pública y la Superintendencia e Instituciones de Utilidad Común, las cuales estaban a cargo del Ministerio de Gobierno.

Aún cuando en la Constitución de 1886 se consideraba la salud como un deber del Estado¹¹; éste principio no había sido operativo, no solamente por la situación política y socioeconómica del País, sino porque no existía un organismo específico para la salud de la población que ejerciera vigilancia sobre los sistemas de prestación de servicios. La creación del Ministerio que involucraba la salud y el trabajo vino a llenar este vacío, sin embargo aun atendía a dos frentes: La Seguridad Social de la clase obrera y la Salud.

Estas reformas de modernización del Estado tuvieron grandes oposiciones del conservatismo, de la Iglesia y de las elites económicas que se veían afectadas con sus propiedades y latifundio; ya que la Iglesia estaba a favor de las ideas conservadores y no les favorecía a éstos ni a las clases sociales altas la ejecución de la reforma, pues ésta planteaba buscar el equilibrio socioeconómico de la población.

¹¹ Constitución Política de Colombia 1886. “Artículo 19”. Bogotá Colombia, Ediciones Enfasar 1982, P. 16.

El nuevo Ministerio tuvo como finalidad, la protección del trabajador y los asuntos laborales, la atención a la población con respecto a las enfermedades de mayor incidencia como la lepra, sífilis, tuberculosis, paludismo y pian¹², las cuales no sólo repercutían en el individuo, sino en el desarrollo socioeconómico del país; además se tuvo una nueva visión en salud ya que se consideraban las condiciones de trabajo, el medio ambiente, la vivienda, las costumbres y la cultura como determinantes de la enfermedad, logrando de este modo buscar y proponer estrategias de solución y mejoramiento de las condiciones de vida del pueblo Colombiano.

Para poder cumplir con los objetivos que se propuso, el Ministerio se organizó estructuralmente en nueve departamentos con sus respectivas secciones las cuales eran:

- Departamento de Negocios Generales
- Departamento Administrativo
- Departamento Nacional de Trabajo
- Departamento de Cooperativas y Previsión Social
- Departamento de Servicios Coordinados de Higiene
- Departamento de Lucha Antileprosa

¹² Infección no venérea producida por la Espiroqueta *Treponema Pertenu*, que se transmite por contacto directo y se caracteriza por la aparición de lesiones ulcerosas crónicas en cualquier punto del organismo, con eventual destrucción del hueso y otros tejidos.

- Departamento de Protección Infantil y Materna
- Departamento de Asistencia Social
- Departamento de Ingeniería Sanitaria

Dentro de esta organización, en el campo de la Salud, se destacó el **Departamento de Negocios Generales**, el cual retomó nuevamente la policía sanitaria, y la Sección Jurídica, para dirigir la legislación sobre el trabajo y el control de los problemas relacionados con enfermedades comunicables.

En el **Departamento de Cooperativas y Previsión Social**, se hizo cargo del mejoramiento de las condiciones generales de los asociados a las cooperativas y mejora de las condiciones de vivienda para los trabajadores.

La dirección y control de las unidades y comisiones sanitarias, centros mixtos, direcciones y secretarías departamentales de higiene, direcciones municipales de higiene y demás servicios de sanidad, eran efectuados por el **Departamento de Servicios Coordinados de Higiene**. Contaba para el ejercicio de sus funciones con las siguientes secciones:

1. Sección de Sanidad, la cual dirigía las campañas de sanidad rural, portuaria y veterinaria, controlaba y asesoraba a los inspectores sanitarios y personal de estas campañas.

2. Sección de Lucha Antituberculosa. Que tenía tres funciones importantes: Dictar normas para la realización de las campañas contra la tuberculosis; orientar la acción de sanatorios, dispensarios y hospitales para que tuvieran este servicio; y asegurar la profilaxis en vivienda y alimentación.

3. Sección de Lucha Antivenérea, la cual debía dictar normas y realizar campañas contra las enfermedades venéreas, en los diferentes organismos de salud.

4. Sección de Educación y Propaganda. A su cargo se encontraba la supervigilancia de las enfermeras supervisoras y la dirección de cursos para las enfermeras visitadoras, los inspectores, los supervisores de sanidad y para los médicos que trabajaban en campañas de higiene.

5. Sección de Estudios Especiales. En cooperación con la Fundación Rockefeller se encargaba de las campañas contra la fiebre amarilla.

6. Sección de Institutos y Laboratorios. Estaba a su cargo la vigilancia de los laboratorios químicos; los industriales, farmacéuticos públicos y privados, la fabricación de medicamentos para las campañas sanitarias, los organismos de epidemiología y el laboratorio de investigación y lepra “Federico Lleras Acosta”.

7. En los perfiles epidemiológicos del país, la lepra mostraba una alta incidencia en la población; en respuesta a este problema de salud, se creó el **Departamento de Lucha Antileprosa**, que estaba encargado de dirigir las campañas contra la lepra y los centros de asistencia para leprosos.

Las instituciones oficiales y particulares de protección infantil y materna (Patronatos, refugios maternos, jardines infantiles, gota de leche, sala cunas, consultorios prenupciales, prenatales y de niños sanos y enfermos) eran controlados y orientados por el **Departamento de Protección Infantil y Materna**, el cual también ejercía la dirección de medicina escolar en las instituciones educativas públicas. Este Departamento contaba con las siguientes secciones para prestar los servicios anteriormente mencionados:

1. Sección de Eugenesia, Maternidad y Primera Infancia.
2. Sección de Educación Eugénica, Prenupcial y Prenatal, que organizaba la vacunación de BCG, Antidiftérica y Antivariolosa.
3. Sección de Preescolares, Escolares, Infancia Abandonada, Niños Enfermos y Anormales.

Otro Departamento se creó para ejercer dirección administrativa y técnica de la asistencia pública y la beneficencia del país y la superintendencia de las

instituciones de utilidad común con el nombre de **Departamento de Asistencia Social**.

El **Departamento de Ingeniería Sanitaria**, dirigía y controlaba el planeamiento, construcción y financiamiento de todas las obras sanitarias, de higiene o asistencia pública con fondos públicos o privados¹³.

Lo que aparece claro en este Ministerio es la fusión entre política social laboral y política sanitaria, en un momento en que el Estado debe responder con decisiones concretas a los múltiples problemas de dimensiones nuevas, resultado de todo el proceso de consolidación del capitalismo, expresado en el crecimiento de la clase obrera, la urbanización, los conflictos agrarios y el empobrecimiento de gran parte de la población; todo esto trae grandes consecuencias en la salud y se modifican los perfiles epidemiológicos.

Con la creación del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social se dio un gran avance permitiendo la intervención del Estado en las instituciones de beneficencia, las filantrópicas y fundaciones privadas, para ejercer vigilancia en la prestación del servicio y en el manejo de los recursos.

¹³ CAICEDO CASTILLA, José Joaquín. Memoria del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. “Organización del Ministerio, Decreto 2392 de 1938 (Diciembre 30)”, Bogotá, Imprenta Nacional, 1939. Ministerio de Salud P. 11 – 28.

Las entidades y funciones de salud que estaban atomizadas en los diversos ministerios se ubicaron en un ministerio autónomo. Las dependencias y reglamentaciones que surgieron con la creación del ministerio, evidenciaban la concepción de salud más allá de la enfermedad, de medidas de prevención e incipientes en promoción y educación para la salud, de mejoramiento de las condiciones de vida, buscando las causas de la enfermedad y fomentando estrategias concretas como campañas de saneamiento ambiental y control epidemiológico.

Como parte de la organización de los sistemas de prestación de servicios de salud a la comunidad, estaba la preparación adecuada del recurso humano y la definición de funciones, que se especificaban en los decretos reglamentarios de la ley que creó este Ministerio. Gran apoyo prestaron en la formación de personal de salud los Organismos Internacionales. Para López Pumarejo, era clara su política Social con un Estado interventor y liberal. Sin embargo no bastaba la legislación y las reformas; era necesario un desarrollo técnico que las pusiera en marcha, de la cual el país adolecía; fue así como se fue consolidando el proceso de intervención norteamericana en la toma de decisiones en salud, enunciada en la “Política del BUEN VECINO” que sin duda contribuyó a la capacitación del personal, al desarrollo de programas para ampliar coberturas, a la dotación de algunos servicios y a la apropiación de saberes y tecnología propias. Sin embargo los

intereses económicos y estratégicos de los Estados Unidos no siempre respondían a las necesidades efectivas del país.

EDUARDO SANTOS (1938 – 1942)¹⁴, continuó con los programas de Alfonso López; sin proponer cambios fundamentales debido a que prefirió la conciliación de los partidos a la modernización del Estado, llamándose éste periodo “Gobierno de pausa”.

El segundo gobierno de **ALFONSO LOPEZ PUMAREJO (1942 – 1945)**¹⁵ No fue tan próspero como cuando gobernó por primera vez. Hizo una política de restricción monetaria para frenar la inflación, consecuencia del gobierno de Eduardo Santos y continuó con la ejecución de las reformas iniciadas en su gobierno anterior; impulsó reformas parciales entre las cuales se destacan la ciudadanía a la mujer, sin derecho al voto.

Ante la fuerte oposición conservadora, el debilitamiento del partido liberal, las secuelas económicas de la Segunda Guerra Mundial y la oposición a sus políticas, presentó renuncia irrevocable a su cargo ante el Congreso, quien la aceptó.

¹⁴ ARIZMENDI. Op. Cit. P. 237-240.

¹⁵ Ibid. P. 233-236.

ALBERTO LLERAS CAMARGO (1945 – 1946)¹⁶, ocupó la presidencia e inauguró un gobierno “Puente de Unidad Nacional” con participación del conservatismo.

Este periodo de la República Liberal correspondió a los comienzos del intervencionismo del Estado, a un proceso de laicización y la injerencia de fundaciones extranjeras y organismos internacionales en la economía del país.

1.2. Hegemonía Conservadora (1946-1957)

El liberalismo se presentó dividido en las elecciones de 1946 con los candidatos JORGE ELIECER GAITAN y GABRIEL TURBAY, lo que ocasionó el ascenso de los conservadores al poder con el gobierno de **MARIANO OSPINA PEREZ (1946-1950)**¹⁷ llamado “el gobierno de los Industriales” por el apoyo que dio a la industria fabril y artesanal.

Este gobierno de política conservadora, restringió el poder político y administrativo a los aliados de éste partido. Fue tan radical en sus inicios esta forma de gobierno, que llegó a instituir una policía conservadora y fanática que fomentó la violencia partidista, especialmente en los pueblos de Boyacá y el Valle del Cauca.

¹⁶ Ibid. , P. 245-248.

¹⁷ Ibid. , P. 249 – 253.

Durante su gobierno un hecho que conmocionó y cambió el rumbo del país, fue el asesinato de JORGE ELIECER GAITAN, Jefe del liberalismo, generándose así una situación insurreccional en ciudades y pueblos. La reivindicación liberal luego de la muerte de Gaitán, hizo que Ospina permitiera a este partido la participación política, lo cual no apaciguó la situación de violencia que vivía el país porque esta participación no se dio en los dirigentes departamentales y locales.

Un gran número de proyectos se presentaron al congreso en 1945 que expresaban la ideología de la Revolución en Marcha de López Pumarejo, que propendían por crear un Ministerio para la Seguridad Social de los trabajadores, más allá del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, cubriendo las enfermedades no profesionales, la maternidad, la invalidez, la vejez, los accidentes de trabajo y la muerte.

El gobierno de Mariano Ospina Pérez retomó estos planteamientos y vio la necesidad de separar el Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social en dos ministerios en forma tal que tuvieran objetivos bien concretos: La salud pública, el trabajo y la seguridad social de la población¹⁸.

A partir del cambio de concepción de salud que definió la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD” como un estado completo de bienestar físico, mental,

¹⁸ Ley 27 de 1946 (Diciembre 2).

social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁹; También definió la salud “como condición fundamental para lograr la paz de las colectividades y los Estados”. La OMS, exigía a los gobiernos fortalecer los servicios de salubridad mediante la adopción de medidas sanitarias sociales adecuadas, así como estudiar y dar a conocer junto con la colaboración de organismos especializados, cuando fuese necesario, técnicas administrativas y sociales que afectaron la salud pública y la asistencia médica desde los aspectos preventivo y curativo, incluyendo los servicios hospitalarios y el seguro social, siendo éste uno de los factores que contribuyó al cambio organizacional y administrativo del nuevo Ministerio para la Salud.

Un factor más que contribuyó en la organización del Ministerio de Higiene, fue la intervención de organismos Internacionales, tales como el Servicio Interamericano de Salud Pública²⁰, el Instituto de Estudios Especiales “Carlos Finlay” de la Fundación Rockefeller, que más tarde formó parte de este Ministerio, los cuales abogaban por un organismo con personal capacitado y especializado en los ramos de la Higiene y la Salubridad Pública.

El Ministerio de Higiene se creó mediante la Ley 47 de 1946 (Diciembre 2)²¹, a partir de un proyecto presentado por el entonces Ministro de Higiene, Trabajo y

¹⁹ Constitución de la OMS (New York, 22 de Julio de 1946), Ley 19 de 1959 (Mayo 13). En: DIARIO OFICIAL. Año XCVI. N° 29951. Bogotá, DE. Lunes 18 de Mayo de 1959, P. 425-428

²⁰ ABEL. Op. cit. P. 79

²¹ VELANDIA. Op. cit. P: 79

Previsión Social, el médico Jorge Bejarano. La idea de éste ministerio había empezado a gestarse desde los finales de la hegemonía conservadora, con el Ministro José Antonio Montalvo, quien presentó un primer proyecto; este fue archivado sin recibir aprobación.

