

**LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD Y
EL ESTADO COLOMBIANO**

CIEN AÑOS DE HISTORIA

1902 - 2002

La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia

1902-2002

La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia

1902-2002

Dirección de la investigación:

Mario Hernández Alvarez, médico, Magíster en Historia, candidato a Doctor en Historia, profesor de la Universidad Nacional de Colombia

Diana Obregón Torres, socióloga, Magíster en Historia, Ph.D en Estudios Sociales de la Ciencia, profesora de la Universidad Nacional de Colombia

Asesor de la investigación:

Néstor Miranda Canal, sociólogo, profesor de la Universidad El Bosque y de la Universidad de Los Andes

Investigadores:

Claudia Mónica García, médica, candidata a Magíster en Historia, profesora de la Universidad El Bosque

Juan Carlos Eslava, médico, Magíster en Sociología, profesor de la Universidad Nacional de Colombia

Román Vega Romero, médico, Magíster en Administración de salud y seguridad social, Ph.D en administración, profesor de la Universidad Javeriana

Asistentes de investigación:

Jinneth Hernández Torres, médica

Manuel Vega Vargas, médico

Carlos Vladimir Villamizar Duarte, historiador

Diego Mauricio Barbosa Morales, médico

Bogotá, Octubre de 2002

CONTENIDO

PRESENTACION

INTRODUCCION

Capítulo 1: Preámbulo de una relación, 1902-1920

Pactos iniciales de la salud internacional americana

Colombia y los acuerdos internacionales

Primeras realizaciones en sanidad portuaria

Capítulo 2: El impulso de la cooperación, 1920-1938

Colombia en la VI Conferencia Sanitaria Internacional

Estadísticas, autoridad cultural de los higienistas y Fundación Rockefeller

Colombia y el Código Sanitario Panamericano de 1924

El Ministerio y los Servicios Coordinados de Higiene

Capítulo 3: Bases institucionales para la cooperación, 1938-1950

La X Conferencia Sanitaria Panamericana en Bogotá

Guerra y cooperación en salud

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP)

El Ministerio de Higiene y la Estadística

Autonomía de la OSP en el concierto mundial

Capítulo 4: Entre la erradicación de enfermedades y la integración de servicios, 1951-1960

Viruela, tuberculosis y lepra: entre el optimismo y la cautela

El retorno de la erradicación

Programa de erradicación del *Aedes aegypti*

Del control a la erradicación de la malaria

El Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM)

La lucha contra la Fiebre Aftosa

Nuevas demandas de formación de personal en salud

Capítulo 5: Salud, desarrollo y derecho a la salud, 1961-1975

La OPS y el mandato de la Carta de Punta del Este

Derecho a la salud e integración de servicios

Recursos humanos, clave de la planificación en salud

Escuelas de salud pública: salubristas y planificadores

Sanearamiento, salud y desarrollo

Atención materno infantil para el desarrollo

Integración de los programas de erradicación: problemas y soluciones

El Sistema Nacional de Salud: una opción de integración

Capítulo 6: El SNS en el marco de la Atención Primaria de Salud, 1976-1985

Límites del SNS y de la planeación en salud

La APS: adopción de una estrategia

Control de enfermedades transmisibles en el marco de la APS

Plan Nacional de Control de la Fiebre Aftosa y la Brucelosis

Incursiones más allá del saneamiento básico

Recursos humanos: entre el SNS y la estrategia de APS

Capítulo 7: La descentralización y el modelo de los SILOS, 1986-1993

Reforma del Estado por la vía de la descentralización

El impulso de la APS en medio del ajuste
Proyecto de consolidación del SNS y Ley 10 de 1990
Los SILOS de la OPS en el marco de la descentralización
Una coyuntura de favorables confluencias
Descentralización y control de enfermedades
Hacia una política de recursos humanos en salud

Capítulo 8: Cambio de reglas, sorpresa y restitución, 1993-2002

El nuevo liderazgo internacional en las políticas de salud
La reforma del Estado por la vía constitucional
La sorpresa de las nuevas reglas: Ley 100 de 1993
La cooperación técnica en el nuevo marco institucional
La recomposición de una relación
La salud pública en un sistema de aseguramiento
Por la restitución del liderazgo

Bibliografía

ANEXO

PRESENTACION

La Organización Panamericana de la Salud cumple este año un siglo de trabajo en pro de la salud de la población de la región de las Américas. Todos los países han venido desarrollando en el transcurso de este año numerosas actividades que globalmente han sido un reconocimiento a un gran esfuerzo conjunto de la Oficina y los países, cuyo logro ha sido el progreso sostenido de la salud en la Región.

Como ocurre con los aniversarios personales, los de las instituciones no solamente constituyen ocasión propicia para el festejo, sino oportunidad para la meditación. Por ello, a propósito del Centenario de la Organización, en Colombia decidimos deliberadamente no solamente festejar sino reflexionar acerca de lo que ha sido un siglo de cooperación en el país. Sin embargo, desde un comienzo el propósito fue diferente al de un recuento histórico más o menos ilustrativo. La intencionalidad, fue la de desarrollar un trabajo analítico de una ya larga relación dinámica entre la Oficina y el país, siempre alrededor del tema central de la Salud Pública. Más aún, nos animó a hacerlo, el que en este momento, confluyen varias realidades con aires de renovación: entre otras, el comienzo de un nuevo siglo, un cambio de gobierno en el país, un inminente relevo en las autoridades de la Organización, apasionadas discusiones acerca de las corrientes globalizantes y sus repercusiones en lo social.

Trascendiendo el recuento institucional que, irremediablemente hubiera constituido una visión muy sesgada, decidimos que la reconstrucción del pasado y el análisis del presente requerían enriquecerse con las visiones y aportes de representantes de muchos sectores. Además y de paso, esta amplia convocatoria servía a un propósito secundario pero desde nuestra perspectiva no menos importante: la necesaria discusión sobre la salud pública. Para ello, la Organización conformó un grupo de personas conocedoras de la historia general del país, de la historia de la salud pública en Colombia y de la cooperación, todos con diferentes niveles de aproximación: en las distintas épocas y por sus vivencias como docentes,

trabajadores de la salud pública e investigadores y funcionarios y ex funcionarios de la Organización.

El proceso de investigación contó con la generosa participación de muchas personas y entidades, hasta lograr configurar un producto plasmado en esta publicación. Del proceso aprendimos la importancia de guardar la memoria institucional para cuando desaparecen los actores y nos deja el propósito de procurar documentar el trabajo y de guardar con celo los documentos

El propósito nunca fue el de un recuento exhaustivo Sin embargo, con gran satisfacción entregamos su producto. Estamos seguros que su lectura desprevenida será muy enriquecedora desde el punto de vista histórico. Todos los comprometidos en su construcción, damos fe de haber aprendido y entendido mucho de la Organización, del país y de su devenir histórico y del desarrollo de la salud pública en Colombia.

Sin embargo, y recuperando la intencionalidad principal de este empeño, esperamos que esta publicación sirva de pretexto para emprender numerosos y amplios procesos de discusión y análisis acerca de la salud del país y el contexto nacional e internacional en que se mueve, de la cooperación internacional que recibe y requiere, con miras al fortalecimiento de la salud pública y al desarrollo de mejores condiciones de vida para los colombianos.

Quisiera finalizar la presentación de esta publicación tomando de la Declaración de Alma Ata lo que creo esta en el espíritu que anima a la Organización y que dice: “La existencia de desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vía de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente...”

Eduardo Alvarez Peralta (Representante OPS/OMS en Colombia)

INTRODUCCION

A la par con el discurrir de un siglo XX convulsionado, los países latinoamericanos se vieron en la necesidad de fortalecer sus estructuras estatales, en medio de un proceso complejo de reorganización mundial de los mercados internacionales. Como fruto de la acción combinada de las dinámicas socioeconómicas y políticas generadas por un sistema capitalista en desarrollo, la búsqueda de formas internacionales de organización y regulación fue una necesidad cada vez más imperiosa para la interacción de los Estados, así como una de las manifestaciones de la dinámica globalizadora que atravesó todo el final del milenio.

La OPS, como organización continental, fue hija de estos procesos sociales en los que los estados nacionales americanos se configuraron en amplias redes de interdependencia e intercambio. Articulada con el proyecto expansionista de una naciente potencia mundial, los Estados Unidos de América, la Organización, en su momento Oficina Sanitaria Internacional y posteriormente Oficina Sanitaria Panamericana, canalizó la ampliación del intercambio en las Américas bajo consignas civilizatorias, modernizantes e higienistas.

Pero si bien la génesis de la OPS cobró un sentido instrumental para la expansión de los mercados y la intensificación de los intercambios comerciales, es preciso señalar que, al mismo tiempo, constituyó el mecanismo afortunado mediante el cual la salud adquirió un reconocimiento totalmente nuevo e importante en el nivel continental, a la par que se le reconocía la categoría de problema estratégico para la región y sus países. En esta situación, la acción de la OPS, alimentada por un desarrollo científico-técnico progresivo y por las crecientes demandas de salud, rebasó los límites impuestos por intereses unilaterales y se enfrentó a las complejidades de un escenario socioeconómico y político multifacético en el orden mundial posterior a la segunda Gran Guerra.

La nueva estructura multipolar en 1947, fortalecida en 1958, en medio de la escena mundial de posguerra, permitió un cierto consenso desde los años 60 en el seno de una organización que, no sólo asesoraba a los diferentes países miembros, sino que también representaba los pactos que surgían entre ellos. Esto permitió el despliegue de acciones coherentes y múltiples que hicieron de la OPS un símbolo de la acción cooperativa internacional y una herramienta para la planificación de la salud en el ámbito regional. Desde la fortaleza alcanzada mediante este estatus, la acción de la OPS pudo desplegarse con vertiginosa rapidez. Adicionalmente, un cierto impulso proveniente de un ideal tecnocrático y solidario en ascenso en el plano mundial, le permitió afianzarse como un actor importante en el escenario de la política sanitaria continental.

La lucha contra enfermedades importantes desde los puntos de vista social, económico y político, la promoción y el apoyo a las respuestas estatales para enfrentar las necesidades sanitarias, y el fortalecimiento técnico de un recurso humano cada vez más indispensable para agenciar la acción sanitarista, constituyeron los grandes frentes de trabajo de la labor de asistencia y cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros, todo ello cobijado bajo la impronta de un discurso y un quehacer salubristas. El derecho a la salud, la salud para todos y, más tarde, la equidad, fueron banderas poderosas que lograron aglutinar las voluntades de los países en acuerdos de acción continental. Aunque no siempre coherentes con sus propios planteamientos, los países latinoamericanos buscaron la manera de ajustar sus estructuras y dinámicas sanitarias para responder a las necesidades de salud de sus propios habitantes en el marco de los llamados y los convenios internacionales, generalmente propiciados por la OPS.

En Colombia, la OPS consolidó su presencia institucional en el decenio de los cincuenta, convirtiéndose en protagonista de primera línea y en referente clave para la acción sanitaria, papeles destacados que mantuvo durante más de tres décadas. A su vez, el Estado colombiano, en su accidentado proceso de configuración y de búsqueda de legitimidad, acogió de manera activa muchos de los planteamientos

agenciados por la Organización, validó las acciones de asistencia técnica que ella le ofrecía y las incorporó como un complemento casi natural a su labor de definición de políticas en salud.