Al crearse este Ministerio se le dio una organización autónoma con dependencias y funcionarios específicos. Mediante Decreto 25 de 1.947 se organizó así:

- Gabinete del Ministro
- Secretaría General
- Departamento Jurídico
- Departamento Administrativo
- Departamento de Divisiones Técnicas
- Escuela Superior de Higiene
- Organismos Nacionales de Higiene
- Organismos Internacionales de Higiene

De las dependencias mencionadas, se hace especial mención a la organización y funcionamiento de las más directamente implicadas con la salud de la población²².

²² Decreto N° 25 de 1947. Archivo Ministerio de Salud. Decretos y Resoluciones P: 1-33.

El Departamento Jurídico se encargaba de realizar el control de estupefacientes por medio de la dirección de la Policía Sanitaria.

El **Departamento Administrativo**, en coordinación con otros departamentos, era el responsable del control de los Lazaretos y Leprocomios.

Dentro de la organización ministerial, el **Departamento de Divisiones Técnicas** cumplió las funciones de organizar las estadísticas de salubridad relacionadas con la población, al igual que el estudio y organización de campañas contra enfermedades infectocontagiosas (lepra, tuberculosis, venéreas), malaria y pian. Este departamento atendía los aspectos de higiene materno infantil, escolar y dental, lo mismo que el control sobre la nutrición y los alimentos. Correspondía también a esta dependencia la educación para la salud como estrategia en la prevención de las enfermedades y en el manejo de las condiciones de vida de la población, específicamente en medidas de higiene e inspección sanitaria.

La ejecución de dichas funciones, se realizó por medio de la estructuración de este departamento en las Divisiones técnicas de:

- Bioestadística
- Enfermedades comunicables
- Higiene materno infantil
- Educación sanitaria

- Nutrición y alimentos
- Tuberculosis
- Lepra
- Venéreas y Píam
- Asistencia Pública y Previsión Social que se encargaba de dirigir administrativa y técnicamente la asistencia pública, privada y la beneficencia.
- La División de Ingeniería Sanitaria y de Inspección Nacional de Salubridad y Asistencia Pública, llevaba a cabo el planeamiento, construcción, funcionamiento, orientación, fiscalización, reglamentación y unificación de todos los organismos sanitarios.

Para la preparación de personal técnico que requería el desarrollo y funcionamiento de la salud en el país, se creó la **Escuela Superior de Higiene**, la cual contó para su organización, diseño de los planes de estudio y la formación de personal, con la Fundación Rockefeller y otros Organismos Internacionales²³.

Los **Organismos Nacionales de Higiene** estaban conformados por el Consejo de Sanidad; el Consejo Nacional de Nutrición y Alimentación; el Consejo Nacional de Protección Infantil y Juntas Centrales de títulos médicos, odontológicos y farmacéuticos.

²³ CASTRILLÓN. , Op. cit. P. 57.

Los **Organismos Internacionales**, contaban con entidades como el Instituto de Estudios “Carlos Finlay” de la Fundación Rockefeller, el cual tenía como una de sus funciones la fabricación de la vacuna Antimalárica y los estudios epidemiológicos del paludismo y otras enfermedades infectocontagiosas. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública²⁴, creado en 1943 por el Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social, y por la iniciativa del representante del Instituto de Asuntos Interamericanos y del Director de salubridad y saneamiento del mismo instituto, tenía como objetivo proteger la salud y mejorar las condiciones de salubridad de la población a través de la protección y saneamiento del medio ambiente.

Este programa de Servicio Cooperativo, se desarrollo por medio de proyectos que se clasificaron en los siguientes campos de acción:

- Control de Enfermedades Específicas (13 proyectos)
- Saneamiento Ambiental (3 proyectos)
- Centros de salud, administración y
Servicios de consulta a los mismos (20 proyectos)
- Entrenamiento y Educación (4 proyectos)
- Centros de Salud, construcción,
adaptación y rehabilitación (21 proyectos)

²⁴ Informe de la Conferencia sobre Cooperación Técnica Bilateral en Salud Pública en Colombia. Bogotá DE. 27 de Enero a 10 de Febrero de 1956. P 105-114.

➤ Otros servicios de salud (8 proyectos)

La financiación para la ejecución de dichos proyectos, era dada conjuntamente por los Estados Unidos y Colombia, con autonomía específica para organizar los servicios propios de la salud. Este ministerio continuó con las políticas específicas para la salud del anterior ministerio, ampliando la concepción higienista para trascender del saneamiento del medio a la medicina preventiva que incluye la prevención de las enfermedades, prolongación de la vida, control de las enfermedades prevenibles, organización de los servicios de salud y el diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades. Se trata de las acciones del Estado frente a la salud de la población.

Este Ministerio tuvo dificultades de funcionamiento debido al cambio y a la situación que afrontaba el país; se mencionan algunas²⁵:

- Por problemas políticos se despedían a los funcionarios lo cual provocó falta de compromiso y continuidad en los diferentes programas; las acciones realizadas con la Salud Pública se abandonaron, debido a la escasez de funcionarios profesionales y al auge de la medicina privada²⁶.

²⁵ ABEL. Op. cit. P: 128-130.

²⁶ CALVO NUÑEZ, Aroldo y otros. El nuevo enfoque de la salud en Colombia. Bogotá, Editorial Canal Ramírez – Antares. 1.979. P. 3

- El Ministerio asignaba sumas concretas para determinadas áreas, las cuales se distribuían a funcionarios según color político, en becas, contratos de construcción y dotación. En otros casos se utilizaba para sufragar gastos suntuarios de los servicios que prestaba el Ministerio, en vez de invertir adecuadamente los recursos presupuestales en programas que beneficiaran a la población.

- En 1.950 la Fundación Rockefeller disminuyó el aporte de dineros al Ministerio de Higiene y este debió responsabilizarse económicamente de todos los programas y proyectos existentes.

- La organización efectiva de la salud Pública se frustró por falta de cooperación en el trabajo entre las autoridades sanitarias nacionales, departamentales, municipales y por que las Beneficencias de los departamentos se negaron a permitir la injerencia del Estado en la administración y distribución de los recursos financieros²⁷.

- Los comités de caridad querían conservar su autonomía, se resistían a cambiar las prácticas tradicionalmente establecidas y se oponían a devolver al Estado los servicios para los pobres.

²⁷ Resolución N°9 de 1.938. En: EL BOYACENSE, N° 173, Año LXXIII, Tunja, Enero 11 de 1939. Archivo Departamental P. 1

- Muchos Centros de Higiene se cerraron debido a la deficiente administración municipal, a la falta de preparación y responsabilidad ciudadana y a la limitada dotación de las instalaciones, quedando reemplazados por los servicios ambulatorios que dependían directamente de los Departamentos.

- Si bien los organismos de Cooperación extranjera ayudaron económica y técnicamente en la ejecución de los programas propios de este Ministerio, la contraprestación de parte de la población Colombiana, generó problemas de dependencia del gobierno a las entidades extranjeras, se fomentó el paternalismo, se apoyaron sistemas de educación y de tecnología que en muchas ocasiones no correspondían a la realidad cultural, económica y social de la población. La situación de violencia política que enfrentaba el país, no permitió tomar conciencia de los limitantes de estos programas de cooperación para tomar las medidas de adaptación requeridas.

Sucedió a Ospina Pérez el gobierno conservador de **LAUREANO GOMEZ CASTRO**²⁸ (1950-1953) quien intentó reformar la constitución de 1886, encontrando oposición en su propio partido; además tuvo que enfrentar problemas continuos de violencia y orden público. Aislado y enfermo delegó el poder a **ROBERTO URDANETA ARBELAEZ**²⁹ el 5 de Noviembre de 1951. Fue en éste

²⁸ ARIZMENDI. Op. cit. P. 255-258.

²⁹ Ibid. P: 259-262.

periodo cuando surgió la guerrilla campesina liberal, con organización y programas de acción política.

El 16 de Abril de 1953 el gobierno de Urdaneta Arbeláez, cambió la denominación del Ministerio de Higiene por Ministerio de Salud Pública, organizándolo con las siguientes dependencias:

- Gabinete del Ministro
- Departamento de Secretaria y negocios generales
- Departamento de Salubridad
- Departamento de asistencia Pública y Previsión Social
- Departamento de Tuberculosis y Lepra
- Departamento Administrativo³⁰

Las funciones que debía ejercer cada una de estas dependencias se continuaron ejecutando de acuerdo a las establecidas en el Ministerio anterior, se integraron algunas dependencias para evitar superposición de funciones y subutilización del personal.

El cambio de denominación obedeció a las funciones que ejercía el Ministerio de Higiene, que iban más allá de las medidas sanitarias, se empezaba a gestar un

³⁰ Decreto N° 0984 de 1953 (16 de Abril). Orgánico de las dependencias, personal y organizaciones del Ministerio de Salud Pública.

concepto de salud más amplio; la persona y su ambiente, el hecho de denominarle Salud Pública indicaba que era el organismo responsable de la salud del país.

Con el nuevo concepto de salud del Ministerio, se creó el Consejo Nacional de Salud Pública con miembros de diferentes profesiones para asegurar un trabajo interdisciplinario. Hacían parte, de este Consejo, un representante por cada uno de los siguientes estamentos: El Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, la Caja de Previsión Social; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales; las Facultades de medicina; odontología, enfermería, la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional; las demás Universidades oficiales y particulares del país y el presidente de la Cruz Roja Colombia. Este Consejo tenía como función, formular una política nacional de salud y asistencia pública, así como determinar estrategias para asegurar la coordinación con las entidades dedicadas a la salud y la asistencia pública (Artículos 43 y 44).

Se constituyó así mismo el Consejo Nacional de Profesiones Médica y Auxiliares, con el objeto de integrar todas las profesiones en salud, incluyendo enfermería; esta profesión tenía por representante al Decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional y a un delegado de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia "ANEC". El Consejo proponía los proyectos de reglamentación de las profesiones médicas y auxiliares, recomendaban normas para la inspección del ejercicio de las profesiones y actuaba como tribunal de apelación en los aspectos éticos y legales de las profesiones (Artículo 46).

1.3. Dictadura Militar

A mediados de 1953 los partidos estaban destrozados: Los conservadores divididos, los jefes liberales en el exilio y los grandes sectores del campesinado liberal en armas; por esta razón el 13 de Junio del mismo año Laureano Gómez reasumió la presidencia, ejerciendo el poder desde su casa, por motivos de salud, situación que fue aprovechada por el boyacense **GUSTAVO ROJAS PINILLA (1953-1957)** quien se tomó el poder. Basó su política militar en la pacificación del país, dictando por decreto una ley de amnistía para los alzados en armas, con garantías para sus vidas y bienes³¹.

Fue un gobierno de grandes realizaciones en estructuras viales, comunicaciones y educación, con la realización de obras específicas como el Hospital Militar; Acerías Paz del Río; la Nueva refinería de Barrancabermeja; el ferrocarril del Atlántico; la Televisión Nacional; el Aeropuerto el Dorado; la creación de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia en Tunja; el Centro de administración Nacional. Uno de sus grandes aportes a la sociedad fue la plenitud de los derechos a la mujer, permitiéndole el voto. El 10 de Mayo de 1.957, un movimiento cívico precipitó su renuncia.

³¹ ARIZMENDI. Op. cit., p. 263-266.

Los años de gobierno conservador de Mariano Ospina Pérez, Laureano Gómez Castro y Roberto Urdaneta Arbeláez, fueron los años que el pueblo colombiano denominó “la violencia”, por los enfrentamientos e intolerancia ideológica de los partidos liberal y conservador, la exclusión del partido liberal en el gobierno departamental y municipal, con decenas de millares de muertos; migrados de los campos a las ciudades y desplazados que colonizaron nuevas tierras especialmente en el oriente colombiano. A pesar de la violencia, fueron años de crecimiento rápido y sostenido de la economía nacional; las exportaciones crecieron a más del doble y las tasas de ganancia industrial llegaron a alcanzar cuotas inverosímiles. Sin embargo aumentó el costo de vida incrementando la pobreza en el país.

La violencia transformó a Colombia. El desempleo y subempleo se convirtieron en fenómenos endémicos; se abarataron los salarios y la tierra; se debilitaron las relaciones paternalistas entre terratenientes y campesinos sustituyéndose por la dureza impersonalizada del trabajo asalariado y se debilitó la influencia del clero sobre el campesinado.

El análisis de este capítulo lleva a concluir que el período en estudio los gobiernos se implican en la salud como un deber del Estado. La creación de un organismo rector a nivel nacional para la salud se inicia con las reformas liberales del López Pumarejo, esto permite autonomía en los planes y proyectos específicos para la salud.

Las reformas políticas y la organización de la salud, fueron respuesta a las condiciones económicas y sociopolíticas imperantes en el país. La cooperación con organismos extranjeros si bien implementaron cambios en salud, capacitaron personal e impulsaron tecnología, creación de una dependencia económica y en modelos de prestación de servicios.

Como resultado de la investigación se logró organizar la estructura administrativa de la salud durante el período en estudio (Figuras 1, 2, y 3).