Pero, como lo muestra la historia de las tendencias y vicisitudes en la relación entre la OPS y el Estado colombiano aquí relatada, la confluencia de intereses e intercambios entre estas dos instancias se dio en una dinámica de cambios y transformaciones de la sociedad en su conjunto que afectaron a los dos componentes de dicha relación. De allí la especificidad de los desarrollos, los logros y las dificultades de la cooperación técnica en Colombia. La OPS tuvo giros y énfasis diversos, según la confluencia internacional de factores socioeconómicos, políticos y científico-técnicos propios de cada período. El Estado colombiano, a su vez, transitó por mutaciones y reorganizaciones que le imponía el ritmo de la convulsionada sociedad colombiana, que no siempre expresaban una adecuada coherencia entre las necesidades sociales y políticas y las reformas institucionales.

Unas veces de la mano de los programas de erradicación de enfermedades, otras de la mano de proyectos de integración de los servicios asistenciales, unas más desde referentes planificadores, y otras desde estrategias como la atención primaria, con el leit motiv del vínculo entre salud y desarrollo –omnipresente desde comienzos de los años 60- la relación OPS-Estado colombiano configuró íntimas y complejas articulaciones entre saberes y poderes, entre tecnocracias locales y foráneas y entre actores sociopolíticos y coyunturas críticas.

En esta articulación, los dos grandes actores de esta historia se volvieron mutuos validadores de sus propias acciones. El Estado colombiano reconoció en la OPS un instrumento útil y pertinente para adelantar la labor de coordinación de la acción sanitaria nacional y continental, mientras que la presencia de la OPS se constituyó en un legitimador del Estado colombiano y de sus políticas de salud. En esta confluencia, hubo logros tan importantes como la disminución de la mortalidad infantil y materna, la erradicación de la viruela y de la poliomielitis, la creación de

una red pública de servicios que iban más allá de la atención individual para afianzar una salud pública con innegable presencia nacional.

Pero esta positiva adecuación de la interacción entre los socios de la cooperación aquí estudiada experimentó dificultades intermitentes, como era apenas natural, hasta que perdió su vitalidad con las profundas transformaciones que se empezaron a llevar a cabo desde finales de los años 80 y comienzos de los 90. Por un lado, el reordenamiento internacional alindero a las nuevas fuerzas políticas e institucionales que adquirieron un papel cada vez más importante en la formulación de las políticas sociales internacionales y nacionales y, concretamente, en la política de salud; por otro, el país cambió entre otras razones por la incorporación de nuevas fuerzas al sistema político, bajo la guía de claros derroteros neoliberales.

Con ello, la OPS no sólo vio disminuir su liderazgo en la orientación de las políticas de atención médica en el ámbito internacional, sino que, en el plano nacional, se encontró por fuera del proceso crítico de reorientación del sistema de salud que se estaba cumpliendo. El país, o mejor, los gobiernos de los noventa ya no concebían de la misma manera la participación de la Organización y, más aún, ya no estimaban de la misma forma el papel de una organización de cooperación internacional como la OPS, situación que se expresaba también en ámbitos transnacionales. Paralelamente, la autoridad sanitaria por excelencia, el Ministerio de Salud, se transformó de tal manera que afectó el diálogo entre los dos actores de la añosa relación. Los ejes centrales de la política no se discutían, mientras se realizaban programas puntuales de cooperación con escasa articulación. La OPS fue testigo del impacto de las transformaciones globales sobre los consensos tácitos entre los países latinoamericanos que le habían permitido cierta eficacia en su labor político-técnica en el campo sanitario. Y el Estado colombiano, disuadido por su propia convicción de estar innovando en el terreno de la organización de los sistemas de salud, consideró que la Organización tenía poco que decir frente a las propuestas de ese momento de los años 90.

Por ello, y es la situación actual, surge nuevamente la inquietud acerca del papel que debe cumplir la OPS en el escenario sociopolítico contemporáneo en el nivel regional, así como frente a los países miembros. ¿Cuál debe ser el nuevo acuerdo que renueve la relación OPS-Estado colombiano? Los dilemas que se abren son abrumadores. Sólo se podría decir, si la historia nos permite con su luz atisbar en los recintos del futuro, que la interacción entre las dos instancias podrá ser mantenida, como una relación fecunda, en la medida en que ellas mismas construyan acuerdos sólidos sobre las necesidades prioritarias de los colombianos en materia de salud y sobre las vías para conseguir un mayor bienestar para la población en su conjunto y en su diversidad. No será fácil, pero hay indicios y esfuerzos que apuntan en esa dirección.

De parte de la Organización, la actual orientación de su labor en pro de la garantía del derecho a la salud y la superación de las inequidades en este campo puede ser esclarecedora y servir de referente nacional. Si la evaluación de las FESP se convierte realmente en un instrumento para fortalecer la rectoría del sistema por parte de las autoridades sanitarias, desde la perspectiva del derecho universal y la equidad, seguramente los gobiernos acudirán a este valioso componente de la cooperación. Si la OPS lanza al debate público nacional e internacional la necesidad de reorientar las políticas por una nueva concepción de la salud pública, con seguridad encontrará nuevos aliados, dentro y fuera del aparato estatal.

La nueva concepción debe tender, como ya lo ha planteado OPS, hacia una salud pública revitalizada y vigorosa, además de participativa y democrática. Una salud pública capaz de superar el reduccionismo de las externalidades, para avanzar hacia la “intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas”, como se afirma en el proyecto de las FESP. Una salud pública que reconozca las especificidades del conflicto armado – dato que necesariamente debe tener cualquier política social en Colombia- y su impacto en la salud de las personas y en el desempeño de los servicios de salud; una salud pública que proponga estrategias de reorganización de los recursos

disponibles hoy para la atención médica, con la única pretensión de lograr metas de bienestar, de salud y de superación de las inequidades; una salud pública que convoque a la solidaridad de los ciudadanos para hacer de la salud uno de los objetivos de la acción colectiva; una salud pública que recupere el compromiso de los trabajadores de la salud hacia la vida saludable de las personas más que al mejoramiento de sus precarias condiciones laborales y socioeconómicas. En fin, una salud pública remozada que sirva de anclaje para tantas iniciativas, acciones y realizaciones que hoy están dispersas y, fatalmente atrapadas, en la lógica de los mercados de los servicios de salud.

De parte del Estado colombiano, es indispensable redefinir las necesidades de la cooperación internacional en salud, sobre la base de cumplir y hacer cumplir el mandato constitucional, tantas veces enunciado y pocas realizado, de ofrecer a toda la población unos servicios de salud guiados por la universalidad, la eficiencia, la solidaridad, la equidad y la participación. Las necesidades son muchas y los recursos ya no son tan escasos. La definición de políticas estatales de salud y no sólo de gobierno, es un imperativo del momento para construir una visión de largo plazo. Las confluencias son posibles y necesarias, tanto de los esfuerzos intersectoriales y de la sociedad en su conjunto, como de los aportes de la cooperación internacional que la Organización ofrece, en las distintas modalidades. Una visión de la salud pública de las dimensiones enunciadas anteriormente puede, sin duda, convertirse en herramienta de gobierno y de reorganización de las políticas públicas.

Cien años son poco para la humanidad, pero son mucho para la vida de las instituciones y, naturalmente, de los individuos. Las instituciones y las organizaciones pueden sucumbir, pero también pueden reordenar sus estructuras y sus propósitos frente a nuevas exigencias. La coyuntura actual es, sin duda, un verdadero reto, tanto para organismos como la OPS como para algunos Estados nacionales que, como el colombiano, parecen estar sumidos siempre en la incertidumbre de la crisis permanente. Un replanteamiento de una relación

prolongada, como la que aquí se ha examinado, puede ser el puente hacia un segundo centenario, siempre factible para las instituciones ya afianzadas en el tiempo, que miran al pasado para recomponer su futuro.

Capítulo 1: Preámbulo de una relación, 1902-1920

La interacción entre la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), primer antecedente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Estado colombiano comenzó un poco tarde, si se compara con otros países latinoamericanos. Puede decirse que la cooperación directa y propiamente dicha entre la OPS y el Estado colombiano se inició en el decenio de 1950, si se tiene en cuenta la presencia de funcionarios permanentes en el país, y la cantidad y la calidad de los proyectos de cooperación en higiene y salud, en el marco de las transformaciones que las dos instancias vivieron después de la Segunda Guerra Mundial, como se verá más adelante. Con anterioridad a esta fecha, en particular durante los dos primeros decenios del siglo XX, las relaciones entre ambas instituciones se limitaron a la expedición de leyes sobre policía sanitaria e infraestructura de sanidad portuaria por parte del aparato estatal colombiano de higiene pública, tomando como base los acuerdos emanados de las sucesivas reuniones sanitarias de los países americanos e, incluso, de las Conferencias Internacionales de los Estados Americanos. Pero el análisis de estas primeras interacciones, a las que se ha denominado “preámbulo”, requiere una breve exploración de las relaciones internacionales referidas a los problemas de salud de finales del siglo XIX y comienzos del XX.

Pactos iniciales de la salud internacional americana

Aunque durante la segunda mitad del siglo XIX no existía consenso entre médicos e higienistas acerca de las causas de enfermedades como el cólera, la peste o la fiebre amarilla, ni sobre sus modos de transmisión y tratamiento, la necesidad de establecer mecanismos para proteger las fronteras nacionales contra las epidemias condujo a la celebración de Conferencias Sanitarias Internacionales promovidas principalmente por los países europeos, como las de París en 1851 y 1859, de Constantinopla en 1866, Viena en 1874, Roma en 1885, Venecia en 1892 y Dresde en 1893. La quinta de estas conferencias se celebró en Washington en 1881, a raíz

de una epidemia de fiebre amarilla iniciada en Brasil en los años 70 y que arribó a los Estados Unidos en 1878 (Bustamante, 1955: 1-2; Moll, 1940: 1220). Pero no sería sino hasta comienzos del siglo XX, cuando una serie de circunstancias económicas, políticas, sociales y culturales hicieron posible la creación de organizaciones internacionales con cierta estabilidad, inicialmente para prevenir el contagio y la expansión de las enfermedades infecciosas y, después, para regular e impulsar la higiene y la sanidad en el ámbito internacional.

Se ha señalado el período comprendido entre la primera y la segunda guerras mundiales, como un período de transición de los tratados y convenciones entre naciones hacia el establecimiento de organizaciones internacionales para promover salud y bienestar (Weindling, 1995: 2). Un estudio de Martin David Dubin (1995: 56), acerca de la Organización de Salud de la Liga de las Naciones, se refiere a la existencia de una “episteme mundial biomédica y de salud pública” que entre las dos guerras mundiales habría adquirido confianza en su habilidad para reducir la aparición de epidemias y controlar la propagación de infecciones, gracias a un cuerpo de conocimientos sobre la etiología y la epidemiología de un buen número de enfermedades. Sin ninguna duda, los avances de disciplinas nuevas como la bacteriología, la inmunología y la parasitología proporcionaron a los higienistas un credo científico sobre el cual construyeron visiones optimistas acerca de la posibilidad de controlar las enfermedades infecciosas. Pero, antes que otorgar un papel único y determinante al progreso científico, es preciso reconocer la importancia decisiva que, en la creación de organizaciones de cooperación internacional en salud, tuvieron el desarrollo del comercio, la rivalidad entre las potencias europeas y de éstas con el poder emergente en América, los Estados Unidos, y la importancia estratégica que para este país tenía el comercio con los países latinoamericanos.