CAPÍTULO II

BOYACÁ RETOMA UNA ORGANIZACIÓN EN SALUD

A finales del siglo pasado, el cuidado para la salud estuvo centrado a la atención a los militares combatientes en las guerras civiles, quienes eran atendidos en las ambulancias y hospitales administrados por religiosos e instituciones de beneficencia. La iglesia hacía suplencia del Estado con aportes económicos e injerencia en la administración de los Hospitales³². El Obispo tenía como una de sus funciones pastorales las obras de beneficencia, para asegurar el cuidado de los enfermos en los hospitales y de los pobres y mendigos en los asilos.

No existía un sistema de registro en las instituciones de salud, ni en el Departamento que permitiera conocer el estado de salud de las poblaciones. La sección de estadística en Boyacá fue creada en 1912 mediante la ordenanza N° 46. Los informes sobre salud a la Asamblea Departamental durante las tres primeras décadas del presente siglo, refieren como primeras causas de morbilidad: La lepra (las personas con esta enfermedad eran atendidas en los

³²Ordenanza N° 30 de 1920, Artículos 11 y 12. LIBRO DE ORDENANZAS 1920, Tunja, Archivo Departamental.

dispensarios antileprosos y remitidos al Lazareto de Agua de Dios), las enfermedades venéreas, la demencia (los enfermos mentales eran remitidos al “Asilo de Locos” del Aserrio en Bogotá), la fiebre tifoidea, la anemia tropical, la viruela, la gripa, “el chichismo”³³ y las enfermedades inmunoprevenibles³⁴.

Para la atención de salud de la población, con las actividades prioritarias en las instituciones del Estado, se centraba en campañas de higiene para vacunación, control epidemiológico, higiene sanitaria (locales y alimentos) y medidas de aislamiento para enfermedades infectocontagiosas³⁵.

El sistema administrativo en salud que imperaba en el país antes del periodo en estudio, se reflejó en el Departamento de Boyacá, que fue creado como tal a partir de la Reforma Constitucional de 1886. A nivel Departamental la salud estaba dirigida por la Secretaría de Gobierno, de la cual dependió a partir de 1938, la Junta Departamental de Asistencia Pública y la Dirección Departamental de Higiene, conformada por: el director Nacional de Higiene; el presidente del Consejo y el Personero Municipal de Tunja, quienes se encargaban de coordinar y

³³ Así se denominaba la patología causada por la ingesta excesiva de chicha, guarapo y chirrinche cuyas manifestaciones era la cirrosis hepática.

³⁴ GAITAN, María Cecilia. Salud, Política y Religión. Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación. 1873 – 1929. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad de Educación. Postgrado en Historia, Tunja 1997 (Tesis de grado no publicada). P. 134 – 135.

³⁵ QUEVEDO. Op. cit. P. 141 – 150.

dirigir las Unidades Sanitarias y Centros de Higiene ubicados en los diferentes municipios del Departamento.

Con la Reforma Constitucional, en 1937 la asistencia pública a nivel Nacional, recibió por parte del Departamento Nacional de Higiene que dependía del Ministerio de Educación Nacional, el 50% de auxilio, para la creación de los servicios de Medicina Interna, Cirugía y de Tuberculosis para los pacientes hospitalizados. Los hospitales que contaban con consulta externa, debían prestar este servicio gratuitamente a las personas de escasos recursos. Este Departamento dictó normas administrativas, de prestación de servicios y especificó las funciones del personal en los “Hospitales Públicos”. En este mismo año se separaron los servicios de medicina legal, de los de medicina escolar y de asistencia pública.

Para brindar atención en salud ambulatoria, se reorganizó en Tunja la Unidad Sanitaria con dependencias de:

- Servicio de Saneamiento e Inspección Domiciliaria, se encargaba de ejercer control sobre la higiene ambiental y vacunación.

- Servicio de Maternidad para la atención prenupcial, prenatal y atención de partos.

- Servicio de Lucha Antivenérea, para desarrollar acciones específicas de prevención para ésta patología.

- Servicio de Protección Infantil, para desarrollar acciones de prevención y cuidados sobre nutrición e higiene en el hogar; sala cunas; gota de leche y consulta médica para niños sanos y enfermos.

- Servicio de laboratorio.

El contrato especificaba en una de las cláusulas que se debía llevar una estadística de los servicios prestados y rendir informes mensuales al Departamento Nacional de Higiene³⁶

Posteriormente se crearon en este mismo año, otras Unidades Sanitarias en las siguientes zonas en que fue dividido el Departamento:

- Zona Centro con capital en Tunja (ya estaba organizada su unidad Sanitaria).
- Zona de Gutiérrez con capital en El Cocuy.
- Zona del Norte cuya cabecera era Soatá.
- Zona de Occidente siendo Chiquinquirá su capital.
- Zona Oriente con capital en Guateque.

³⁶ Contrato celebrado entre el Director Nacional de Higiene y el Personero Municipal de Tunja, sobre Intensificación de una Unidad Sanitaria. En: DIARIO OFICIAL. 15 de Febrero de 1937. Archivo Regional de Boyacá. P. 815

- Zona Ricaurte con capital en Monquirá.
- Zona Sugamuxi con capital en Sogamoso.
- Zona de Casanare con capital en Nunchía.³⁷

Estas fueron creadas para dar atención a las clases sociales pobres, concientizando a las comunidades sobre la necesidad de los cuidados para mantener la salud y prevenir las enfermedades. El servicio en las Unidades Sanitarias era gratuito.

El personal de tiempo completo que laboraba en estas Unidades estaba conformado por:

- Un médico director, quien ejercía también el cargo de Director Municipal de Higiene, nombrado por: el Director Nacional de Higiene, el Presidente del Consejo y el Personero Municipal.

³⁷ Ordenanza N° 5 y 12 de 1.937, Junio 3 y 8. En: LIBRO DE ORDENANZAS. Archivo Departamental, Tunja. P. 8 – 9 y 19 – 21.

El personal restante era nombrado por el Director Nacional de Higiene y el Director de la Unidad Sanitaria respectiva para los siguientes cargos:

- Un médico para la consulta médica.
- Una “enfermera” de Protección Infantil.
- Una “enfermera” celadora del dispensario.
- Una “enfermera” visitadora de Protección Infantil.
- Una “enfermera” portera³⁸.

La Junta Departamental de Asistencia Pública creada en 1938, bajo la tutela del Ministerio de Gobierno, se conformó por cinco miembros, un delegado por cada una de las siguientes instancias: La Asamblea Departamental, la Gobernación, el Colegio Médico del Departamento, la Diócesis y la Dirección Departamental de Higiene y Asistencia Social. Se encargó esta junta de la dirección de servicios oficiales de asistencia pública en el Departamento, con la responsabilidad de organizar, de acuerdo con la Dirección Nacional de Higiene, nuevos servicios en los Hospitales, Unidades Sanitarias y Centros de Higiene; así

³⁸La nominación en el documento oficial es “enfermera” pero correspondía a ayudante de enfermería. La primera enfermera que laboró en Boyacá fue Carmen de Luque, directora del programa de enfermeras en la Normal Rural de Tunja.

mismo se autorizó para recibir los auxilios, legados, herencias y otras donaciones para salud³⁹.

Con la creación del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social (1938) por medio del Departamento de Servicios Coordinados de Higiene, se organizaron nuevamente las Unidades Sanitarias y Centros de Higiene del Departamento ofreciendo nuevos servicios de asistencia pública como medicina y odontología escolar; saneamiento rural y urbano; inspección domiciliaria; campañas antivenéreas, antileprosa, antituberculosa, contra endemias y enfermedades tropicales; toxicomanía; protección infantil y materna; control de aguas y alimentos y servicios médicos a empleados y obreros del Departamento. La gobernación del Departamento era la responsable de asegurar su funcionamiento y controlar la eficiente prestación del servicio⁴⁰.

En 1941, la Unidad Sanitaria de la ciudad de Tunja, mediante un contrato celebrado entre el Ministro, José Joaquín Caicedo Castillo y el personero municipal Ignacio Ruiz Ospina, amplió los servicios con programas de:

➤ Educación Higiénica Popular.

³⁹ Ordenanza N° 20 de 1.938 (Junio 28), Artículos 1 – 5. En: LIBRO DE ORDENANZAS 1.938. Tunja, Archivo Departamental. P. 38 – 40.

⁴⁰ Ordenanza N° 6 de 1939 (Mayo 31). En: LIBRO DE ORDENANZAS 1.939. Tunja, Archivo Departamental.

- Saneamiento del Suelo.
- Higiene de las habitaciones.
- Higiene de la alimentación.
- Protección Infantil y Materna.
- Tratamientos contra endemias populares.
- Campaña contra enfermedades infectocontagiosas: viruela, fiebre tifoidea, paratifoidea, difteria etc.
- Partos hospitalarios y a domicilio.
- Servicio prenatal.
- Fomento de producción de leche.
- Trabajos de laboratorio.
- Consultor externo gratuito para obreros, policías municipales y pobres de solemnidad.
- Campañas contra tuberculosis.
- Campañas Antivenérea.
- Campañas Antileprosa.
- Bioestadística.

Esta unidad sanitaria era controlada en los aspectos económicos y de prestación de servicios desde Bogotá por el Departamento de Servicios Coordinados de éste Ministerio⁴¹.

⁴¹ Contrato entre el Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión social y el Personero Municipal de Tunja. En: DIARIO OFICIAL, Tomo III. 1941, Archivo Regional de Boyacá. P. 732 – 733.

En 1942 se crearon los Centros de higiene a nivel Departamental y se ubicaron en cada una de las capitales de las provincias, teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población y encargando de la administración de los mismos al médico director. Estos organismos fueron:

- Centro de Higiene Tundama. Duitama.
- Centro de Higiene de oriente. Guateque.
- Centro de Higiene de Neira. Garagoa.
- Centro de Higiene del Norte. Soatá.
- Centro de Higiene de Gutiérrez. Cocuy.
- Centro de Higiene de Lengupá. Miraflores.
- Centro de Higiene de Ricaurte. Moniquirá.
- Centro de Higiene de Occidente. Coper.
- Centro de Higiene de Casanare. Moreno.
- Centro de Higiene de Marques. Turmequé.
- Centro de Higiene de Vasquez. Otanche.⁴²

Como apoyo a las actividades de los Centros de Higiene, se continuaron con las Campañas Sanitarias, para la erradicación de las enfermedades epidémicas y

⁴² Resolución N° 16 de 1942 (Abril 17), Artículo 1 En: EL BOYACENSE, Año LXXVI, N° 1981. Tunja, Archivo Departamental, Junio 25 de 1945. P. 302.

endémicas especialmente las infecciosas, las medidas de saneamiento, higiene y tratamiento de aguas y excretas.

En 1942 se creó un equipo a nivel Departamental, cuyos integrantes eran: Un médico general, un visitador epidemiológico, un secretario contador, un revisor visitador, una mecano – taquigrafista, un farmaceuta y un portero para así contar con una adecuada organización y funcionamiento de los servicios que se prestaban. A nivel Municipal se establecieron las comisiones “Escolar epidemiológica” conformada por un médico, un odontólogo, una enfermera visitadora y un farmaceuta quienes realizaban campañas de saneamiento escolar y rural, en el área de influencia correspondiente.

El Departamento de asistencia Social del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social, se encargó de dictar normas para los recaudos de los fondos que se requerían en los diferentes centros de Asistencia Social del Departamento, como los hospitales, los asilos y los orfanatos.

Con el cambio de nominación del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social a Ministerio de Higiene, su organización administrativa se modificó, integrando la asistencia y salud pública al Departamento de Divisiones Técnicas, con la cooperación y asesoría del Departamento de Organismos Internacionales. Este Ministerio en 1948, organizó un Centro de Higiene en Tunja (Kra 6^a y 7^a con calle

10)⁴³, el cual había iniciado su construcción en 1944⁴⁴ y en 1945 había recibido apoyo económico del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud⁴⁵. Este Centro de Higiene ofrecía a la comunidad los siguientes programas:

- Higiene materna, infantil, escolar y dental.
- Campaña Antivenérea.
- Servicios de Educación y Propaganda.
- Saneamiento del suelo.
- Control de enfermedades comunicables.⁴⁶

En el año de 1949 se reestructuró el personal de las campañas sanitarias nombrándose: Un director departamental de Higiene, un médico jefe de la campaña antirickettsia y antirática, un laboratorista, un secretario, un pagador, un almacenista, un mecanógrafo y las enfermeras que fueran necesarias a criterio del Director Departamental de Higiene.

La creación de estos organismos a nivel departamental y en las diferentes provincias y municipios refleja la política del gobierno de hacer operativos los servicios de asistencia pública a las comunidades, de construir y organizar estas

⁴³ Contrato sobre creación del Centro de Higiene en Tunja. En: DIARIO OFICIAL. Tomo III, 1948. Archivo Regional de Boyacá. P. 19

⁴⁴ Contrato edificio para el Centro de Higiene de Tunja. En: DIARIO OFICIAL. Tomo IV. 1944, Archivo Regional de Boyacá.

⁴⁵ Contrato Construcción de un Edificio para Centro de Higiene en Tunja. En: DIARIO OFICIAL. Tomo III, 1945. Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social, Archivo Regional de Boyacá. P. 19.

⁴⁶ ABEL. Op. cit. P. 83.

instituciones de acuerdo a las políticas y estructura administrativa dada por los Ministerios de Higiene, Trabajo y Previsión social y el Ministerio de Higiene, con la colaboración de los Organismos Internacionales de Cooperación quienes se encargaron de brindar ayuda económica y técnica a las instituciones de asistencia pública.

Durante el periodo de 1946 a 1950, se presentaron dificultades económicas en las Instituciones de salud, escasez de personal, infraestructura y dotación inadecuadas, que repercutieron en la salud pública. El gobierno de Ospina Pérez discriminó a los funcionarios públicos liberales, destituyéndolos, se acrecentó la violencia que afectó marcadamente a Boyacá. La beneficencia no aceptaba la intervención y control oficial; demoraba o negaba los aportes económicos a los Hospitales, los cuales habían venido siendo subsidiado prioritariamente por esta entidad.

La División de Asistencia Pública y previsión Social del Ministerio de Higiene se dedicó a la administración y vigilancia fiscal, dejando de lado las obligaciones, aseguraban la prestación de servicios de salud en los hospitales. Como una estrategia para subsanar estos problemas, se organizó en 1950 el Plan Nacional Hospitalario, que pretendió satisfacer uno de los deberes de protección y ayuda a las comunidades por parte del gobierno, como era el de asegurar a las clases pobres, los cuidados oportunos e indispensables para la recuperación de la salud, mediante la dotación de equipos y ensanche de los hospitales regionales y

municipales existentes, para que estos cumplieran satisfactoriamente con su función de asistencia.

Uno de los objetivos principales de este Plan, era la distribución equitativa del servicio de asistencia hospitalaria, dividiendo cada Departamento del país por zonas incluyendo Boyacá, en donde según el número de poblaciones se asignaba la construcción y organización de hospitales regionales, centrales, municipales y puestos de salud. (Cuadro 1).

Cuadro 1

**DEPARTAMENTO DE BOYACÁ
ZONAS PARA LA ASISTENCIA PÚBLICA 1950**

No.	HOSPITALES REGIONALES	HOSPITALES MUNICIPALES	PUESTOS DE SALUD
1	1 Tunja (Hospital Central)	2 Samacá 3 Leiva	4 Arcabuco 5 Chivatá 6 Oicatá 7 Chíquiza 8 Motavita 9 Cucaita 10 Soracá 11 Boyacá 12 Siachoque 13 Sáchica 14 Viracachá 15 Cómbita 16 Sora 17 Toca 18 Tuta 19 Sotaquirá
2	1 Moniquirá		2 Chitaraque 3 Gachantivá 4 Pare 5 Santa Sofía 6 Santa Ana 7 Togüí
3	1 Chiquinquirá	2 Pauna 2 Muzo	4 Coper 5 Saboyá 6 Briceño 7 Sutamarchán 8 Tinjacá 9 Ráquira 10 Maripí 11 Buenavista 12 Caldas 13 Territorio Vásquez
4	1 Ramiriquí	2 Turmequé	3 Ventaquemada 4 Jenesano 5 Tibaná 6 Ciénega

			7 Úmbita 8 San Rafael 9 Nuevo Colón
5	1 Guateque	2 Tenza 3 Garagoa 4 Guayatá	5 Pachavita 6 Chinavita 7 Sutatenza 8 Macanal 9 Somondoco 10 La Capilla 11 Almeida 12 Campohermoso
6	1 Miraflores		2 Zetaquirá 3 Rondón 4 Berbeo 5 Chámeza
7	1 Pesca (por construir)		2 Firavitova 3 Tota 4 Pueblo Viejo 5 Cuítiva 6 Zapatosa 7 Iza
8	1 Sogamoso		2 Nobsa 3 Tópaga 4 Monguí 5 Gámeza 6 Corrales 7 Pajarito 8 Labranzagrande 9 Mongua 10 Paz del Río
9	1 Socha (por construir)		2 Jericó 3 Socotá 4 Tasco
10	1 Duitama	2 Santa Rosa 3 Paipa	4 Tibasosa 5 Cerinza 6 Beteitiva 7 Floresta 8 Tutasá 9 Belén
11	1 Chita (por construir)		2 La Salina 3 Sácama

12	1 El Cocuy	2 Güicán	3 Chiscas 4 El Espino 5 Panqueba 6 Guacamayas
13	1 Soatá		2 Boavita 3 La Uvita 4 Sativanorte 5 Sativasur 6 Susacón 7 Covarachía 8 San Mateo

RESUMEN:

Hospitales regionales.	13
Hospitales municipales.	11
Puestos de salud.	89
TOTAL.	113

FUENTE : RUIZ, Carlos A. Plan Nacional Hospitalario. Colombia. Ministerio de Salud. Ministerio de Higiene. Bogotá, Imprenta Banco de la República, 1950.

Para el sostenimiento de los hospitales se empezaron a dar aportes por el Ministerio, las beneficencias y la seguridad social que complementaban los recursos propios de los hospitales.

La salud en la década del 40 del presente siglo, no tuvo los suficientes recursos económicos, humanos y físicos para atender la demanda que se generaba para el funcionamiento de los hospitales; en el gobierno del presidente Boyacense, Gustavo Rojas Pinilla, se dio más importancia a la salud pública, buscando el mejoramiento y equipamiento de los hospitales, favoreciendo especialmente el hospital de Tunja.

Un hecho trascendental dentro de la asistencia pública, fue la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales mediante la Ley 90 de 1946⁴⁷, proyecto que había sido presentado el 21 de Julio de 1945 por el Ministro de Trabajo Adán Arriaga Andrade de la administración de López Pumarejo. Esta medida además de favorecer parte de la clase obrera, apoyó económicamente los hospitales oficiales con los aportes dados para la prestación de los servicios de salud. En 1.951 el Estado asumió la responsabilidad de la salud y las prestaciones sociales a la clase obrera; se tomaron las primeras medidas de salud ocupacional orientadas hacia la seguridad industrial y al mantenimiento de buenas relaciones

⁴⁷ VELANDIA. Op. cit., p. 79.

con los trabajadores, para buscar una armonía y mejor producción industrial de las empresas, aparecía así una economía intervenida por el Estado y un concepto de hombre como factor de producción y ayuda como valor económico para la Nación⁴⁸.

Durante el periodo de estudio repercute en Boyacá la transformación filosófica que se viene dando en el país de cambiar el modelo humanista Francés de Hospital de caridad, amplio, de grandes salas, manejado por monjas, con una población de ancianos, pobres y mendigos con largos periodos de hospitalización al que solo asistía el médico, algunas veces por una administración a Instituciones de Salud con tecnología, secularizadas, con cobertura a la población las 24 horas del día, con diferentes especialidades, era el modelo Norteamericano que surgió como consecuencia de la intervención y asesorías por los servicios cooperativos.

La situación de violencia y de carácter partidista de la administración pública influyó negativamente en la prestación de los servicios a la población, en la infraestructura y en la asignación presupuestal para los servicios de salud. Como en el resto del país, en Boyacá el énfasis mayor de la intervención del Estado estuvo en la prestación de servicios ambulatorios consecuencia del tipo de modelo que presentaba el Ministerio para la organización en salud. A partir del Plan

⁴⁸ MAYOR, Alberto. "Historia de la Industria colombiana 1930-1968". En: Nueva Historia de Colombia. Tomo V. Bogotá, Editorial Planeta Colombiana, 1989. p. 336-356.

Nacional Hospitalario se empiezan a gestar objetivos específicos para la parte asistencial de la salud en los hospitales.

CAPÍTULO III

HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y EL CUIDADO DE LA SALUD

Históricamente, la sociedad identifica la prestación de servicios para la salud y específicamente la curación y el cuidado de la enfermedad con lugares como las instituciones hospitalarias. La metodología deductiva de esta investigación en que se parte del máximo organismo que da las políticas generales de organización y funcionamiento de la salud en el ámbito nacional y que se continúa operativamente en los diferentes departamentos, para este estudio en Boyacá, pretende en el presente capítulo concretar el funcionamiento y servicio de salud a la población, en una Institución Hospitalaria del Departamento: **“EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA”**.

La primera idea de hospital en las civilizaciones antiguas la constituyeron los templos y casas donde se realizaban ritos para solicitar ayuda divina en caso de enfermedad, pero también se cuidaba y fomentaba la salud como un principio de solidaridad social y expresión de la vivencia de una religión. Estos lugares no tuvieron la infraestructura física y el recurso humano con el que cuentan hoy los hospitales.

Las diferentes civilizaciones organizan éstas instituciones de acuerdo a su cultura y creencias: hogares, gimnasios, templos, monasterios, edificios en donde predomina el ambiente espiritual sobre el curativo. En los albores del Cristianismo estas instituciones que eran más eclesiásticas que médicas, fueron evolucionando hacia lugares específicos para la salud, con estructura administrativa propia, personal especializado en el cuidado de la salud y para apoyar las actividades complementarias; con ubicación de los pacientes por especialidades clínicas de acuerdo a su patología. Aún cuando persisten estas instituciones hospitalarias financiadas por diversas religiones, el Estado ha tomado el sostenimiento económico y administrativo del hospital, como uno de sus compromisos con la salud de los países.

En América y específicamente en Colombia, como legado de los Españoles, la sociedad organizó los hospitales a través de la iglesia y de organizaciones benéficas, como una expresión y compromiso de su fe cristiana. En el presente siglo las reformas de los gobiernos y los principios constitucionales definen la salud como un deber del Estado y por lo tanto las políticas que rigen su funcionamiento se orientan a tal fin y el gobierno asume la responsabilidad sobre los hospitales concretamente a partir de la segunda década del siglo XX⁴⁹.

⁴⁹DONAHUE, Patricia. Historia de la Enfermería. Barcelona, Ediciones Doyma, 1985. P. 84

María de Jesús Cusba, se refiere a la información recopilada del cabildo de Tunja de 1610, sobre el hospital de Tunja. Este tuvo origen entre 1555 y 1560, al mismo tiempo que se erigió la Iglesia Catedral del Obispado del Nuevo Reino de Granada, siendo este un hospital con iglesia, cuya advocación era Nuestra Señora de la Concepción. El hospital contaba apenas con cuatro camas y una planta física no apta para brindar cuidados de salud. Allí acudían españoles pobres e indios a ser curados, pues no existía otro hospital en los alrededores.⁵⁰

El real patronato del hospital, quedó a cargo de Fray Juan de los Barrios, arzobispo del Nuevo Reino de Granada, quien ejercía este patronato desde Satnafé de Bogotá. Se le autorizó recibir los diezmos, mercedes reales e ingresos varios para su sostenimiento, los cuales eran distribuidos para la remuneración del barbero, cirujano y la compra de medicinas según las normas del Concilio de Trento.

El hospital de Tunja en el siglo XVI no era propiamente una institución sanitaria. Era mas un refugio para pobres y enfermos sin esperanza. Los hermanos de San Juan de Dios llegaron a encargarse de la administración en 1635, funcionando con el nombre de Convento Hospital “San Juan de Dios” hasta 1.777⁵¹. Ellos se

⁵⁰ CUSBA, María de Jesús. Labor social de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación en Tunja. Tesis de grado para optar el título de licenciada en Ciencias Sociales y Económicas. Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia. Tunja, 1990. P. 25.

⁵¹ Ibid. p. 27

encargaban de manejar el cuidado de los enfermos, el control de los barberos cirujanos, y la prestación de los servicios en la botica. Esta comunidad tenía la administración de los hospitales de Santa Fe, Tunja, Cartagena y Villa de Leiva.

El 30 de Enero de 1632 se firmó en el Consejo de Indias unas capitulaciones que establecían el criterio real sobre el patronato, la visita y control del hospital de Tunja, en el cual intervenían el corregidor y el cabildo de la ciudad; de esta forma se creaba una intervención de la sociedad civil.

En el año de 1777, se trasladó el hospital a la casa del noviciado de los padres Jesuitas, en razón a que el edificio en el que funcionaba el hospital se encontraba deteriorado. Allí funcionó hasta 1835, época en la que se trasladó al Convento de los Padres Agustinos; en este claustro estuvo hasta 1860 año en que pasó a funcionar al convento de las monjas Clarisas⁵², debido a que la anterior casa fue destinada como cuartel general de las fuerzas del gobierno (Foto 2).

⁵² El Noviciado de los Padres Jesuitas corresponde a la iglesia de San Ignacio. El convento de los Padres Agustinos al claustro de San Agustín, Biblioteca Alfonso Patiño Roselli, Archivo Regional de Boyacá y Maestría en Historia, Docencia e Investigación de la U.P.T.C. El convento de las monjas Clarisas se encuentra ubicado en la Carrera 7ª con calle 19.

El hospital de Tunja durante el siglo XVII era considerado más edificio religioso que civil. La asistencia a los enfermos se compartía entre la cura de los cuerpos y

el remedio espiritual de almas, pues se pensaba que la enfermedad era castigo por algún pecado o secuela de una vida licenciosa.

El 3 de Julio de 1884 se encargaron de la administración del Hospital y del cuidado de los enfermos, las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación. Las tres primeras religiosas Hermanas: María Teresina, María Dolores y Amandina, llegan acompañadas por los señores Pablo A Torres, Teófilo Puerta y el General José María Villaveces quienes a nombre de la sociedad tunjana las habían solicitado y fueron a traerlas a Bogotá⁵³. El hospital se encontraba en una alarmante pobreza. Dadas las condiciones económicas y de guerras civiles del país, el Estado no asumía ésta función, se sostenía por el compromiso caritativo de la iglesia católica a través de personas, organizaciones benéficas como la sociedad de San Vicente de Paul.