En fecha tan temprana como 1902, en el continente americano se creó la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), llamada a partir de 1923 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), desde 1947 Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y

desde 1958, Organización Panamericana de la Salud (OPS). La idea de citar a reuniones periódicas de los representantes de sanidad de los países americanos¹ y crear la OSI surgió de la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos que se celebró en México del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902, mediante resolución específica (ISB, 1903: Preface). A esa conferencia asistieron como delegados por Colombia Rafael Reyes y Carlos Martínez Silva (Sanín Cano, 1909: 17), al primero de los cuales le correspondió —ya como Presidente de la República, entre 1904 y 1909— dar los primeros pasos para iniciar la cooperación de este país con la OSI. Las Conferencias Internacionales de los Estados Americanos fueron propiciadas por el gobierno estadounidense desde 1890, cuando se realizó la primera de ellas en Washington, en el marco del proceso de ascenso sostenido de los Estados Unidos hacia el primer lugar de las potencias mundiales, desplazando a Inglaterra de esa posición. El continente americano, por razones evidentes, constituyó el primer objetivo de las políticas tendientes a consolidar este ascenso, y dentro de este propósito se creó, a partir de las Conferencias de Estados Americanos, la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, luego Unión Panamericana, que finalmente desembocaría en la Organización de Estados Americanos (OEA).

Las reuniones periódicas especializadas en el tema sanitario convocaban a un buen número de los países de este continente y tenían como fin asegurar la cooperación eficaz entre ellos para mantener activo el comercio, con un mínimo riesgo de difusión de enfermedades, especialmente en el territorio de los Estados Unidos. Desde sus inicios, tales reuniones mantuvieron una estrecha relación con las ya citadas Conferencias Internacionales de los Estados Americanos, como lo demuestra la secuencia de estas dos clases de reuniones. La I Convención Sanitaria Internacional se efectuó en Washington entre el 2 y el 5 de diciembre de 1902 a petición de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, como ya se señaló, con asistencia de 11 países, dentro de los cuales no estuvo

¹ Estas reuniones se llamaron inicialmente “convenciones” y, más tarde, “conferencias”. El término de “convención” también se aplicaba a los acuerdos y documentos que salían de dichas reuniones.

Colombia. En ella se decidió que la OSI estuviera conformada por una junta de siete miembros expertos en enfermedades epidémicas y que funcionara —entre otras razones, por precariedad de medios— en las instalaciones del Servicio de Salud Pública del gobierno de los Estados Unidos en Washington. En su desarrollo, en cuanto a políticas, recursos financieros, técnicos y humanos y locaciones, el papel del gobierno norteamericano sería cada vez más importante y dominante, hasta el punto de que la OSI/OSP “funcionó hasta el comienzo de los años treinta con un personal reducido, siendo virtualmente una rama del Servicio de Salud Pública de los EE.UU.” (Cueto, 1996: 179).

También debe tenerse en cuenta la relación de la OSI/OSP con entidades norteamericanas de carácter privado, interesadas, por diversas razones, en el tema de la salud y la sanidad, especialmente con la Fundación Rockefeller (FR). En el plano continental, además, por lo menos hasta mediados del siglo XX, se dieron formas de interacción, ayuda técnica y financiera entre diversas instancias: Estado norteamericano, Servicio de Salud Pública de los EE.UU., la FR, Conferencias de las Repúblicas Americanas, Estados latinoamericanos, “Convenciones” y Conferencias Sanitarias continentales, OSI/OSP y los servicios de sanidad de los estados de América Latina. Una red intrincada de relaciones en la cual estaba claro dónde residía el control sobre los mecanismos políticos y financieros y, también, técnicos de la salud, dado el poder hegemónico de los Estados Unidos en materia económica y comercial en todo el continente. No es un azar que los organismos médicos y sanitarios de la marina y el ejército norteamericanos hicieran parte muy visible de esa red. Por ello, quizás la OSI/OSP pasó inadvertida en el estudio editado por Paul Weindling (1995) sobre los movimientos y organizaciones internacionales de salud entre 1918 y 1939. Esta omisión podría interpretarse en visión retrospectiva como que en el período de entreguerras, la OSI/OSP no era considerada una organización internacional al ser difícil diferenciarla del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de su *partenaire*, la FR.

En el discurso de apertura de la I Convención Sanitaria realizada en Washington en 1902, Walter Wyman, el Presidente de la Convención y Cirujano General del Servicio de Salud y del Hospital de la Marina de los Estados Unidos, especificó cuatro temáticas básicas para las deliberaciones: información, cuarentena, sanidad e investigación científica (ISB, 1903: 14). Wyman hizo manifiesto el sentido de misión y de cruzada que habría de caracterizar durante casi todo el siglo la lucha por la protección contra las enfermedades, definiendo aquella reunión como “la primera de una serie de peregrinaciones anuales al altar de *hygeia*” (ISB, 1903: 13). Asimismo, David J. Hill, de la Secretaría de Estado de ese país, identificó a la enfermedad como “un enemigo” que debía “ser combatido con inteligencia”, ya que los “viejos terrores y enemigos visibles de la humanidad”, como eran los “salvajes” y los “animales montaraces”, habían sido prácticamente destruidos (ISB, 1903: 16). Este espíritu de misión y de cruzada, en su doble sentido religioso y militar, será permanente a lo largo de la historia de la relación de la OSI/OSP con América Latina durante la primera mitad del siglo XX.

En esa primera reunión, que los actores políticos y del campo de salud en Colombia solían llamar “la convención de Washington”, los países miembros adquirieron los siguientes compromisos:

- La transmisión rápida y regular a la OSI de “todos los datos de cada carácter relativo a las condiciones sanitarias de sus respectivas partes y territorios” y la cooperación en la “investigación de cualquier brote de enfermedades pestilenciales”
- La reducción del tiempo de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena hasta el “mínimo tiempo posible consistente con la seguridad pública y de acuerdo a los preceptos científicos”
- El uso de medidas empleadas en La Habana para la prevención de la fiebre amarilla, con base en el hecho de que la picadura de ciertos mosquitos era hasta entonces la única forma natural conocida como medio de propagación de la fiebre amarilla

- La prevención del ingreso de la enfermedad por los barcos con personas infectadas conforme a los métodos empleados en tierra, aunque hubiera cuestiones relacionadas con la importación de mosquitos que requirieran mayor estudio antes de decidir recomendar cualquier modificación de las leyes de cuarentena
- El estudio de la “distribución geográfica del mosquito del género *stegomya*”, vector de la fiebre amarilla, para que los resultados tuvieran en el futuro aplicación práctica
- La destrucción de los mosquitos y otros insectos
- La adopción de medidas para la disposición de la basura y restos para prevenir la difusión de la peste bubónica y otras enfermedades
- La inmediata desinfección de las descargas de todas las personas que sufrían de fiebre tifoidea o cólera.

Las responsabilidades colectivas de los gobiernos eran las de obedecer las recomendaciones de las Convenciones Sanitarias que “serán gobernadas por las resoluciones acordadas en la Conferencia Internacional de los Estados Americanos de México”, en 1901-1902, y contribuir con el fondo de 5 mil dólares para el establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional (Bustamante, 1955: 2).

A esta primera convención le siguieron la II Convención Sanitaria Internacional realizada en Washington en 1905, y la III, en México en 1907, la cual estableció relaciones entre la OSI y la Organización Internacional de Higiene Pública (OIHP), con sede en París². En el interregno entre la I y la II Convenciones se había realizado la Tercera Conferencia Internacional de los Estados Americanos, en Río de Janeiro en 1906, que recomendó crear una oficina regional de la OSI en

² La *Office International d'Hygiène Publique* se estableció a partir del Acuerdo de Roma de 1907 y se ocupaba de coordinar las actividades y los acuerdos –llamados “convenciones”- que salían de las Conferencias Sanitarias Internacionales (en cuyo origen estuvieron las potencias europeas y EE. UU.), relacionados básicamente con las tres enfermedades que preocuparon a los países desarrollados de entonces: cólera, peste y fiebre amarilla (Howard-Jones, 1977: 435-436).

Montevideo para los países no andinos del sur del continente, además de Bolivia. Vino luego la reunión en donde se abandonó el término “convención”, la IV Conferencia Sanitaria Internacional de San José de Costa Rica, a finales de diciembre de 1909 y comienzos de enero de 1910, en la cual la discusión de medidas internacionales contra las enfermedades cuarentenales –cólera, peste, fiebre amarilla y fiebre tifoidea— dejó de ser la principal preocupación, y se dio mayor espacio a problemas nacionales básicos como vacunación obligatoria contra la viruela, campañas contra la malaria y la tuberculosis, centralización de la legislación sanitaria nacional y promoción de estudios científicos de las enfermedades tropicales. En este último campo se hizo énfasis en parasitología, anatomía patológica, establecimiento de laboratorios en los puertos marítimos para diagnosticar los enfermos y realizar investigaciones en medicina tropical y patología general, de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades de salud (Bustamante, 1955: 7).

En la V Conferencia Sanitaria Internacional de Santiago de Chile en 1911, se empezó a plantear la necesidad de contar en las reuniones y en las oficinas central y locales con personal especializado en higiene y enfermedades epidémicas, y se insistió en la participación de los responsables de las instancias oficiales de higiene de los países en las conferencias. También se habló de la necesidad del permanente contacto de estos organismos con la oficina central de Washington. Pero, a partir de esta reunión, se suspendieron las conferencias hasta 1920, a causa de la primera guerra mundial.

Colombia y los acuerdos internacionales

Si bien desde 1888 los médicos higienistas colombianos, como el doctor Nicolás Osorio, promotor y miembro de la primera Junta Central de Higiene (JCH), propugnaban por la adecuación de la legislación nacional a las convenciones sanitarias internacionales (Quevedo et al, 1993: 179), esto no se concretó sino hasta el final de la primera década del siglo XX. Por esta misma época hizo

presencia en el país la FR, que ya para 1909 había creado una Junta o Comisión Sanitaria cuyos propósitos y logros le permitieron una amplia acción en el campo de salud de varios países de la región americana (García y Quevedo, 1998). La incorporación de las convenciones sanitarias en las decisiones del aparato estatal colombiano y las acciones realizadas en el campo de la higiene pública en el país, fueron el resultado de la articulación particular entre la dinámica política y económica internacional liderada por los Estados Unidos, y las necesidades del desarrollo socioeconómico interno, frente a las cuales los grupos dirigentes nacionales tenían propuestas y acciones no siempre coherentes ni ajenas a sus intereses particulares.