A los dos años de instaladas las Hermanas estalló la guerra cívico religiosa de 1876 y hubo necesidad de organizar en ese sitio un Hospital Militar para atención al ejército y a la sociedad civil; este se abría y cerraba según necesidad. Gracias a la gestión de las hermanas y a la pronta organización que dieron a la Institución, el hospital fue reconocido como tal, en 1.884, con el nombre de **“HOSPITAL SAN RAFAEL”**.

⁵³Ibid. p. 42-43.

En 1908 el edificio se encontraba deteriorado, carecía de higiene, “tenía 30 catres de madera en regular estado y las camas eran esteras y juncos de hojas de maíz”; se contaba únicamente con un botiquín de urgencias. “A los enfermos solo se les podía dar purgantes, remedios caseros y drogas rudimentarias”. No se hacían cirugías por falta de instrumental adecuado. El gobierno reconocía solo doce pesos por enfermo y no los aportaba a tiempo. Las hermanas no recibían ninguna remuneración económica o en especie, los enfermos eran alimentados con los sobrantes de comida del personal del Colegio de la Presentación, contiguo a éste edificio.⁵⁴

Por la falta de apoyo y recursos para la atención de los enfermos, las hermanas pensaron en retirarse, determinación que originó el cierre temporal del hospital, puesto que nadie se hacía cargo de él. Ante ésta situación la Asamblea de Boyacá optó por acudir a la generosidad de Monseñor Eduardo Maldonado Calvo, Obispo de Tunja, quien se hizo cargo de la dirección del hospital según la Ordenanza N° 30 de 1920. En el artículo 11 se refiere:

“En atención a que el excelentísimo Obispo en el deseo de contribuir eficazmente a obviar las dificultades en que se halla el hospital, ofrece bondadosamente hacerse cargo de la dirección. Se vio cómo la mano de ese apóstol del Señor se tendió humildemente ante el clero y sus amigos en ayuda del hospital, en poco tiempo levantó fondos que juntó con sus propios recursos y solventó las más urgentes necesidades de tal institución”.⁵⁵

⁵⁴ Ibid. P. 45

⁵⁵ Ordenanza N° 30 de 1920 (Abril 26). En: Libro de Ordenanzas 1920, Tunja. Archivo Departamental.

Las hermanas encargadas de la administración general, del personal de enfermería y de la asistencia a los enfermos, contaban con la colaboración de ayudantes de enfermería las cuales se iban preparando al lado de las hermanas quienes a su vez recibían enseñanzas para cuidar los enfermos del personal médico.

En 1938 la Asamblea Departamental derogó dicha ordenanza y dispuso que la dirección del establecimiento pasara a manos del gobierno Departamental, acto que se llevó a cabo solo hasta en el año de 1944. Esta fue una medida consecuente con las reformas constitucionales de Alfonso López Pumarejo y la creación del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social, en que el Estado como uno de sus deberes asumía la salud de la población.

En 1952 el Doctor Roberto Urdaneta Arbelaéz, encargado de la presidencia de la República, inauguró el edificio en donde funcionó el hospital hasta 1991. Este hospital tenía una estructura y arquitectura del viejo modelo francés de hospital desarrollado en Francia en el siglo XIX⁵⁶.

A partir de la Reforma Constitucional de 1936, se dieron para todo el país las normas para los hospitales los hospitales públicos; estos debían tener:

➤ Personería Jurídica.

⁵⁶ MARTINEZ MARTIN, Abel. Discurso de inauguración del Aula Máxima y de la nueva biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en la antigua Capilla del Hospital San Rafael de Tunja. Mayo de 1998, Tunja.

- Junta Directiva, constituida por representantes de la jurisdicción, la iglesia y grupos u organizaciones filantrópicas.

- Director médico graduado responsable de los servicios científicos a quien se le fijaban sus obligaciones por el Departamento Nacional de Higiene.

- Servicio de Medicina Interna en condiciones satisfactorias; si este no existía, el Departamento Nacional de Higiene aportaba el 50% de los recursos para asegurar su funcionamiento.

- Laboratorio clínico.

- Al menos una “enfermera” para servicios nocturnos.

- Consulta externa gratuita para el servicio de medicina general, al menos ofrecer este servicio una hora diaria.

Los hospitales generales del país debían organizar servicios de “Maternidad, botica, cirugía, medicina infantil y tuberculosis”. Los médicos profesionales que deseaban prestar sus servicios gratuitamente, debían presentar carta de solicitud al director del hospital.⁵⁷

⁵⁷ “Normas a los Hospitales a Nivel Nacional. Decreto N° 1425, Agosto 2 de 1.937”. En: EL BOYACENSE. Año LXXI, N° 1.689, Septiembre 6 de 1.937, Tunja. Archivo Departamental. P. 1

“Los hospitales del Departamento estaban obligados a dedicar el 80% de sus camas al servicio gratuito, para cumplir con una labor social”⁵⁸; este porcentaje podía ser disminuido mediante resolución de la Dirección Nacional de Higiene, cuando se demostraba que las entradas que proporcionaban las pensiones de los pacientes pudientes no eran suficientes para su funcionamiento. El Estado daba los aportes a través de la sección de asistencia Social del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social.

Todo hospital debía tener un reglamento interno que era aprobado por el Departamento Nacional de Higiene⁵⁹. Se debía llevar un libro diario del “movimiento de enfermos”, con los siguientes datos:

- Número de camas ocupadas y libres en cada servicio.
- Nombre del paciente, edad, estado civil, procedencia y Diagnóstico provisional.

- Diagnóstico definitivo y tratamiento médico.

El hospital debía albergar transitoriamente en piezas destinadas a éste fin a los “leprosos” y a los “locos” mientras eran remitidos a los Leprocomios de Agua de Dios y a los Asilos de locos en Bogotá.

⁵⁸ Ibid. Artículo 6. P. 1.

⁵⁹ Ibid. Op. cit. P. 2

El Hospital San Rafael de Tunja cumplió parcialmente con los requisitos exigidos por el gobierno, debido a que solo hasta 1944 fue entregado por la Diócesis al Estado en cumplimiento de la Ordenanza 20 de 1938.

En 1945, el Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social, estableció la organización de los hospitales, y normatizó que debían tener 3 camas por cada 1.000 habitantes. Se definieron tres categorías de hospitales: El Regional, el Central y el Municipal. El hospital de Tunja se clasificó dentro de la categoría de Regional, junto con los hospitales de Sogamoso, Chiquinquirá, Duitama, Orocué y Soatá. En 1948, este hospital organizó su Junta Directiva con los siguientes miembros: Secretario de gobierno del Departamento, Personero municipal, representante del colegio médico de la ciudad, representante de la Cámara de Comercio de Tunja. También se creó el cargo de síndico y de contador, personas que administraban los recursos económicos del hospital.⁶⁰

Las Instituciones hospitalarias según normas de este Ministerio debían sostenerse con recursos provenientes de: El patrimonio propio de las Instituciones y las rentas derivadas de éste; los auxilios del Estado; la participación en las rentas de las Loterías; el producto de donaciones y colectas públicas; las pensiones que se cobraban por los servicios prestados según las condiciones económicas de los pacientes de cada región, los aportes de acuerdo a los contratos del hospital con empresas públicas y particulares.⁶¹

⁶⁰ “Decreto N° 238 de 1942”. En: EL BOYACENSE. Año LXXVIII, N° 2005. Agosto 22 de 1944, Tunja. Archivo Departamental. P. 244

⁶¹ CAVELIER, Jorge. Memoria del Ministerio de Higiene, Tomo II. República de Colombia. Bogotá, Imprenta Nacional, 1.949. Archivo Ministerio de Salud. P. 8

Una de las realizaciones del Ministerio de Higiene, fue la creación del **Plan Nacional Hospitalario (1950)**, como resultado de las precarias condiciones físicas y deficiente dotación de los hospitales en el país; cuyos objetivos eran asegurar a las clases menos favorecidas servicios adecuados en salud, adaptar planes técnicos a la organización hospitalaria del país, distribuir equitativamente el servicio al que la sociedad tenía derecho y disminuir la afluencia de enfermos de la provincia a grandes centros del país⁶².

Propuso este plan, la adaptación o construcción en el país de 21 hospitales de 500 camas, uno por cada capital de Departamento y ciudades de más de 50.000 habitantes, 146 Hospitales Regionales equipado cada uno con 100 camas. Para

los municipios se propuso la fundación de Puestos de Salud, los cuales tendrían mínimo cuatro camas y servicio de consulta externa, para atender casos de emergencia y convertirse en lugares de remisión de los pacientes a los Hospitales Regionales.

Por este plan se clasificaron los organismos asistenciales así:

- **Hospitales Generales** destinados a los casos de enfermedades agudas para cualquier grupo de edad, a maternidad, a pacientes de edad o enfermedad terminal y a enfermos de cáncer.

⁶² RUIZ, Carlos y CAVELIER, Jorge. Plan Hospitalario Nacional, Colombia. Ministerio de Higiene, Bogotá, Imprenta de la República, 1.950. Archivo Ministerio de Salud. P. 5-15.

- **Hospitales especiales** destinados a pacientes de enfermedades crónicas específicas (Tuberculosis, Lepra, enfermedades mentales).
- **Puestos de Salud.** Atendían los servicios de Consulta Externa, servicio domiciliario y atención de urgencias.⁶³

Para Boyacá, se proyectó la organización de 13 hospitales regionales, siendo Tunja el Hospital Central⁶⁴ por tener más de 100 camas, ser capital de Departamento, con una población mayor a 50.000 habitantes, cuyos servicios técnicos mínimos eran: Servicio social y de admisión, consulta externa, cirugía, anestesia, esterilización, laboratorio clínico, banco de sangre, infusiones y transfusiones, radiología, endoscopia, electrocardiografía, fisioterapia, odontología, farmacia, dietética y biblioteca. Se clasificaron 13 hospitales regionales que tenían hasta 100 camas; 11 hospitales municipales que contaban hasta con 30 camas y 89 puestos de salud que prestaban servicios preventivos, atención ambulatoria y emergencias con un mínimo de cuatro camas.

Para recaudar, asignar y distribuir los recursos económicos que aportaba el Departamento, municipio y las personas o entidades particulares, se crearon las Juntas de Beneficencia⁶⁵.

⁶³ Ibid. “Decreto N° 2554 de 1.950 (Julio 28). Artículo 2”. P. 110-11

⁶⁴ Ibid. P. 23-24

⁶⁵ Ibid. “Decreto N° 2554 de 1950 (Julio 28), Artículo 6-7”. P. 11.

Para la ejecución de este plan, se creó a nivel Nacional la Comisión Técnica Asistencial integrada por un médico de la sección de hospitales, un arquitecto especializado en construcciones asistenciales y un perito de administración de hospitales. Entre las funciones de esta comisión estaban: Dividir al país en zonas hospitalarias teniendo en cuenta geografía y patología dominante; calcular el número de camas de hospitales y determinar el tipo de organismos hospitalarios que deberían funcionar en cada zona para lograr una equitativa distribución de los recursos.⁶⁶

Con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1953, se estableció el Código Sanitario Nacional, el cual propuso un nuevo concepto de hospital y creó normas sanitarias en la estructura física de las Instituciones Públicas. El Código definió hospital como la “Institución oficial o privada que sin ánimo de lucro presta servicios de asistencia, tratamiento y curación a toda clase de enfermos sin discriminaciones económicas”⁶⁷.

Con el Plan Nacional Hospitalario en el país se normatizó para los hospitales y se empezó a gestar un plan de regionalización y atención a los pacientes según el tipo de instituciones y los recursos humanos, técnicos y de infraestructura y un sistema de remisión y contraremisión según el nivel de complejidad de la situación de salud-enfermedad de la población. Al ser

⁶⁶ Ibid. “Artículos 3 – 5”. P. 11

⁶⁷ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Código Sanitario Nacional 1953, Bogotá, Imprenta Nacional, Archivo Ministerio de Salud, 1969. P. 78.

adaptada esta normatividad a Boyacá, el hospital de Tunja se constituyó en un Hospital Central con una organización e infraestructura correspondiente a las funciones y al tipo de usuarios que debía atender, como la sede donde estaba ubicado correspondía a un antiguo convento, no llenaba los requisitos de institución hospitalaria; fue entonces cuando se trasladó a una sede adecuada como hospital (Carrera 6ª con calle 24).

Al ser nominado como Hospital Central tenía una mayor responsabilidad para atender los usuarios de alto riesgo de la región y los que eran remitidos de otros organismos de menor complejidad.

A nivel Departamental y Municipal, la prestación de los servicios de salud a nivel Hospitalarios, dependía directamente del nivel Central, el cual se encargaba de la normatividad, dirección y nombramiento de personal. La administración de los recursos económicos fue realizada por las beneficencias, limitando la autonomía de las instituciones de Asistencia Pública.

A partir de 1950, a raíz de las dificultades administrativas, económicas y políticas y por la falta de personal en los hospitales, el Estado empezó a tener en cuenta a estas instituciones, creando proyectos que solucionaran en parte la atención hospitalaria. A pesar de la injerencia del Estado en los Hospitales, esta no se dio normas para brindar atención asistencial.