Los elementos más importantes de dicha articulación estuvieron dados por la creciente importancia de los Estados Unidos como potencia mundial, económica y militar. Una prueba contundente del poder de ese país para las elites nacionales fue su intervención en la “separación” de Panamá en 1903. En el desarrollo económico nacional, que desde el siglo XIX se basó en la exportación de materias primas y productos agrícolas, Estados Unidos comenzaría a jugar un papel central al desplazar a las naciones europeas como principal comprador de los productos colombianos, además de convertirse en el primer inversionista de capital en Colombia, en especial en la explotación de petróleo, el cultivo del banano y los transportes. Los gobiernos de las primeras décadas del siglo XX, encontraron los recursos financieros que requerían para pagar sus proyectos modernizadores, en términos de infraestructura y servicios, en la nación del norte. A pesar del distanciamiento y la tensión con los Estados Unidos producto de su intervención en Panamá y de las negociaciones que le siguieron (Ardila, 1991: 57), el sector empresarial, cada vez más consolidado, comenzó a opinar sobre el tipo de Estado que quería y a tomar conciencia de las ventajas que traería la normalización de las relaciones con los Estados Unidos, al punto que hicieron de este propósito el eje de la actividad internacional durante las administraciones de Rafael Reyes (1904-1909), Carlos E. Restrepo (1910-1914), José Vicente Concha (1914-1918) y Marco Fidel Suárez (1918-1921).

Este proceso modernizador —que también debe entenderse como la creación de condiciones para el desarrollo de un capitalismo dependiente— consistió en la intervención del Estado en las relaciones económicas y sociales, bajo una concepción liberal del desarrollo, para favorecer la consolidación del capital, entendido como motor de la economía (Hernández, 2000: 235). El llamado “quinquenio de Reyes”, entre 1904 y 1909 fue especialmente importante para este proceso modernizador (Vélez, 1989: 187-214). El país acababa de salir de otro de sus devastadores conflictos armados internos entre liberales y conservadores, la Guerra de los Mil Días (1899-1902), y llegaba a “la paz con todos sus horrores” (Palacios, 1995: 74): un territorio arrasado y fragmentado, con una economía postrada hasta el fondo, constituida por estructuras precapitalistas “insuficientes” que sólo favorecían a una parte de las clases dirigentes, y una población que vegetaba en el desempleo y moría por enfermedades endémicas, más de origen social que natural. A esto se sumaba el trauma nacional derivado de lo que se denominó “la pérdida de Panamá”.

Reyes, quien consideraba la política “como una ciencia experimental” y resaltaba el papel de la buena administración, se proponía sanar las heridas de la guerra y del atropello, desarrollar una política administrativa y económica que sacara a Colombia de la postración en que se encontraba y, además, sentar las bases de una imposible soberanía que posibilitara unas relaciones más o menos dignas con el inevitable aliado del norte. En él encontraron un representante adecuado los nuevos sectores sociales de banqueros, comerciantes y terratenientes modernizadores que, en pugna con los hacendados clericales del siglo XIX, pretendían convertir a Colombia en parte del mundo “civilizado”, y de paso, aumentar sus bolsas. Con esos sectores —más que con los partidos de siempre— se entendió y gobernó Reyes, quien clausuró el Congreso Nacional y convocó una Asamblea Constituyente para quebrar el poder de las oligarquías regionales mediante una reforma político—administrativa que llevaba aún más adelante la centralización implantada por la Constitución de 1886, en la perspectiva de fortalecer el raquítico Estado nacional. Reyes impulsó la intervención estatal en la economía para crear

las condiciones propicias a los nuevos grupos sociales que lo sustentaban. No fue una simple coincidencia que en estos propósitos contara con el apoyo del “partido económico” del liberal Rafael Uribe Uribe, una especie de embajador volante de su gobierno. Uribe puede considerarse el dirigente más lúcido respecto del papel del Estado en el desarrollo económico y social, en las condiciones de entonces, cuando el café se iba convirtiendo en el principal producto de la economía agroexportadora de Colombia. En política internacional Reyes se interesó en sanear las relaciones con los Estados Unidos, porque entendía que para la economía cafetera y para los nuevos grupos burgueses ascendentes esa relación era definitiva, a pesar de la negativa y soberbia actitud de la contraparte. Su diplomacia que, parafraseando a Martha Ardila (1991: 58), podría caracterizarse ya como de “subordinación activa” con respecto a los Estados Unidos, fue el vehículo a través del cual el Estado colombiano comenzó a incorporar la iniciativa, originalmente norteamericana, de reglamentar la sanidad portuaria, traduciéndola en fuerza de ley y movilizándolo recursos y personal para hacer frente a estos requerimientos.

Buscando la nueva imagen internacional que necesitaba una economía dependiente ávida de mercados externos, capitales extranjeros y filiales de empresas transnacionales que explotaran el petróleo, el banano y otros recursos naturales, la Asamblea Nacional Constituyente de Reyes se ocupó de asuntos de salud. Entre ellos, ocupaba un lugar prioritario la aplicación de las resoluciones emanadas de las “convenciones” y organizaciones sanitarias continentales que venían funcionando desde 1902. Como se señaló, Reyes había sido delegado de Colombia en la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos de México entre 1901 y 1902, que creó la OSI y convocó la I Convención Sanitaria Internacional, la de 1902 en Washington. Al ministro de relaciones exteriores de Reyes, Francisco José Urrutia, le correspondió presentar en 1908 –cuando ya se habían celebrado la II y la III convenciones sanitarias internacionales— un proyecto de ley a la citada Asamblea Nacional Constituyente con un artículo único por el cual se aprobaba lo acordado en la Convención Sanitaria de Washington de 1905, señalando: “el mejor argumento que puedo invocar para solicitar hoy del cuerpo legislativo la aprobación

de este Convenio es el de que fue el objeto de una importantísima resolución acordada por la Tercera Conferencia Internacional Americana”, celebrada en Río de Janeiro en 1906 (Colombia ANC, 1908: 347).

A esta conferencia de Río habían asistido, como representantes del gobierno colombiano, Rafael Uribe Uribe y Guillermo Valencia, quienes informaron al ministro de relaciones exteriores de entonces, Alfredo Vásquez Cobo, sobre la resolución que adoptó dicha conferencia en lo relativo a policía sanitaria, entre otras cuestiones. La resolución instaba a los gobiernos a adoptar la Convención Sanitaria Internacional de Washington de 1905 y a ponerla en práctica tomando medidas para sanear las ciudades y especialmente los puertos. La resolución también recomendaba que los países asistieran a la siguiente reunión sanitaria continental, la III, convocada en México en 1907. El ministro Urrutia, ponente del proyecto de ley, señalaba que Colombia, cumpliendo con esta recomendación, había delegado a los médicos Ricardo Gutiérrez Lee y Genaro Payán para asistir a esa III Convención de México, con la instrucción explícita de adherir a la Convención de Washington de 1905 (Colombia ANC, 1908: 347). A partir de entonces, Colombia participaría de dichas conferencias sanitarias a través de los representantes diplomáticos del país en el exterior, con excepción de la VI conferencia de 1920, a la que asistiría el Director Nacional de Higiene de entonces, el doctor Pablo García Medina.

La amenaza concreta que justificaba la definitiva aprobación de la “convención” de Washington mediante la sanción de una Ley era, según el ministro Urrutia, la aparición de la peste en los puertos de las Antillas y del Pacífico, y la preocupación general que existía para “extinguir este azote con el menor perjuicio posible para el tráfico de pasajeros y mercaderías”. El objetivo consistía en que las autoridades nacionales encargadas de velar por la policía sanitaria se atuvieran a lo estipulado por la convención de Washington como ley invariable (Colombia ANC, 1908: 348).

En la exposición de motivos del proyecto de ley, el ministro mencionó que en años anteriores el gobierno se había ocupado del saneamiento de ciudades y puertos,

haciendo tal vez referencia a los Acuerdos 4 y 5 de 1905 de la JCH, en funcionamiento desde 1886, sobre profilaxis de la peste bubónica para los puertos y profilaxis de la fiebre amarilla, en los que se mencionaba la existencia de médicos de sanidad. Sin embargo, para la Comisión de Relaciones Exteriores de la Asamblea Nacional Constituyente que estudió el proyecto de ley, era claro que casi no existía legislación especial en este campo, dado que los acuerdos de la Junta no tenían fuerza de ley, de tal forma que la Convención Sanitaria de Washington vendría a ser, prácticamente, el primer proyecto sobre sanidad que se proponía a las legislaturas del país (Colombia ANC, 1908a: 352).

Su aprobación significaba, para los miembros de esta comisión, la incorporación del país al movimiento civilizador iniciado por las naciones europeas que, movidas por la necesidad de la común defensa, habrían vencido “las recíprocas desconfianzas y los múltiples antagonismos” para llevarlas a celebrar las convenciones sanitarias de 1892, 1894, 1897 y 1903, relativas al cólera, la fiebre amarilla y la peste. Continuaban señalando que este ejemplo había encontrado entusiastas imitadores en algunos países de América, quienes para entonces pregonaban benéficos resultados, refiriéndose con certeza a las acciones que en ese campo habían iniciado los norteamericanos.

La iniciativa del gobierno fue, pues, bien recibida por la Asamblea Constituyente. Sin embargo, la comisión evaluadora del proyecto de ley opinaba que, si bien la Convención Sanitaria de Washington prevenía contra el peligro de invasión de epidemias procedentes del exterior, faltaba colocar al país en condiciones de higiene, de “no receptividad mórbida”, para evitar la propagación de enfermedades que llegaran a invadir el territorio nacional (Colombia ANC, 1908a: 353), dándole peso a los intereses nacionales y a la salud de los colombianos. Para ello, al artículo único propuesto por Urrutia, la comisión decidió añadir otros más que terminaron haciendo parte de la Ley. Así, se crearon los cuerpos de policía sanitaria marítima y terrestre, constituidos por personal de la JCH, de las Juntas Departamentales de Higiene (JDH), los Inspectores de Sanidad, los Médicos de Sanidad y por directores

y subalternos de las estaciones sanitarias. De todas maneras, estos cuerpos estaban previstos en las resoluciones de la Convención de Washington y, además, el gobierno estaba obligado a establecer, siguiendo el Artículo 35 de esa misma resolución, estaciones sanitarias en los puertos de Cartagena y Buenaventura, cada una de las cuales contaría con hospital para aislamiento, aparatos de desinfección y laboratorio bacteriológico y químico.

La JCH quedaba encargada de dictar los reglamentos de sanidad marítima, mientras que los de sanidad terrestre quedaban a cargo de las JDH. Ambas instancias estaban encargadas de dirigir las obras de saneamiento en los respectivos lugares de competencia, “pero sujetándose en todo a las estipulaciones de la Convención Sanitaria de Washington” y a las disposiciones legales entonces vigentes sobre la materia. También se estipulaba establecer oficinas de desinfección urbana para evitar la propagación de enfermedades contagiosas. Se aprobó, después de todos estos argumentos, la Ley 17 del 21 de agosto de 1908, quedando el poder Ejecutivo autorizado para dictar los reglamentos del caso para su ejecución, así como para llenar los vacíos que existieren en ella (García Medina, 1932: 3-4).