La asistencia pública prestada en los hospitales se vio debilitada ya que la mayor parte de los objetivos propuestos en salud, se centraron más en los

programas de saneamiento y salud pública que se prestaban en las Unidades Sanitarias y los Centros de Salud, encargándose el hospital solamente de la atención individual a los pacientes con un enfoque más curativo que preventivo.

3.1. La Enfermería en el Hospital San Rafael de Tunja

Las políticas y sistemas de administración para enfermería se dieron en salud pública solo a partir del acto administrativo de 1960 cuando se creó la Sección de Enfermería en el Ministerio de Salud Pública. El Servicio Cooperativo Interamericano se implicó en la preparación de personal de enfermería, pero no en la organización de los servicios de enfermería en los Hospitales, no aparece tampoco una injerencia del Ministerio en este aspecto; por lo tanto esta parte del estudio se centrará en el cuidado de enfermería propio del hospital, sin ninguna dependencia de modelos a nivel Ministerial.

Respecto a la formación de personal “en la década del 30 y hasta mediados del cuarenta, prevalecen dos modelos de enfermeras: Hospitalarias y Sociales, fruto de dos enfoques de las escuelas existentes.

El papel de comadrona o partera, que había permanecido en asociación con el de enfermera hospitalaria, empieza a perder importancia para luego aparecer como curso de especialización en obstetricia.

La orientación hacia la enfermería social se presenta más en las escuelas dependientes de unidades administrativas de salud pública o instituciones oficiales de corte higienista”⁶⁸.

Como consecuencia de la creación del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social en Tunja se creó en 1939 un programa de enfermeras, anexo a la Escuela Normal Rural cuyo objetivo era formar personal con capacidad para realizar la labor de asistencia social y de sanidad que se proponía el gobierno. Realizaban prácticas en el Hospital San Rafael, en la Sala de Maternidad, la Gota de Leche, el Dispensario Antivenéreo, el Laboratorio Municipal, el Centro de Higiene, el Amparo de Niños, las farmacias oficiales y hacían visitas domiciliarias a las familias. Las egresadas ejercían en los pueblos en coordinación con las maestras rurales. A cargo de la dirección de este programa en enfermería, estaba la enfermera graduada Carmen de Luque, primera enfermera profesional en Boyacá⁶⁹.

Después de la Reforma Constitucional el ejercicio de la profesión en Colombia, clasificó en cinco categorías la enfermería:

- Enfermeras graduadas de la Universidad Nacional, con licencia expedida por la autoridad competente.

⁶⁸ VELANDIA. Op, cit. P. 100.

⁶⁹ “Ordenanza N° 11 de 1939”. En: EL BOYACENSE, Año LXXIII, Junio 24 de 1939. Tunja, Archivo Departamental. P. 153-154

- Enfermeras parteras, graduadas en la Universidad Nacional, con licencia expedida por la autoridad competente.
- Visitadoras Sociales, graduadas de la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, con permiso o licencia expedidos por la autoridad competente.
- Enfermeras Militares quienes tenían que realizar curso de sanidad militar. Para laborar se les exigía un certificado del médico del Hospital y del Director Departamental de Higiene.
- Enfermeras Hospitalarias quienes debían cumplir con los siguientes requisitos: Ser mayor de edad, saber leer y escribir, presentar certificado del Director del hospital o casa de salud oficial, en la que constaba que habían practicado como enfermera hospitalaria por un tiempo no menor a dos años; acreditar dos recomendaciones de médicos sobre buena competencia y moral, los cuales se presentaban al Director del Departamento Nacional de Higiene y al Director Departamental de la respectiva localidad⁷⁰.

De acuerdo a lo especificado en la reglamentación sobre el ejercicio de las profesiones, el personal de enfermería del Hospital San Rafael de Tunja, se ubicaba dentro de la categoría de Enfermeras Hospitalarias, ejercida por las “Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación”, que servían como

⁷⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE 1937, Tomo I. “Resolución N° 67 de 1937 (Febrero 19)”. Archivo Ministerio de Salud. P. 1-5.

enfermeras jefes, en algunos servicios, ejercía este cargo una hermana con experiencia en enfermería y liderazgo sobre el resto del personal de Enfermería⁷¹.

El personal laico estaba constituido por ayudantes de enfermería y unas pocas auxiliares egresadas de la Escuela de Enfermería y Economía Doméstica, fundada por Monseñor Monástoque y administrada por este sacerdote y por las hermanas Vicentinas; esta escuela fue reorganizada con este nombre en 1942, a partir del Colegio de Enfermería que formó una promoción de enfermeras generales. En 1952 las Hermanas Franciscanas Capuchinas⁷², se encargaron de la administración de esta Escuela, que tomó el nombre de Escuela de Enfermería y Asistencia Social.

Debido a las múltiples obligaciones de las hermanas y a la limitación de tiempo, ellas se encargaban de organizar el personal y brindar el cuidado de enfermería a los pacientes de alto riesgo. La supervisión y cumplimiento de las funciones del personal de salud existente en el hospital, era dada por los médicos que allí laboraban.

El personal de enfermería y médico laboraban en los servicios del hospital que se denominaban: Sala de Caridad y Pensionado y el servicio de maternidad que no dependía del hospital, encontrándose a cuadra y media de este(calle 20 entre K 7 y 8). Cuando este cambió de sede (Carrera 6ª con calle 24) en 1.953 con el

⁷¹ VELANDIA, Op, cit. P. 48

⁷² ENTREVISTA, Hermana María Cecilia Gaitán. Tunja, Agosto de 1998

gobierno de Roberto Urdaneta Arbeláez se organizaron los servicios de pediatría, obstetricia en la Sala Santa Ana, medicina interna y quirúrgicas para mujeres en la Sala Santa Cecilia, medicina interna y quirúrgicas para hombres en la sala San José, servicio de pensionados denominado San Eduardo y servicio de semipensionados denominado San Martín, urgencias, rayos x, farmacia, laboratorio y consulta externa.

Debido a la ampliación de los servicios del hospital se requería de personal con orientación específica de enfermería, fue esta una de las razones que llevó a las Hermanas de la Presentación a reorganizar en 1959 la “Escuela de Auxiliares de Enfermería”.

Al no encontrarse archivos y documentación relacionados con el cuidado de enfermería y siendo la esencia de la profesión, se hizo necesario incluir vivencias particulares de personal que trabajo en el hospital San Rafael de Tunja en el periodo en estudio con el testimonio dado por la “**Hermana Susana de la Trinidad**”⁷³.

3.2. Un día en el Hospital

“Nos levantábamos a las 4:30 AM, a las 5:00 AM estábamos en la capilla. Se rezaba, eso sí, era estricto; nadie faltaba en la capilla. Se hacía meditación y luego venía la Eucaristía y con el padre les llevábamos la comunión a los

⁷³ Hna. Susana de la Trinidad, enfermera hospitalaria, egresada de la Escuela de Enfermeras de las Hermanas de la Presentación que funcionaba en el Hospital San Juan de Dios. Trabajó en el Hospital desde 1938 a 1955. Entrevista realizada por la Hna. María Cecilia Gaitán, enero de 1998 (escuchada y analizada por las investigadoras en julio de 1998).

pacientes y rezábamos. Con ellos, la enfermera (ayudante) tenía todo listo. Luego nos íbamos a desayunar. Apenas salíamos de éste volvíamos al piso y pasábamos revista con los médicos, quienes iban todas las mañanas a atender las salas de caridad; examinando a cada paciente que tenían, empezando por los más graves. Ellos diagnosticaban con clínica, los médicos eran unos sabios, si no sabían hablaban con otros médicos para determinar que tenía el paciente. Los médicos eran muy atentos, si algo se presentaba los llamábamos por teléfono o mandábamos un muchacho a llamarlos (mensajero), ellos inmediatamente iban a ver al paciente. Las historias las llevábamos en pizarras en donde estaba lo que se había hecho por el paciente y los médicos formulaban en un libro. A las hermanas el médico les enseñaba; en esa época los médicos eran unos apóstoles y eran felices de enseñar. En pensionados en la sede en donde era el Convento de Santa Clara teníamos 10 pacientes, en el Servicio de Caridad en el área de mujeres 40 y en el área de hombres 40 pacientes. No había maternidad en el hospital, estaba fuera a cuadra y media atendida por una señorita y médicos. Las hermanas no tenían nada que ver con esta sala.

En el hospital existían pocos equipos pero la hermana de cirugía eran muy buena y cualquier procedimiento que se ofreciera, uno llevaba al enfermo a cirugía y ahí le hacían todo lo necesario. El material de procedimientos y jeringas se esterilizaban en una hervidora metálica que había en cada servicio.

A las 12:00 PM, nos íbamos a almorzar; si había algo especial nos quedábamos en el servicio, de lo contrario dejábamos a la “enfermera” y nos

íbamos a rezar antes del almuerzo. Después salíamos a recreo, a veces salíamos a caminar o nos sentábamos en la sala de comunidad donde cada una llevaba su costura o lo que quisiera hacer hasta la 1:30 PM, hora en que volvíamos al piso, atendíamos a los pacientes dábamos droga, hacíamos curaciones y conversábamos con los pacientes.

A las 5:00 PM nos íbamos a rezar y salíamos de la capilla a comer, luego volvíamos al piso y dábamos una vuelta; ordenábamos todo y le entregábamos la droga de la noche a la “enfermera”. No había enfermera de noche, ella se levantaba y daba la droga, en esa época no formulaban cada cuatro horas, ya cuando vino la penicilina todo fue distinto; la “enfermera” dormía en una pieza con el enfermo más grave. Se levantaba a las 4:00 AM a arreglar las unidades y bañar los pacientes para la hora de la Comunión.

El personal de enfermería lo manejaba la madre superiora. Ella asignaba a cada servicio una hermana y una “enfermera”. La madre organizaba todo el resto del personal de empleados menos a los médicos y síndicos que estaban a cargo del Director.

El cuidado de las Hermanas se caracterizaba por la parte práctica, se utilizaba la medicina científica; la medicina popular se utilizaba si el médico lo ordenaba. A los enfermos se les hospitalizaba básicamente por enfermedades del corazón, tifo, riñones, vómitos de sangre y a los tuberculosos los aislábamos en un salón”.

Para conocer sobre el cuidado desde un enfoque laico, se tomaron los aportes dados por la ayudante de enfermería Bibiana Gamboa⁷⁴ que prestaba sus servicios en el hospital en esa época:

“Vivíamos internas en el hospital; nos levantábamos a las 5:00 AM para ir a misa con las hermanas, luego nos íbamos a desayunar para recibir a las 7:00 AM turno. Antes de las 9:00 AM teníamos que bañar a los pacientes y arreglar las unidades, teniendo todo listo para la revista médica. Cuando no había suficiente ropa para los pacientes, se cambiaban únicamente aquellos que iban a ser visitados por los médicos. La revista se pasaba junto con la jefe del servicio que era una hermana encargada.

A las 10:00 AM, se repartía droga según el cuaderno donde el médico anotaba las fórmulas y anotaciones que se hacían en la revista. La “jefe” recibía las fórmulas, ella las pasaba a una ayudante quien iba a la farmacia a reclamar la droga y luego se organizaba por paciente en unas cajitas. La hermana antes de administrar los medicamentos, revisaba y rectificaba la distribución de los medicamentos por el libro. En las horas de la mañana se realizaban curaciones.

A la 1:00 PM, íbamos a almorzar, pero siempre debía quedar alguien en el servicio vigilando. Teníamos un descanso de 1:00 a 2:00 PM; ya en las horas de la tarde hacíamos casi las mismas actividades y las complementábamos

⁷⁴ ENTREVISTA, con Bibiana Gamboa, quien laboraba como ayudante de enfermería en la época de estudio y actualmente es auxiliar de enfermería, certificada en 1963; está pensionada. Tunja, 13 de Julio de 1998.

con otras que se presentaran; también preparábamos el material que se necesitaba como gasitas, apósitos y torundas para ser enviados a esterilizar; las jeringas las metíamos en una hervidora que había en cada servicio, las pinzas y tijeras se lavaban, secaban y echaban en una sustancia desinfectante.

A las 5:00 PM nos íbamos a traer la cena para los pacientes a la cocina y se entregaba turno a las 7:00 PM. Cuando no había “enfermera” disponible nos tocaba seguir derecho. En el turno de la noche, se administraban medicamentos y se vigilaban los pacientes, especialmente los más graves.

Cada ocho o quince días teníamos un día libre, pero debíamos dejar bañados los pacientes y arreglado el servicio. Debíamos regresar al hospital a la hora de rezo del rosario a las 4:00 PM. Se firmaba un cuaderno con hora de salida y llegada.

Con el cambio de sede del hospital y al integrarse nuevos servicios a este, también se integró al cuidado en enfermería a “Martín Rodríguez”, primer hombre ayudante de enfermería, quien brindaba cuidado de la salud a los pacientes hombres en la Sala de San José”.

El cuidado era dado por las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación con cooperación de las ayudantes de enfermería. Se brindaba las 24 horas del día, los horarios eran estrictos y se exigía mucha disciplina y dedicación por la escasez de personal en el Hospital.

Se tenía un concepto de cuidado integral enfocado hacia el bienestar físico y espiritual del paciente, de acuerdo con la capacidad, recursos humanos y materiales que podía aportar el hospital.