Primeras realizaciones en sanidad portuaria

A pesar de que la ley se expidió en 1908, la construcción de las estaciones sanitarias sólo comenzó a realizarse en el período presidencial de Carlos E. Restrepo (1910-1914). En su informe al Congreso de 1914, Restrepo señaló que la sanidad portuaria era, desde 1911, responsabilidad de la sección sexta del Ministerio de Gobierno. En ese año se inició la construcción de la primera estación sanitaria, no en Cartagena o Buenaventura como ordenaba la ley, sino en Puerto Colombia, en la isla de Puerto Vellito, pues se consideró que era la más urgente. La dirección de las obras estuvo a cargo de la JDH del Atlántico, con previa aprobación de los planos por parte de la JCH y con apoyo constante de la gobernación del Departamento. Los trabajos culminaron en 1913, dándose al servicio el 15 de abril

de ese año. La estación quedó constituida así: edificios para pasajeros sanos en observación (lazareto cuarentenario) y para aquellos sospechosos de enfermedades comunes y de enfermedades contagiosas; un local para laboratorio y un aparato *clayton* para desinfección de la carga y de las bodegas de los barcos. El personal estaba constituido por un médico de sanidad, un vacunador, un farmacéutico, guardas de sanidad, un ingeniero mecánico con un electricista, un piloto y sus marineros. La organización de esta estación quedó incorporada al Decreto ejecutivo 254 de 1913 sobre policía sanitaria de los puertos de la República (Restrepo, 1914: 100-1). De todas maneras, para 1914 estaban aprobados los planos para la Estación Sanitaria de Santa Marta y autorizada su construcción, así como la de Tumaco, considerada importante por su situación en la costa del Pacífico, donde persistía la amenaza de la peste bubónica.

Las actividades de sanidad no se restringieron a los puertos marítimos. Frente a epidemias que amenazaran con invadir el interior del país desde la Costa Atlántica, se establecían cuerpos de policía sanitaria y médicos de sanidad en diferentes puertos del río Magdalena (Restrepo, 1914: 101-2), que era, también por estos años, la columna vertebral del comercio y de las comunicaciones. Como se ve, la entronización de los acuerdos de las “convenciones” sanitarias de nivel continental dio pie para responder, por lo menos desde el punto de vista de la legislación, a necesidades de salud pública en el país.

El gobierno de Restrepo había devuelto una serie de funciones a los departamentos y las regiones, en el marco de un intento por desmontar la “re-centralización” emprendida por el general Reyes, atizando esa “tensión” permanente durante el siglo XX colombiano “entre el Estado centralista de las leyes, y el descentralizado y fragmentado de la realidad social y política del país” (Hernández, 2000: 44). También actuó este gobierno en el sentido de insuflar vida a ese “balbuciente” capitalismo de comienzos de siglo XX y a esa embrionaria burguesía que requería como el aire la llamada modernización. Para ello, desde la oposición a la “dictadura” de Reyes, también Restrepo se había planteado por encima de los partidos con su

“republicanismo” (Mesa, 1984: 129-36), sirviendo de enlace con el gobierno de José Vicente Concha para seguir en la misma línea.

La responsabilidad de la policía sanitaria marítima y fluvial, así como la reglamentación y organización del servicio médico de sanidad en los puertos, quedaron legalmente a cargo de la JCH por la Ley 84 de 1914, emitida ya durante el gobierno de José Vicente Concha, y en la cual se señalaba que para esos aspectos “se tendrán en cuenta las convenciones sanitarias internacionales” (García Medina, 1932: 46). Por Ley 42 de 1916 se facultaba a la JCH la construcción de la estación sanitaria de Buenaventura, pero aún no se había logrado en 1918 que el Congreso aprobara la partida para su ejecución. Según el presidente de la JCH de entonces, Manuel N. Lobo, en una nota dirigida a la Cámara de Representantes, era urgente contar con los recursos para construir esta estación, toda vez que las costas del Pacífico estaban amenazadas por la peste y la fiebre amarilla desde Guayaquil (Lobo, 1918: 34-5). Los gastos de sanidad de puertos fueron asumidos por el gobierno nacional, tal y como quedó estipulado en la Ley 112 de 1919, ley en la que también se determinó que los inspectores de sanidad tendrían las facultades de inspectores de policía (García Medina, 1932: 68). De esta manera, según informó el delegado de Colombia a la VI Conferencia Sanitaria de Montevideo en 1920, el doctor Pablo García Medina, Colombia parecía poder cumplir, desde 1913, con las obligaciones que imponían las convenciones sanitarias, no sólo en relación con la construcción de estaciones sanitarias sino también en relación con la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles.

Este último punto fue motivo de discusión entre los médicos por las reticencias que pudieran presentarse en la población, frente a la posible estigmatización social que acarrearía el hecho de hacer público que algunas familias contaban con personas afectadas por una enfermedad transmisible. Para algunos, la declaración obligatoria de las enfermedades podría hacer que los enfermos no recurrieran al médico. Hacia 1918 sólo la lepra era de declaración obligatoria, y la tuberculosis era de declaración potestativa; frente a otras enfermedades el médico estaba atado al secreto

profesional. El Senado de la República solicitó a la Academia Nacional de Medicina (ANM) su opinión sobre la conveniencia de incluir, en un proyecto de ley que cursaba en el Senado en 1918, la declaración obligatoria de las enfermedades. La Academia, habida cuenta de las anteriores objeciones y enfrentada a la necesidad de contar con esta información como medio esencial para tomar medidas profilácticas, propuso como solución intermedia la figura del “médico de sanidad”, quien sería la persona que podría conciliar los intereses del enfermo y la sociedad, dejando subsistir un aire de ambigüedad: de una parte, era médico a secas —lo cual lo comprometía con el secreto profesional— sin ser una autoridad política; de la otra, era autoridad civil competente para juzgar las medidas que debían tomarse en cada caso. Pero mientras no existiera una ley que autorizara la declaración de toda enfermedad contagiosa, el médico sanitario no podía obligar a sus colegas a violar el secreto profesional. Se sugirió que la ANM y la JCH hicieran la lista de las enfermedades denunciables y la manera de hacer la denuncia para proteger a la sociedad, el enfermo y la familia (García Medina y Cuervo Márquez, 1918: 20-3). En el informe de García Medina a la VI Conferencia Sanitaria, se muestra cómo las autoridades sanitarias, especialmente las de los puertos, estaban ya para 1920 obligadas a declarar cualquier caso de fiebre amarilla, peste, cólera, viruela y tifus, y a hacerlo constar en las patentes que expidieran. En estos casos, los médicos de sanidad estaban obligados a informar al Inspector de Sanidad Marítima, y éste a su vez al Ministro de Relaciones Exteriores y a los agentes consulares (García Medina, 1921: 408).

Para estos dos decenios iniciales del siglo XX, en materia de salud y de relaciones internacionales, y más tratándose del asunto de la cooperación, es necesario destacar la presencia de la FR. Como ya se señaló, desde los primeros decenios del siglo XX el poderoso grupo Rockefeller había diseñado, paralelamente a su actividad económica y empresarial, una estrategia filantrópica que incluía la higiene y la salud, para actuar en los Estados Unidos y fuera de ese país bajo el ropaje de la extensión de la “civilización”, tal como era percibida y presentada la higiene por los interesados nacionales y extranjeros. En 1901 se fundó el Instituto Rockefeller

de Investigaciones, el cual se encargaría de realizar investigaciones en el campo de las enfermedades “tropicales”, con el fin de sanear las tierras de explotación petrolera, tanto en Estados Unidos como en otros países americanos. La Fundación Rockefeller (FR) se creó en 1909 con una Comisión Sanitaria que en 1913 pasó a llamarse Junta Internacional de Sanidad (Quevedo et al., 1990: 30). Desde entonces, la FR inició una estrecha colaboración con la OSI que desembocó en lo que se puede calificar como “simbiosis” entre las dos instancias. Esto no era extraño, pues la FR también mantenía una relación simbiótica con la Organización de Salud de la Liga de las Naciones (Dubin, 1995: 72).

La intervención de la FR se regó por Latinoamérica (Cueto, 1996; Quevedo, 2000: 50-63). Para el caso de Colombia, la primera intervención se presentó en 1916, con la visita de una comisión de investigadores estadounidenses financiada por la Fundación para el estudio de un posible brote de fiebre amarilla que tendría implicaciones comerciales (García Medina, 1917: 100). Los Estados Unidos establecieron la cuarentena para los barcos de Colombia y otros países que pasaran por los puertos de esta nación rumbo a la estratégica zona de Panamá. Preocupado el gobierno colombiano por las limitaciones que esta medida imponía a la participación del país en el comercio con su principal socio internacional, solicitó a la FR el envío de una comisión investigadora en este campo (Guzmán, 1996: 17). La comisión estaba integrada por médicos que, en su mayoría y como solía suceder, trabajaban con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y también cumplían tareas de organización y desarrollo de la OSI y de las conferencias sanitarias continentales: William C. Gorgas, Henry Carter, Theodore Lyster y el cubano Juan Guiteras (Eslava, 2002: 49). El grupo investigador recorrió varias zonas del país en donde se habían detectado brotes de esta enfermedad, concluyendo que no existían focos epidémicos de la misma.

En el Quinto Informe Anual de la Junta Sanitaria Internacional de la FR de 1918, se comunicaba que se había recibido una solicitud del gobierno de Marco Fidel Suárez (1918-1921) para realizar una campaña contra la uncinariasis, desarrollada por la

FR en varios países y en los propios Estados Unidos (Cueto, 1996: 180-188), que debía comenzar en 1919 y se prolongaría hasta 1934 (García y Quevedo, 1998: 5-21). Dicha campaña fue planteada y promocionada por la Sociedad de Agricultores de Colombia (SAC) y por uno de sus directivos más conspicuos, Jesús del Corral, quien llegó a ser ministro de Agricultura y Comercio del gobierno de Marco Fidel Suárez. La SAC y Jesús del Corral representaban básicamente los intereses de los exportadores de café, producto que para entonces ya se había convertido en la columna vertebral de la economía nacional. La campaña, para la cual la Fundación envió al doctor Louis Shapiro, cubrió las regiones cafeteras y algunas otras zonas, y “fue el punto de partida de la influencia directa y sistemática norteamericana en salud pública, la cual se prolongó a toda la primera mitad del siglo XX” (García y Quevedo, 1998: 19). Para adelantarla se creó un departamento especial, adscrito a la Dirección Nacional de Higiene y financiado conjuntamente por la FR y el Estado colombiano, cuya dirección estaría a cargo de la FR (Quevedo et al, 1993: 217).

Como puede apreciarse, lo que podría llamarse cooperación OSI/OSP—Estado colombiano, durante los dos primeros decenios del siglo XX, se concentró, por parte del Estado colombiano, en establecer instrumentos para crear y desarrollar un sistema de sanidad portuaria, primero marítima y después fluvial y terrestre, en relación con las enfermedades epidémicas, en especial cólera, peste y fiebre amarilla, apoyándose en las directrices emanadas de “convenciones” y conferencias sanitarias continentales. La agitación organizativa, científica y de intervención en el terreno de los problemas de la higiene y la sanidad que se generó alrededor de la OSI y las Convenciones Sanitarias durante este lapso (1902-1920), fortaleció, en una dinámica objetiva y a veces contradictoria, la definición de los primeros elementos centralizadores de un aparato estatal de higiene para el país. Precisamente, en una época de despegue de una economía tendencialmente capitalista y dependiente, la sociedad planteaba nuevos retos y tareas para la medicina y las instancias encargadas de la higiene y la salud desde el Estado. Una población en crecimiento, vinculada a procesos de ampliación de la frontera agrícola, al desarrollo de las obras públicas y de la implantación de economías de

enclave en petróleo y banano, todo ello acompañado por un crecimiento lento pero sostenido de la urbanización, generaba nuevas e ineludibles necesidades en materia de salud. En este sentido, los primeros contactos de cooperación entre la OSI/OSP y el Estado colombiano, contribuyeron a dinamizar la acción de este último en el campo de la sanidad. También se debe retener que la discusión sobre la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles influyó, por lo menos, en la creación de una conciencia en torno a la importancia de los registros estadísticos en materia de salud, en un momento en que también se hablaba de la importancia de la estadística para la economía y el comercio internacional.

Capítulo 2: El impulso de la cooperación, 1920-1938

Hacia el año de 1918 y dentro del proceso de modernización que se cumplía con altibajos y sobresaltos desde el gobierno de Reyes, Pablo García Medina, “el más asiduo constructor de la organización sanitaria nacional entre 1894 y 1932”, había impulsado la creación de la Dirección Nacional de Higiene (DNH), instancia que permitió a los higienistas “incidir en la política de salud del país” (Hernández, 2000: 45). En 1920 esta instancia de comando nacional dependía del Ministerio de Agricultura y Comercio (ver cuadro No. 1). En esta cartera se encontraba el ya mencionado Jesús del Corral, quien nombró a Pablo García Medina, en ese momento Director Nacional de Higiene, como delegado por Colombia a la VI Conferencia Sanitaria Internacional que se celebró en Montevideo, del 12 al 20 de diciembre de ese mismo año (Del Corral, 1921: xiii). Por primera vez, asistía un funcionario revestido de tal autoridad oficial, y allí cumplió García Medina un destacado papel, al punto de ser nombrado Director Honorario de la OSI, durante esa misma conferencia. Este hecho marcó un hito destacado en las relaciones entre la OSI y el Estado colombiano, y se convirtió en el pivote desde el cual García Medina y un incipiente grupo de “especialistas” en higiene y salubridad se hicieron reconocer socialmente, accedieron a posiciones claves y fortalecieron la intervención organizada del Estado en estos campos.

Sucedía esto durante el gobierno del “presidente paria”, Marco Fidel Suárez, como “patéticamente” él mismo solía llamarse. Suárez, quien pidió al país no perder de vista la orientación hacia “la estrella polar” (*Respice Polum*), los Estados Unidos, fue el último representante declarado de los gramáticos y clericales que, junto con los generales liberales y conservadores, asolaron el siglo XIX colombiano. El país se encontraba en un momento en que las perspectivas de la economía monoexportadora eran promisorias: en diez años, entre 1910 y 1920, se había aumentado la exportación de café (alrededor del 80% de ésta iba a Estados Unidos) de 548.000 sacos, con un valor de 5.517.408 pesos colombianos, a 2.251.327

sacos, con un valor de 41.945.052 pesos (Colmenares, 1989: 253). En este contexto acudió Colombia a la cita sanitaria de Montevideo, representada por el máximo jerarca del aparato oficial de salud.

Colombia en la VI Conferencia Sanitaria Internacional

Por primera vez, Colombia enviaba a un funcionario de higiene a una de las conferencias sanitarias del continente, pues en el pasado había sido representada por diplomáticos o por médicos que no vivían en Colombia, como fue el caso de la IV y V Conferencias Sanitarias (García Medina, 1921: 406), las de San José de Costa Rica (1909-1910) y Santiago de Chile (1911). Este viaje le permitió también al entonces Director Nacional de Higiene estudiar los servicios de higiene urbana y asistencia pública no solamente en Montevideo, sino también en Buenos Aires, Santiago de Chile, Lima y Panamá (Del Corral, 1921: xiii).

García Medina presentó un informe deliberadamente optimista a la Conferencia. Según él, Colombia había cumplido con los deberes que le imponían las conferencias y convenciones sanitarias internacionales; en el país no había, ni había habido, foco alguno endémico de fiebre amarilla y, si en dos o tres ocasiones se había presentado, procedía del Istmo de Panamá, antes de que se hubiese efectuado el saneamiento de esa región, y de Guayaquil. También informó que no había cólera asiático y menos aún peste; que el tifo exantemático se presentaba rara vez y que cuando lo hubo no revistió un carácter epidémico; que la aplicación de la vacuna antivariolosa era obligatoria y que el país estaba exento de meningitis cerebroespinal epidémica, poliomielitis anterior transmisible y de encefalitis letárgica (García Medina, 1921: 198). Asimismo, informó sobre los avances de las campañas contra los mosquitos y contra la uncinariasis, y afirmó que las autoridades sanitarias, especialmente las de los puertos, estaban obligadas a declarar cualquier caso de fiebre amarilla, peste, cólera, viruela y tifus, y a hacerlo constar en las patentes que expidieran. En estos casos, los médicos de sanidad estaban obligados

a informar al Inspector de Sanidad Marítima, y éste a su vez al Ministro de Relaciones Exteriores y a los agentes consulares (García Medina, 1921: 408).

De otra parte, García Medina informó de manera extensa sobre la lepra. Más que ninguna otra enfermedad, la lepra preocupó a los médicos colombianos durante décadas, hasta el punto que la lucha contra esta enfermedad jugó un papel destacado en la institucionalización de la profesión médica. Por tanto, no es extraño que García Medina se hubiese detenido en su informe a explicar el avance en la lucha contra la lepra, materializado en las medidas que se habían tomado desde el gobierno de Reyes, cuando se nacionalizaron los lazaretos y se dio impulso a la recopilación de estadísticas sobre la enfermedad para rectificar los datos exagerados que desde 1890 se difundían sobre el número de leprosos en Colombia (Obregón Torres, 2002: 211). García Medina explicó que el sistema de aislamiento que se había adoptado era el de colonias agrícolas, el mejor disponible, puesto que el enfermo tenía en ellas una libertad relativa y podía ejercer algún oficio, lo cual contribuía a mitigar la dura situación en que quedaba al separarlo de su hogar (García Medina, 1921a: 198). Detrás del cuadro optimista de García Medina estaba por supuesto la imperiosa necesidad de colocar los productos colombianos, particularmente el café, en el comercio internacional, para lo cual era indispensable borrar la fama de “leproso” que poseía el país y mostrar que las enfermedades pestilenciales no existían o estaban controladas (Obregón Torres, 2002: 211-16). El interés profesional de los higienistas en mostrar una situación sanitaria totalmente bajo control, se combinaba con el interés nacional de inserción en el mercado mundial, en particular en el de los Estados Unidos.

A su regreso, García Medina ofreció una versión igualmente optimista de su participación en la conferencia³: según él, la forma en que estaba organizado el servicio de higiene de Colombia había llamado la atención de la VI Conferencia,

³ La Conferencia Sanitaria de Montevideo fue prolífica en resoluciones llegando hasta 46, de las cuales 14 contemplaron diversos aspectos del control de enfermedades, fundamentalmente tuberculosis, venéreas, malaria, tifus y peste; cuatro se refirieron a sanidad de puertos y navíos; cinco, a normatividad sanitaria internacional; diez, al funcionamiento de las Conferencias sanitarias, y las demás abordaron temas varios (CSI, 1920).

porque investía a los directores del ramo con la autoridad suficiente para dictar las medidas de higiene y de policía sanitaria, y porque la legislación daba la unidad necesaria para que la sociedad quedara eficazmente protegida. También afirmó que los miembros de la Conferencia habían estimado sabia la disposición colombiana que establecía una Dirección Nacional a cargo de un jefe, quien tenía bajo su jurisdicción un director de Higiene en cada uno de los Departamentos de la República y médicos de sanidad en los puertos marítimos y fluviales. Asimismo, los miembros de la Conferencia habrían aplaudido la autonomía que tenían el Director Nacional y los de los Departamentos, cuyas disposiciones no estaban sujetas a la aprobación de ninguna autoridad política o administrativa y que tenían fuerza obligatoria, siempre que estuvieran de acuerdo con la ley. Los reglamentos sanitarios de los puertos y la manera como se hallaba organizada en ellos la campaña contra el mosquito también habrían merecido el aplauso de los delegados, especialmente de los más reputados, los doctores José H. White de los Estados Unidos y Juan Guiteras de Cuba (García Medina, 1921a: 197). Sin embargo, informes posteriores del mismo García Medina revelan las enormes limitaciones que tenía tanto la estructura jerárquica de la higiene en el país, como el ejercicio de la autonomía.

En particular, en cuanto a la declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas, la situación distaba mucho de la presentada por el Director Nacional de Higiene. Este tema fue motivo de discusión en la comunidad médica desde por lo menos 1903, cuando la Alcaldía de Bogotá había establecido como obligatoria tal declaración. Como se mencionó, los médicos argumentaban que entre el público se presentarían reticencias y temores frente a la posibilidad de que se conociese que en la familia había alguien afectado por una enfermedad transmisible. En una época en la que los médicos colombianos dependían casi totalmente de la práctica profesional privada, algunos de ellos temían que la declaración obligatoria de las enfermedades les ocasionara una pérdida de clientela, puesto que los pacientes evitarían recurrir al médico por temor a ser denunciados como portadores de infecciones (Obregón Torres, 2002: 208).

El 9 de septiembre de 1920, apenas unos meses antes de su participación en la Conferencia de Montevideo, García Medina expidió la Resolución No. 90 en la que, por primera vez en Colombia y por orden de la autoridad sanitaria central del Estado, se obligaba a las personas que ejercían la medicina a suministrar a las autoridades administrativas o sanitarias los datos sobre las enfermedades contagiosas que tuviere su clientela, según cuadros que les enviaría la DNH y en los que se debía omitir el nombre de los enfermos y las circunstancias que pudieran violar el secreto profesional. Esta información debía ser solicitada por alcaldes y corregidores, quienes a su vez la entregarían a los Directores Departamentales de Higiene, bajo sanción para quien incumpliese la norma (García Medina, 1932a: 345-6).

Esta resolución, que en cualquier caso todavía no tenía carácter de ley, permitió a García Medina afirmar en Montevideo, que Colombia cumplía con las obligaciones que imponían las convenciones sanitarias en el asunto de la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, para él era claro que el país se estaba quedando atrás en sus tareas “civilizatorias”, pues Colombia, junto con dos repúblicas centroamericanas, eran los únicos países de América y de Europa, afirmaba, que faltaban por establecer la declaración obligatoria para ciertas enfermedades contagiosas. García Medina rechazaba la suposición de que con esa medida desaparecería el secreto médico. Según él, la mayor parte de las enfermedades a las que se refería esta declaración no eran secretas en realidad, pues no se podía ocultar la presencia de un tifoideo, un disentérico o un diftérico en la familia. Más bien, las enfermedades que el público quería ocultar eran la sífilis, la lepra o el cáncer, enfermedades que sufrían de un estigma particular. En su Informe de Higiene de 1921, García Medina recordaba la sugerencia de la Academia Nacional de Medicina sobre el “médico de sanidad”, mencionado anteriormente, para conciliar los intereses del enfermo y los de la sociedad. Aunque esta medida resultaba también indispensable para formar una estadística sanitaria de la nación,

una de las preocupaciones centrales de García Medina, el gremio médico seguía siendo el principal obstáculo (García Medina, 1921a: 201-202).