El tipo de cuidado que se dio durante esta época fue el relacionado con la conservación y mantenimiento de la vida⁷⁵, el cual se manifestó en las actividades de alimentación, higiene y los cuidados de naturaleza afectiva o psicosocial (apoyo espiritual), que se brindaba a los pacientes. Parcialmente se dio en la atención al enfermo, el tipo de cuidados de curación⁷⁶, que son los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. En el hospital San Rafael de Tunja el personal de enfermería realizaba cuidados de curación a los pacientes bajo la supervisión y determinación médica existente.

La forma de administración de personal provenía del modelo francés en organización de hospitales⁷⁷, en donde cada pabellón era atendido por una o dos enfermeras, una religiosa y un médico. El personal de ayudantes de enfermería, estaba dirigido por las hermanas, no tenían una adecuada preparación científica y técnica referente al cuidado. Este personal provenía de clases sociales humildes de sanas costumbres en su mayoría y llegaban al hospital a brindar sus servicios voluntariamente o se les promovía de empleados de servicios generales a ayudantes de enfermería, previo adiestramiento en servicio.

⁷⁵ COLLIERE, Marie Françoise. Promover la Vida. De la Práctica a las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, 1ª edición en Español, Madrid, Interamericana Mc. Graw Hill. 1993, P. 235-236.

⁷⁶ Ibid. P. 235-236

⁷⁷ VELANDIA. Op, cit. P. 48

Este tipo de cuidado fue consecuencia de las herencias que recibió la enfermería en Colombia:

La herencia religiosa influyó notablemente en la formación de valores y actitudes de fe cristiana tales como: Caridad, amor, compasión, misericordia, que obligó al personal de enfermería a cargo de las religiosas a seguir estos principios, sumados a la disciplina y normatividad que imponían las hermanas.

Las Hermanas de la Presentación, habían tenido experiencia en la atención de enfermería durante los conflictos armados de Europa, en la guerra Franco Prusiana en 1870, en la primera y segunda guerras mundiales. En Colombia durante las guerras civiles de fines del siglo pasado, lo cual la había formado tradicionalmente para un cuidado disciplinado y normativo, esto aunado a las estructuras de la vida religiosa, hizo que el tipo de cuidado que ellas vivían y transmitían tuviera estas connotaciones de carácter militar y jerárquico.

A la mujer Colombiana por tradición se le educaba como madre y esposa, para los cuidados del hogar y preservación de la vida (alimentación, vestido e higiene). Escogían profesiones caracterizadas socialmente femeninas, enfermera o maestra; poco se implicaba en las decisiones del hogar, menos aún en las de su sitio de trabajo o en las gubernamentales. La mujer Colombiana solo ejerció su derecho civil y democrático con el voto hasta 1957.

Esta imagen femenina frente al médico quien tomaba las decisiones de los cuidados de curación en el hospital y estaba ubicado en los niveles administrativos y decisorios, creó una dependencia. Las actividades que realizaba en el hospital estaban en función de la ayudantía médica y recibían una educación en los cuidados de menor complejidad que el médico delegaba. Si bien, existía cierta dependencia en el conocimiento y la práctica, las características propias de la mujer tan esenciales en el cuidado de la enfermería como la bondad, la dedicación, la ternura, la compasión, la disciplina y la organización fueron un valor que caracterizó al cuidado. Se es igualmente profesional por lo que se sabe, por lo que se hace y por que es; por tanto, la parte actitudinal continúa siendo parte fundamental del cuidado de enfermería.

A pesar de que ya existía la reglamentación del ejercicio de la profesión dada en 1947 y la oportunidad que se le dio a la enfermería de ejercer la profesión en otros campos de la salud pública, esto no se reflejó en el hospital de Tunja, las personas tenían temor de laborar en ésta profesión por el compromiso y responsabilidad que implicaba ser enfermera.

En el cuidado de enfermería se conjugan tres elementos: El **SER**, el cual fundamenta el sentido y la filosofía de la enfermería; el **QUEHACER** en la práctica y el **SABER** en el conocimiento propio de la enfermería.

En el periodo en estudio, el **SABER** del personal de enfermería estaba dado por los conocimientos generales recibidos del personal médico a través de la

capacitación sobre procedimientos y cuidados especiales en los diferentes tratamientos que se les aplicaba a los pacientes. El **QUEHACER** de la enfermería por la práctica de los cuidados para conservar y mantener la vida y los cuidados de curación. El **SER**, por los valores y actitudes humanitarias y cristianas hacia las personas que requerían de atención física, psicológica, moral o espiritual.

CONCLUSIONES

- La Reforma Constitucional de Agosto de 1936 plantea un Estado interventor apoyado en el concepto de función social con deberes frente a la población y como respuesta al proceso de urbanización, industrialización, problemas agrarios y nuevos perfiles epidemiológicos consecuentes a estos desequilibrios, que se reflejan en la salud.

- Los gobiernos durante el periodo en estudio reconocen la necesidad de una organización político administrativa autónoma para la salud, este hecho se da procesualmente: El Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social (1938), se implica en la salud de los trabajadores, en los problemas de carácter laboral y en la higiene como control y prevención de las enfermedades y el conjunto de medidas relacionadas con el control del medio ambiente en cuanto este tiene relación con el desarrollo de enfermedades. El Ministerio de Higiene (1946) continúa con éstas políticas delegando completamente el aspecto laboral de la salud de la población a otro Ministerio. El Ministerio de Salud Pública (1953) introduce nuevos elementos como la promoción de la salud y el trabajo interdisciplinario.

- Las políticas de estructura administrativa, las medidas de salubridad y los programas de promoción y prevención que implantaban los gobiernos para

la población, llevó a crear organismos administrativos a nivel Departamental que se implicaran en estos aspectos. En Boyacá se crearon estos organismos de salud pública, pero no trascendieron a la asistencia hospitalaria que continuaba con un enfoque hacia curación de la enfermedad centrada en el individuo y con dependencia económica de la iglesia y la caridad pública.

- La política de intervención extranjera consolidada en el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, con sus diferentes organismos, propendió por una ayuda técnica y económica por la preparación académica del personal de salud que apoyara sus políticas. Este programa de cooperación sí bien favoreció al país buscó una mano de obra sana y productiva para sus fines económicos y creó un colonialismo y dependencia de los países benefactores.

- Los objetivos del proyecto del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, siempre propendió por la capacitación de personal de enfermería, pero no se creó un organismo a nivel Nacional que fijara políticas sobre administración, cuidado y organización de enfermería a nivel institucional. En un país de políticas de salud centralistas, esto repercutió sobre la administración del cuidado de enfermería.

- Hasta 1944 el Hospital San Rafael de Tunja dependió económica y administrativamente del Obispo de la Diócesis, las políticas de intervención de Estado sobre las beneficencias, los recaudos económicos para la salud

no se dieron en su totalidad, lo cual llevó a que el hospital presentara periódicamente crisis económicas que repercutían en la administración y atención en salud.

- En el Hospital San Rafael de Tunja durante el periodo en estudio no existió una organización administrativa para enfermería que asegurara el control del cuidado y del personal de enfermería. El cuidado era dado bajo la dependencia médica y como una expresión de caridad cristiana por personal en su mayoría sin preparación académica.
- Una dificultad para la investigación histórica en salud sobre el tema propuesto, es el hecho de la escasez de archivos, la mala organización (legajos, folios, fechas), a nivel regional e institucional. En el Hospital San Rafael de Tunja no existe en el periodo en estudio ningún archivo sobre cuidado de enfermería como tampoco un sitio para el archivo institucional.
- La experiencia como investigadoras, en historia, ha mostrado la limitación conceptual que en enfermería se tiene de la historia, concibiéndola como narración de los hechos, sin contextualizarlos, explicarlos y proyectarlos. La configuración de la disciplina en enfermería se construye desentrañando sus raíces y explicando sus procesos en las diferentes sociedades, tiempos y espacios en los cuales enfermería ejerce su función de cuidar.
- La cultura de escribir de las enfermeras es una limitante para hacer historia, no se consignan los hechos, las vivencias, los testimonios, la problemática,

lo cotidiano de la enfermería, así como tampoco se valoran en toda su dimensión los archivos. Una formación integral de enfermería implica la identidad que solo tiene sus raíces en la historia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

ORGANISMO DE SALUD: Conjunto de órganos administrativos encargados de la gestión del servicio de salud; en este caso los Ministerios encargados de la salud en el país.

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA: Forma en la que se divide un conjunto de actividades desarrolladas por una administración sea de carácter legislativo, jurisdiccional o ejecutivo, dispuestas y solidarias entre sí.

POLITICA: Conjunto de prácticas, hechos, instituciones y determinaciones del Gobierno de un Estado o de una Sociedad, definida también como el modo de ejercer la autoridad en un Estado o Sociedad.

ASISTENCIA PUBLICA: Conjunto de acciones que se encargan de prestar un servicio al ciudadano, que puede ser frecuentado o usado por todos.

MINISTERIO: Cada uno de los Departamentos en que se divide el gobierno de un país. Órgano público específico, encargado de cooperar en la administración justa de los recursos del país, velando por sus intereses, los de la sociedad y particulares.

HOSPITAL: Establecimiento privado o público, donde se efectúan todos los cuidados médicos y de enfermería, para preservar y mantener la salud de la población.

HIGIENE: Ciencia que estudia los medios para prevenir y controlar enfermedades. Es el conjunto de medidas dirigidas al control del medio ambiente en relación con el desarrollo y propagación de enfermedades.

SALUBRIDAD: Significa salubre o saludable, y se aplica especialmente a las cosas o al medio, que al hombre mismo.

SALUD PUBLICA: Es la práctica de las medidas de la medicina preventiva a las personas y al medio. Esta incluye la prevención de las enfermedades, prolongación de la vida, promoción de la salud física y mental, y eficiencia de los esfuerzos de la comunidad dirigidos a:

- Educación de los individuos en los principios de la higiene personal y pública.
- Sanidad del medio ambiente.
- Control de las enfermedades prevenibles.
- Organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades.

UNIDAD SANITARIA: Establecimiento público en donde se ejecutaban acciones de conservación de la salud y fomento de la higiene.

CENTRO DE HIGIENE: Lugar o punto donde parte o se dirigen acciones particulares, que brinda normas higiénicas e indica como debe realizarse la limpieza y sanidad de los ambientes y de las personas.⁷⁸

⁷⁸ RUIZ, Prospero. Higiene y Saneamiento. Medellín. Editorial no especificada. 1948

FUENTES CONSULTADAS PARA LA INVESTIGACIÓN

1. Documentos

ACTO LEGISLATIVO N° 1. DE 1936 (Agosto 5) reformativo de la Constitución. En: El Boyacense, Año LXXI, Tunja, Lunes septiembre 14 de 1936.

CÓDIGO SANITARIO NACIONAL, 1959. Ministerio de Salud Pública. Bogotá, Imprenta Nacional, 1969.

COMPILACIÓN DE DISPOSICIONES LEGALES SOBRE INSTITUCIONES DE UTILIDAD COMÚN. Ministerio de Salud Pública, División de Atención Médica. Bogotá, D.C. Octubre de 1965.

INFORME DE LA CONFERENCIA SOBRE COOPERACIÓN TÉCNICA BILATERAL EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA. Bogotá, D.E. Cooperativa Artes Gráficas, 27 de Enero a 10 de Febrero de 1956.

2. Obras citadas

ABEL, Christopher. Ensayos de la Historia de la Salud en Colombia 1920 – 1990. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional, CEREC, Bogotá, Septiembre de 1996.

ALVAREZ, 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

ARIZMENDI POSADA, Ignacio. Nueva Historia de Colombia. “Presidentes de Colombia 1810 – 1991”, Colombia, Editorial Planeta, 1.989.

CAICEDO CASTILLA, José Joaquín. Memoria del Ministro de Trabajo Higiene y Previsión Social al Congreso, 1939. Bogotá, Imprenta Nacional 1939.

CALVO NUÑEZ, Aroldo y otros. El Nuevo Enfoque de la Salud en Colombia. Bogotá. Editorial Canal Ramírez Antares. 1979

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.

CAVALIER, Jorge. Memoria del Ministro de Higiene al Congreso de 1949. Tomo I y II. Bogotá. Imprenta Nacional 1949.

_____ ; RUIZ, Carlos. Plan Hospitalario Nacional. Bogotá, Imprenta Nacional 1950.

COLLIERE, Marie Françoise. Promover la Vida de la Práctica a las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Primera edición en Español, Madrid, Interamericana Mc Graw Hill. 1993.

CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA 1886. Bogotá Colombia, Ediciones Enfasar 1982.

CUSBA, María de Jesús. Labor Social de las Hermanas Dominicas de la Presentación en Tunja. Trabajo de Grado para optar el título de licenciado en Ciencias Sociales y Económicas, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja 1990.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE. Resoluciones. Tomo I. Sin legajos ni folios 1937.

DONAHUE, Patricia. Historia de la Enfermería. España, Ediciones Doyma 1985.

FREIDSON, Eliot "Personal Médico". En: Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. Volumen VIII. 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.

_____. Historia de la Salud en Tunja y Boyacá, Colciencias. UPTC. IIFA, Abril de 1996.

_____. 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, Escuela de Enfermería, 1993.

_____. Salud Política y Religión. Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen 1873 – 1929. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad de Educación. Post Grado en Historia. Tunja 1997 (Tesis de grado no publicada)

_____. Sistema Nacional de Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. 1993 (Conferencia no publicada).

HERNANDEZ ALVAREZ, Mario. Análisis Socio Histórico de la toma de decisiones en Salud en los últimos 100 años en Colombia. Bogotá Febrero de 1990.