Estadísticas, autoridad cultural de los higienistas y Fundación Rockefeller

García Medina, durante el período que estuvo al frente de la DNH, insistió permanentemente en sus informes al Congreso sobre las obligaciones que había adquirido Colombia al suscribir la Convención de Washington y al participar de las conferencias sanitarias. De hecho, él presentaba a la OSI como el ente que vigilaba la higiene internacional en América y que exigía mantener saneados los puertos, no solamente preservándolos de enfermedades infecciosas sujetas a medidas cuarentenables, sino también proveyéndolos de servicios de agua potable, pavimentación, alcantarillado y letrinas (García Medina, 1921a: 183). Las referencias a las conferencias permitieron a los encargados de la higiene en el país justificar, ante la clase política, las medidas sanitarias. En términos generales, los higienistas utilizaron las resoluciones de ellas emanadas como argumentos para reclamar del gobierno una participación efectiva del Estado en el campo de la higiene, para ganar autonomía y para generar su propia autoridad cultural que les permitiera ocupar un lugar más destacado dentro de las cuestiones públicas.

Con frecuencia, aunque se reconocía de modo general la importancia de la acción sanitaria, este reconocimiento no se plasmaba en asignaciones presupuestales. El optimismo del cual hacía gala García Medina en la Conferencia de 1920 y a su regreso de Montevideo, contrasta con el cuadro pesimista que trazaba en 1923. El célebre higienista describía a la higiene como “la base de la prosperidad de un pueblo”; sin embargo, mientras las demás naciones destinaban sumas cada vez mayores para este ramo, afirmaba, el Congreso colombiano actuaba de modo inverso. En 1921 la partida para gastos de higiene había sido de \$ 433.460, en 1922 bajó a \$ 188.720, en 1923 se redujo a \$ 109.000 y según el proyecto de presupuesto por presentarse al Congreso la partida era de sólo \$80.000 para 1924.

Mientras que los demás países destinaban para gastos de sanidad sumas no menores al 15% de sus rentas comunes, afirmaba, en Colombia no se llegaba al 0,5%, y con ellas se pretendía atender los gastos de sanidad de puertos y los que demandaran las epidemias. Para atender las disposiciones de higiene, cumplir con el deber imperioso de la nación de proteger la vida humana y trabajar de mejor manera en el saneamiento de los puertos que los compromisos internacionales imponían, era preciso destinar, en su criterio, el 2% de las rentas (García Medina, 1923: 279-80). Debido a estas deficiencias del presupuesto, actividades de sanidad portuaria como las campañas contra los mosquitos y las ratas se llevaban a cabo en forma irregular.

Después de su exitosa actuación en la VI Conferencia Sanitaria, García Medina centró sus esfuerzos en dar cumplimiento a lo estipulado en las resoluciones emanadas de ésta y las anteriores conferencias. De acuerdo con ello, continuaron y se ampliaron las acciones de sanidad portuaria pero también, en la medida en que se incluyeron nuevos temas en esas reuniones panamericanas, los higienistas trataron de incorporarlos dentro de la agenda de higiene nacional. En este sentido, además de las normas en relación con la sanidad de puertos y declaración obligatoria de enfermedades infecciosas, se impulsaron las estadísticas médicas, acciones contra otras enfermedades infectocontagiosas, las campañas de vacunación contra la viruela, la lucha contra las plagas y la dotación de servicios públicos básicos (agua potable, alcantarillado, manejo de basuras). En particular, los higienistas se apoyaron en el poder de las conferencias para respaldar su esfuerzo por convertirse en la autoridad técnica en asuntos de higiene buscando fortalecer, al mismo tiempo, la centralización de estos servicios, asunto éste que ocupó, y de manera muy destacada, un lugar en la prédica y la acción de esos higienistas y de algunos políticos. La potestad de esas instancias internacionales que, además, aparecían respaldadas por el creciente poder de lo que Dubin (1995: 56) ha llamado la "episteme mundial biomédica y de salud pública", otorgaba legitimidad a los higienistas para alcanzar el reconocimiento social y político que aún debían ganarse dentro de su propia profesión y de la sociedad colombiana. No

obstante tales esfuerzos, la lucha por la centralización se debió enfrentar al pecado original de lo que Mario Hernández (2000) ha llamado “la fragmentación” en la organización de los servicios de salud en Colombia entre 1910 y 1946.

En prácticamente todas las reuniones panamericanas se urgía de manera insistente a los gobiernos, no sólo para que mantuvieran actualizada la información sobre los casos de enfermedades de interés sanitario internacional, sino para que la suministraran a la OSI/OSP con el fin de que esta instancia –y su *partenaire*, el Servicio de Salud Pública de los EE.UU.- pudiera conocer, con relativa certeza, las condiciones sanitarias de los puertos y territorios de las naciones americanas. La centralización de toda la información en Washington puede interpretarse como el intento por conformar allí lo que Bruno Latour ha llamado un “centro de cálculo” (Latour, 1992: 205-61). La información *local*, léase estadísticas nacionales, y el saber ligado a ella, era susceptible de convertirse en saber o información *universal*, mediante el traslado de los datos a la oficina central, de nivel continental en este caso, dado el poder de la potencia que por razones conocidas controlaba la oficina central de la OSI y que estaba también en vías de convertirse en la vanguardia de la tecnomedicina internacional. Se estaba dando origen a una relación asimétrica entre el centro y la periferia en la acumulación y el manejo de esta información. Los enfermos y decesos de los países del subcontinente se iban convirtiendo en datos estadísticos o “inscripciones” que, una vez “criticados”, depurados y sometidos a nuevas “inscripciones” de alto nivel tecnocientífico, permitían controlar desde el *centro de cálculo* la situación de la periferia. El centro no era sólo una instancia técnica, sino también el cruce de redes de aliados y poderes de la más diversa índole, y la periferia tampoco era sólo una realidad sanitaria. La asimetría, evidentemente, no disminuye la importancia nacional e internacional que tenían las estadísticas para hacer frente a las epidemias y trabajar en el mejoramiento de la situación de salud.

La VI Conferencia recomendó la organización de estadísticas sanitarias y demográficas con las cuales se podría actuar con previsión, recomendación que se

relacionaba con un problema sentido por los higienistas, al que ya se ha aludido, el de la declaración obligatoria de las enfermedades. Hacia 1920, la DNH se propuso establecer una estadística nosográfica y demográfica de la República, argumentando que en todas las naciones las estadísticas eran consideradas como la base de la higiene y elemento indispensable para juzgar las condiciones sociales de un pueblo (García Medina, 1920: 266).

Frente al célebre debate de la raza, en el cual participó buena parte de los intelectuales del momento, García Medina sostenía que aún “con instructivas y brillantes publicaciones”, a nada definitivo podría llegarse si se carecía de una estadística nosográfica y demográfica para poder tratar científicamente un problema tan complejo (García Medina, 1920: 266). García Medina se refería al debate público, científico y político que abarcó cerca de dos décadas. 1920-1940) y en el que los médicos, y concretamente los higienistas, jugaron un importante papel como expertos en asuntos biológicos y humanos (Hernández, 2000: 51-52, 145-146). La idea de que los pobladores originales del país pertenecían a una raza inferior, que habitaba en climas propicios a la enfermedad y la degeneración, hizo parte del arsenal ideológico de los colonizadores europeos y de criollos de la independencia, y fue heredado por buena parte de las llamadas “elites” posteriores, quienes le adicionaron el alcoholismo, la lascivia, la pereza, el desaseo y otras “degeneraciones”.

En cuanto a las estadísticas y para remediar la ausencia señalada por García Medina, la DNH dispuso en 1922 que los médicos de sanidad de los puertos marítimos enviaran cada mes al inspector de sanidad marítima, el movimiento demográfico y las estadísticas de enfermedades infecciosas que hubieran ocurrido en el respectivo puerto y en poblaciones cercanas o, en lo posible, en todo el departamento. El inspector de sanidad marítima debía reunir estos datos y comunicarlos a la OSI en Washington, como se estipulaba de manera insistente en las resoluciones de las diversas conferencias sanitarias. A pesar de esta insistencia, según García Medina, hasta 1922 Colombia no había cumplido aún con ese

compromiso. La falta de estos datos, cuya publicación corría a cargo del centro informativo de Washington, era considerada como perjudicial para el país, pues sin ellos no podría demostrarse o “certificarse” que los puertos y las regiones más ricas de Colombia estaban exentos de enfermedades endémicas o epidémicas, con lo cual el país se hacía sospechoso para el comercio y la inmigración que pedían los partidarios de mejorar la raza y hasta para la simple visita de delegaciones de las empresas norteamericanas y de los países “civilizados” (García Medina, 1922: 201).

Asimismo, en 1922 se emitió la ley 99 que, según García Medina, contenía la mayor parte de las disposiciones de la VI Conferencia Sanitaria Panamericana de Montevideo: disposiciones sobre estadística médica, provisión y vigilancia de las aguas potables en las poblaciones y vacunación antivariolosa obligatoria, así como declaración obligatoria de las siguientes enfermedades: cólera asiático, cólera nostras, fiebre amarilla, peste bubónica, tifo exantemático, fiebres tifoidea y paratifoidea, viruela, difteria, escarlatina, disentería bacilar y amibiana, tuberculosis pulmonar y laríngea, neumonía infecciosa, meningitis cerebroespinal y epidémica. Con respecto a la lepra quedaban vigentes las medidas entonces existentes. Se dejaba un grupo de enfermedades de declaración potestativa, que serían definidas por la Dirección Nacional de Higiene y la Academia Nacional de Medicina (Colombia, República de, fl. 539-542). Sin embargo, García Medina señalaba, en 1931, que por el descuido y la inacción de las autoridades y la todavía invencible renuencia de los médicos a denunciar las enfermedades infectocontagiosas como lo ordenaba la ley, poco se había hecho en este campo de la estadística (García Medina, 1931: 67).

En la demostración de los beneficios de la higiene para la modernización contribuyó el apoyo técnico de la FR, más que la intervención directa de la OSP, aunque como se ha indicado, con frecuencia resulta difícil diferenciar las acciones de las dos entidades. Un ejemplo de esta colaboración ocurrió a raíz del brote de fiebre amarilla que se presentó en la región de Bucaramanga, a fines de febrero de 1923. La FR, comprometida en una investigación sistemática para determinar la historia y

el estado de la enfermedad en todos los países del hemisferio occidental, había ofrecido a Colombia el envío de una misión. Ante los casos de Santander, F.A. Miller, representante de la FR y encargado de la campaña contra la uncinariasis, comunicó que el gobierno colombiano aceptaba la oferta. De esta manera, en abril de 1923 la FR envió una comisión dirigida por J.H. White, quien había representado a los Estados Unidos en la VI Conferencia de Montevideo, donde estableció contacto con García Medina, y quien además había sido nombrado en dicha Conferencia Vicedirector de la OSI (Bustamante, 1995: 12).

Los otros miembros de la comisión eran Olivier Potier y Wenceslao Pareja, este último Director General de Higiene de Guayaquil. Lo cierto es que White y los otros miembros de la comisión trabajaron en nombre de la Junta Sanitaria Internacional de la FR, fundación ésta que pagaba la mitad de los gastos que ocasionaran las medidas de profilaxis en Bucaramanga y las poblaciones vecinas. En la figura de White se plasmaba de manera clara la simbiosis entre la OSI/OSP y la FR, en la que se combinaba la legitimidad política de una con la capacidad financiera de la otra. Las medidas que se adoptaron fueron dos: una sanitaria, de destrucción del *estegomya*, en la que colaboraría la Fundación con la mitad de los gastos; y otra, de asistencia pública, que consistía en atender los enfermos u hospitalizarlos, lo cual quedaba enteramente a cargo del gobierno colombiano. Así se dictó la Resolución 220 de 1923 en la que se nombraba una comisión para combatir la epidemia y se tomaban medidas especiales para ello.