_____. El Derecho a la Salud y la Nueva Constitución Política de Colombia. En: 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 TECNICAS Y CERTIFICACION. Compendio de Normas Técnicas sobre Documentación, Edición actualizada 1998.

J. HUIZINGA. El concepto de la Historia y otros ensayos. México. Fondo de la Cultura Económica. 1946

MARTINEZ MARTIN, Abel. Discurso de Inauguración del Aula Máxima y la nueva biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. UPTC 1998.

MARTINEZ ZULAICA, Antonio. Fosas y Bronces. Academia Boyacense de Historia. Editorial Kelly 1989.

MAYOR, Alberto. Historia de la Industria Colombiana, 1930 – 1968. En: Nueva Historia de Colombia. Tomo V. Bogotá Editorial Planeta Colombiana 1989.

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.

PEÑA, 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.

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.

_____ y colaboradores. “Historia Social de la Ciencia en Colombia” En: Historia de la Medicina. Tomo VII y VIII, Bogotá, Colciencias 1993.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Octavo Congreso Nacional de salud Pública. Reunión de Ministros y Directores de Seguridad Social en Centro América. Grupo Contadora y Grupo Andino. Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia, 1984

RESTREPO VILLA, Guillermo. El Derecho a la Salud Pública Colombiana. Medellín: Universidad de Antioquía. Escuela Nacional de Salud Pública. 1980.

RESTREPO, Guillermo y VILLA, Agustín. Desarrollo de la Salud Pública Colombiana, Escuela Nacional de Salud Pública: 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 la 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.

3. Contratos

CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL SECRETARIO DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO Y EL SEÑOR GUILLERMO GERBETH, sobre suministro de distintos elementos destinados para la sala de cirugía del Hospital San Rafael de Tunja, 1936. En: El Boyacense, Mayo 20 de 1936.

CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL DIRECTOR NACIONAL DE HIGIENE Y EL PERSONERO MUNICIPAL DE TUNJA, sobre intensificación de la organización de una Unidad Sanitaria, 1937. En: Diario Oficial, 15 de febrero de 1937.

CONTRATO CELEBRADO ENTRE DIRECTOR NACIONAL DE HIGIENE Y EL PERSONERO DE TUNJA, sobre intensificación de la organización de una Unidad Sanitaria, 1938. En: Diario Oficial, Bogotá, Sábado 5 de Mayo de 1938.

CONTRATO CELEBRADO CON IGNACIO RUÍZ OSPINA sobre organización y sostenimiento en el municipio de Tunja, de una Unidad Sanitaria, 1941. En Diario Oficial, Tomo III, 1941.

CONTRATO EDIFICIO PARA CENTRO DE HIGIENE TUNJA, 1944. En: Diario Oficial, Tomo IV, 1944.

CONTRATO SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE UN EDIFICIO PARA CENTRO DE HIGIENE EN TUNJA (Oficina de Ingeniería Sanitaria y Fomento Municipal), 1945. En: Diario Oficial, Tomo III, 1945.

CONTRATO SOBRE CENTRO DE HIGIENE DE LA CIUDAD DE TUNJA, 1948. En: Diario Oficial, Tomo III, 1948.

CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN, DEPARTAMENTO Y LA BENEFICENCIA DE BOYACÁ, para la integración del Servicio de Salud, Mayo de 1966. En: El Boyacense. Año CI. Mayo 5 de 1966.

CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN, DEPARTAMENTO Y LA BENEFICENCIA DE BOYACÁ, para la integración del Servicio de Salud, Julio de 1966. En: Diario Oficial. Lunes, Julio 25 de 1966.

4. Decretos

DECRETO N° 1425 DE 1937 (Agosto 2) por el cual se fijan normas a los hospitales. En: El Boyacense, Año LXXI. Tunja, septiembre 6 de 1937.

DECRETO N° 2392 DE 1938 (Diciembre 30) sobre organización del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. En: CAICEDO CASTILLA, José Joaquín. Memoria del Ministerio del Ministerio Higiene y Previsión Social al Congreso de 1939. Bogotá, Imprenta Nacional, 1939.

DECRETO N° 54 DE 1939 (Enero 25) por el cual se distribuye la partida incluida en el presupuesto nacional para los establecimientos de asistencia pública en el Departamento. En: El Boyacense, Tunja, Enero 25 de 1939.

DECRETO N° 459 de 1942 (Noviembre 5) por el cual se dispone el funcionamiento de la Caja de Previsión Social del Departamento. En: El Boyacense, Año LXXVI. Tunja, Noviembre 17 de 1942.

DECRETO N° 47 DE 1944 (Febrero 16) por el cual se distribuye la partida incluida en el presupuesto nacional como auxilio para los establecimientos de asistencia pública en Boyacá. En: El Boyacense, Año LXXVIII. Tunja, Marzo 16 de 1944.

DECRETO N° 238 DE 1944 por el cual se crea la Junta Administradora del Hospital San Rafael de Tunja y otras disposiciones. En: El Boyacense. Año LXXVIII. Agosto 22 de 1944.

DECRETO N° 294 DE 1945 (Julio 25) sobre presupuesto extraordinario de rentas y gastos por concepto de auxilio nacional para la asistencia social en el Departamento durante la vigencia fiscal de 1945. En: El Boyacense, Año LXXIX, Tunja. Septiembre 29 de 1945.

DECRETO N°. 151 DE 1946. (Abril 8) por el cual se hacen nombramientos de suplentes en la Junta Administradora del Hospital San Rafael de Tunja. En: El Boyacense, Año LXXX, Tunja, Abril de 1946.

DECRETO N° 25 DE 1947 por el cual se organiza el Ministerio de Higiene.

DECRETO N° 97 DE 1947 (Febrero 20) sobre presupuesto extraordinario de rentas y gastos por concepto de auxilios nacionales para la asistencia social en el Departamento. En: El Boyacense, Año LXXXI. Julio 14 de 1947.

DECRETO N° 297 DE 1947 (Mayo 31) sobre presupuesto extraordinario de rentas por concepto de auxilio nacional para la asistencia social en el Departamento en 1947.

DECRETO N° 2553 DE 1948 (Julio 23) por el cual se organiza la campaña contra la Richettsiasis en el Departamento de Boyacá y se crean unos servicios ambulantes en el mismo Departamento.

DECRETO N° 1739 DE 1949 (Junio 25) por el cual se deroga el decreto N° 2553 de julio 23 de 1948 y se organizan las campañas sanitarias en el Departamento de Boyacá. En: Diario Oficial, Tomo II. 1945.

DECRETO N° 081 DE 1950 (Marzo 8). En: El Boyacense. Año LXXXI, Tunja, Mayo 20 de 1950.

DECRETO N° 2727 DE 1950 (Agosto 16) por medio del cual se establece la zonificación hospitalaria en el país. En: RUIZ, Carlos y CAVELIER, Jorge. Plan Hospitalario Nacional, 1950.

DECRETO N° 0984 DE 1953 (Abril 16) orgánico de las dependencias de personal y asignaciones del Ministerio de Salud Pública.

DECRETO LEGISLATIVO N° 0197 DE 1957 (Agosto 30) por el cual se determina la forma de prestar asistencia pública en desarrollo del artículo 19 de la Constitución Nacional. En: Diario oficial, Año XCIV. Bogotá, D.E. Viernes 18 de Octubre de 1957.

DECRETO N° 1423 DE 1960 (Junio 9) por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se adscriben los negocios que debe conocer. En: Diario Oficial, Lunes 4 de Julio de 1960.

DECRETO N° 902 DE 1965 (Octubre 6) por el cual se nombra un representante del Hospital San Rafael de Tunja y del cuerpo médico de Boyacá. En: El Boyacense, Año CIV. Tunja, Septiembre 8 de 1969.

5. Leyes

LEY 100 DE 1936 (Abril 25) por la cual se crean unas comisiones sanitarias y se provee la construcción de varios hospitales. En: El Boyacense, 1936, p. 326.

LEY 96 DE 1938 (Agosto 6) por el cual se crean los Ministerios de Trabajo, Higiene y Previsión Social y de la Economía Nacional. En: Diario Oficial, Año LXXIV. Bogotá, Sábado 6 de agosto de 1938.

LEY 27 DE 1946 (Diciembre 2) por el cual se crea el Ministerio de Higiene.

LEY 19 DE 1959 (Mayo 13) por la cual se aprueba la Constitución de la OMS.
En: Diario Oficial, Año XCVI. Bogotá, D.E. Lunes 18 de Mayo de 1959.

6. Ordenanzas

ORDENANZA N° 30 DE 1920 (Abril 26) sobre higiene y beneficencia.

ORDENANZA N° 2 DE 1936 (Marzo 21) sobre medicina legal, medicina escolar y de asistencia pública.

ORDENANZA N° 33 DE 1936 (Abril 30) por la cual se da una autorización al gobierno departamental en el ramo de Higiene.

ORDENANZA N° 5 de 1937 (Junio 3) sobre medicina escolares y saneamiento ambiental.

ORDENANZA N° 12 DE 1937 (Junio 8) por la cual se divide el Departamento en zonas médico-legales y se fomenta la estadística.

ORDENANZA N° 37 DE 1937 (Junio 25) por la cual se contribuye el Departamento al tratamiento de leprosos boyacenses no asilados.

ORDENANZA N° 20 DE 1938 (Junio 28) por la cual se organiza la asistencia pública en el Departamento.

ORDENANZA N° 6 DE 1939 (Mayo 31) por la cual se dan unas autorizaciones al gobierno.

ORDENANZA N° 17 DE 1942 (Junio 30) por la cual se crean unos servicios en los hospitales de Tunja y de Soatá y se dictan otras disposiciones.

ORDENANZA N° 53 DE 1942 (Julio 15) por al cual se reorganizan las campañas sanitarias en Boyacá.

ORDENANZA N° 22 DE 1945 (Junio 19) por la cual se dispone la celebración del contrato para cooperar a la campaña antivenérea y servicios dependientes del Centro de Higiene de Tunja.

ORDENANZA N° 36 DE 1945 (Julio 4) por la cual se estable la organización hospitalaria en el Departamento de Boyacá y se dictan otras disposiciones.

ORDENANZA N° 34 DE 1946 por la cual se divide al departamento en zonas médico-legales.

7. Resoluciones

RESOLUCIÓN N° 67 DE 1937 (Febrero 19) por la cual se reglamentan las profesiones de practicantes, comadronas, enfermeros, enfermeras, visitadoras sociales y asistentes de bacteriología y laboratorio y se dictan otras disposiciones. En: Departamento Nacional de Higiene, Decretos, Resoluciones. Tomo I, 1937.

RESOLUCIÓN N° 9 DE 1938 sobre forma de recaudar fondos a nivel Departamental para la asistencia pública. En: El Boyacense, Año LXXIII. Tunja, Enero 11 de 1939.

RESOLUCIÓN N° 17 DE 1942 (Abril 17) por la cual se determinan los límites sanitarios de los Centros de Higiene del Departamento, en relación con los servicios médico-escolares, epidemiológicos y de asistencia pública. En: El Boyacense, Año LXXVI, Tunja, Junio 25 de 1945.

RESOLUCIÓN N° 12 DE 1942 (Marzo 27) por la cual se nombra el personal de campaña sanitaria de Boyacá. En: El Boyacense, Tunja, Abril de 1942.

RESOLUCIÓN N° 15 DE 1942 (Abril 16) por la cual se hacen unos traslados dentro de las partidas de gastos de sostenimiento de los Centros de Higiene del Departamento. En: El Boyacense, Tunja, Abril de 1942.

RESOLUCIÓN N° 16 DE 1942 (Abril 17) por la cual se determina la ubicación de los Centros de Higiene que funcionarán en el Departamento en el presente año. En: El Boyacense, Año LXXVI. Tunja, junio 25 de 1945.

RESOLUCIÓN N° 32 DE 1942 (Agosto 4) por la cual se dispone de los aprovechamientos hechos de cuota nacional durante el mes de julio último. En: El Boyacense, Año LXXVI. Tunja, Septiembre 11 de 1942.

RESOLUCIÓN N° 102 (Agosto 20) adicional y reformatoria de la Resolución N° 78 del 22 de junio del corriente año sobre reconocimiento, giro y pago de prestaciones sociales. En: El Boyacense, Año LXXVI. Tunja, Septiembre 11 de 1942.

RESOLUCIÓN N° 111 DE 1942 (Septiembre 11) por la cual se determina la manera de hacer efectivo el pago de prestaciones sociales. En: El Boyacense, Año LXXVI, Tunja, Octubre 15 de 1942.

RESOLUCIÓN N° 21 DE 1947 (Julio 29) por la cual se dicta una disposición transitoria referente a los escalafonamientos de funcionarios de los nuevos ministerios de Higiene y otras acerca del Departamento de Empresas de Servicios Públicos y de la Superintendencia de Cooperativas. En: Diario Oficial, Año LXXXIII. Bogotá, Sábado 30 de Agosto de 1947.

RESOLUCIÓN N° 452 DE 1949 (Noviembre 14) por la cual se reforma la Resolución N° 152 de la Caja de Previsión Social del Departamento.