García Medina consideraba, después de que la comisión de la FR confirmó que se trataba de fiebre amarilla, que la Nación estaba en la obligación de combatir la epidemia, de acuerdo con las Convenciones Sanitarias Internacionales. En dicha resolución se autorizaba a castigar con multas a quienes no cumplieran con ciertas prescripciones, como colocar bajo toldillo a todo enfermo febril durante los primeros cuatro días, o a quien dejara de denunciar algún enfermo de fiebre amarilla. Se tomaron medidas para evitar la propagación de la fiebre por el río Magdalena y de allí a la costa Atlántica, creándose una comisión sanitaria especial para el efecto en

Calamar y Puerto Berrío, y alertando al médico de sanidad de Barranquilla sobre los barcos procedentes de los puertos de Santander. La comisión de la FR también visitó Cúcuta, en donde no encontró fiebre amarilla pero sí un alto índice de *estegomya*, por lo que se recomendó realizar una campaña contra el mosquito. Igualmente dicha comisión conversó en Puerto Berrío con los médicos del Ferrocarril de Antioquia sobre casos sospechosos de fiebre amarilla, que se dieron en la zona a finales de 1922 y comienzos de 1923, semejantes a los que se habían observado en 1915. Afirmaron que se trataba de fiebre amarilla. La campaña en Bucaramanga se hizo desde junio de 1923 y García Medina conceptuó que debía extenderse por diez meses más, a pesar de que, según White, en 60 días podía controlarse la epidemia. De todas formas la mortalidad sólo alcanzó al 5% de los casos. Como beneficio de la visita de la comisión de la FR, señalaba García Medina el hecho de que hubieran quedado en el Laboratorio Samper Martínez, el centro nacional del conocimiento higienista, cultivos de *leptoespira icteroide* de Noguchi y de *leptoespira icterohemorrágica* importados de Nueva York para el diagnóstico de la enfermedad, con lo que se consideraba que ya el país estaba en capacidad de resolver el diagnóstico de la fiebre amarilla (García Medina, 1923: 209-18).

Colombia y el Código Sanitario Panamericano de 1924

En la reunión sanitaria continental de La Habana, llevada a cabo entre el 5 y el 15 de noviembre de 1924, se adoptó el calificativo de “panamericana” para estos eventos, siendo pues ésta la VII Conferencia Sanitaria Panamericana. En ella se resuelve celebrar, entre conferencia y conferencia, una reunión de responsables nacionales de higiene de los Estados americanos, lo que dio lugar a la I Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad de las Repúblicas Americanas, en Washington, del 20 al 30 de septiembre de 1926. También en esta reunión de La Habana se aprobó el llamado Código Sanitario Internacional (OSP, 1924), cuya preparación se había sugerido en la Quinta Conferencia de Estados Americanos de Santiago de Chile, en 1923, la cual también había sugerido el nuevo nombre de Conferencias Sanitarias Panamericanas y el cambio de denominación de Oficina

Sanitaria Internacional (OSI) por el de Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) (Howard-Jones, 1980: 402).

El Código Sanitario fue firmado a reserva de la correspondiente ratificación por las delegaciones de los diferentes países. Consistía este código, según Howard-Jones, en “un conjunto de normas para la cuarentena marítima” propuestas como una revisión y actualización de la Convención de Washington de 1905, con algunos elementos extraídos de la Convención Sanitaria Internacional de París de 1912 (Howard-Jones, 1980: 403). Según García Medina, la expedición del código se debía a la iniciativa colombiana pues había sido Guillermo Valencia, como jefe de la delegación de Colombia a la V Conferencia Panamericana de Santiago de Chile de 1923, quien, teniendo en cuenta que con el uso de sistemas uniformes en los métodos y procedimientos de cuarentena podía obtenerse un máximo de protección con dilación mínima para el comercio, había propuesto que se encargara a la nueva OSP de Washington presentar un proyecto de Código Sanitario Marítimo Internacional a la VII Conferencia Sanitaria, la de La Habana en 1924 (García Medina, 1931: 122). Esta moción, según García Medina, fue aprobada por unanimidad. Así, la Oficina redactó este código marítimo y lo amplió para abarcar los problemas de higiene que afectaban a todo el continente americano. La OSP, teniendo en cuenta el carácter de director honorario que poseía García Medina, le envió el proyecto para que lo estudiara y le hiciera las observaciones que considerara convenientes para los intereses de Colombia. El código fue aprobado por la Conferencia de 1924, y por Colombia lo firmó su delegado, Ricardo Gutiérrez Lee, embajador en Cuba (García Medina, 1931: 123; OSP, 1924).

Entre los objetivos del Código estaban adoptar medidas cooperativas encaminadas a prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos, normalizar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en diferentes países, estimular el intercambio de informes que pudieran ser valiosos para mejorar la sanidad pública y uniformizar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades

transmisibles propias del hombre, a fin de obtener una mayor protección contra ellas (OSP, 1924). Con el fin de acordar las modificaciones y someterlo a la VIII Conferencia Sanitaria de Lima, de 1927, el código fue estudiado en la I Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad, reunida en Washington en 1926, a la cual asistió García Medina como delegado de Colombia. El médico Julio Aparicio, Subdirector Nacional de Higiene y delegado de Colombia a la conferencia de Lima, informó que allí se adoptaron las conclusiones de la reunión de directores de Washington de 1926, no como modificaciones al Código Sanitario sino como un memorando de interpretación del mismo para evitar que tuviera que someterse de nuevo a la consideración de las naciones que ya lo habían ratificado (García Medina, 1931: 123-24). Este código habría de constituirse en un referente ineludible para todos los países americanos, pues ya no sólo se trataba de rendir informes sobre enfermedades epidémicas, sino de tomar decisiones internas para crear o fortalecer la organización sanitaria nacional que permitieran adelantar programas preventivos o de erradicación.

La destacada actuación de García Medina en el manejo de los asuntos de la higiene desde el Estado, así como el impulso de la cooperación entre éste y la OSI/OSP, se dieron durante los últimos gobiernos de la hegemonía conservadora, el ya citado de Marco Fidel Suárez y los de Pedro Nel Ospina (1922-1926) y Miguel Abadía Méndez (1926-1930). Ospina había nacido en Bogotá, pero pertenecía a una sólida familia de estirpe antioqueña, y era general, empresario y creador de talleres industriales (Mesa, 1984: 162-76), una especie de Rafael Reyes remozado por el contacto directo con los Estados Unidos, en donde se hizo ingeniero. Le correspondió recoger las semillas del decenio anterior, gracias a la irrigación de recursos financieros provenientes de los prestamistas norteamericanos, especialmente, y de la indemnización por Panamá. Comenzaba así la “prosperidad al debe”, caracterizada por la aceleración en las obras públicas, el impulso a la incipiente industria, la modernización de la banca, las finanzas y la contabilidad nacional –con la Misión norteamericana Kemmerer (1922-23)- y, en fin, la consolidación de una clase empresarial que habría de manifestarse en todas sus

posibilidades y limitaciones en el decenio siguiente, bajo los gobiernos liberales. Abadía Méndez cerró el ciclo conservador y quedó registrado en la memoria colombiana por la masacre de los trabajadores del banano, en diciembre de 1928, como símbolo de los métodos preferidos en Colombia para tratar las protestas sindicales y populares. De paso, desprestigió a su partido, el Conservador, y abrió las puertas para la elección del liberal Enrique Olaya Herrera.

No obstante la aceptación del Código Sanitario de 1924 por el delegado colombiano y la aceptación formal por lo gobiernos anteriores a 1930, su aprobación por parte del Congreso debió esperar hasta la presidencia del liberal Enrique Olaya Herrera (1930-1934). En 1930, Eduardo Santos, entonces Ministro de Relaciones Exteriores del gobierno de Olaya, presentó un proyecto de ley para la aprobación del Código de 1924⁴. En su exposición de motivos, Santos repetía los argumentos de García Medina. Según ellos,

El código sanitario panamericano debe considerarse un gran progreso en las aplicaciones prácticas de los principios de la higiene que protegen y estimulan las relaciones internacionales, defendiendo a las naciones de las enfermedades infectocontagiosas [Con él] se facilitarán las transacciones comerciales que unen los pueblos y acrecientan su riqueza, lo cual influirá considerablemente en el bienestar social (Santos, 1931: 243).

El reconocimiento de la iniciativa colombiana en la Conferencia Panamericana de Santiago de Chile en 1923 y el papel de García Medina en la corrección final, fueron argumentos presentados por los miembros de la Comisión del Senado que estudió el proyecto de ley presentado por Santos como “razones especiales para ratificar sin el menor retardo el Código Sanitario” (Colombia, Senado, 1931: 1894). El presidente Olaya Herrera y el ministro Santos sancionaron este código el 22 agosto de 1930 y el Congreso expidió la Ley 51 de 1931, por la cual se aprobaba el Código Sanitario

⁴ El texto del código que se anexó al proyecto de ley era una traducción al español realizada y certificada por el Secretario de Estado de Cuba, Rafael Martínez Ortiz, a solicitud de don Luciano Herrera, entonces Encargado de Negocios de la República de Colombia en esa capital.

Panamericano. Según García Medina, el Código de 1924 llenaba los vacíos de las convenciones sanitarias de Washington de 1905 y de París de 1912, porque ampliaba la obra de defensa internacional extendiéndola a todas las enfermedades que podían propagarse de un país a otro, corrigiendo la limitación de aquellas convenciones que sólo hacían referencia a la peste, al cólera y a la fiebre amarilla. Otra modificación importante era que la notificación internacional de enfermedades contagiosas, los datos demográficos y la información del estado sanitario general de cada país debía centralizarse en la OSP de Washington, ratificando así su carácter de “centro de cálculo”. El Código también estableció disposiciones sobre clasificación de los puertos desde el punto de vista sanitario, que consultaban, se pensaba, los intereses generales de América pero también los particulares de cada nación, dejando a éstas la facultad de declarar la clase de puertos que tenían abiertos al comercio, pero quedando con la obligación de emprender en ellos las obras de saneamiento que el código exigía. En Colombia se afirmaba oficialmente que ya se había empezado a cumplir estos deberes dictando las leyes necesarias (García Medina, 1931: 123).

El gobierno liberal de Enrique Olaya Herrera, ex embajador en los Estados Unidos, rompió una hegemonía de gobiernos conservadores de casi medio siglo, inscribiéndose en la idea de unión nacional o de “Concentración Nacional”, como se llamó su propuesta, que ya había sido propugnada por el gobierno conservador de Carlos E. Restrepo. En lo económico, Olaya Herrera se conectó con los gobiernos que le precedieron, y trató de paliar pragmáticamente los efectos de la Gran Depresión; en lo político abrió tímidamente algunos espacios cerrados durante medio siglo, y en el plano internacional manifestó, y puso en práctica —a pesar de cierta retórica de autonomía— la alineación con la política de abierta “intervención” en América Latina que el Secretario de Estado norteamericano, Charles E. Hughes, propuso en sus declaraciones durante la Sexta Conferencia Panamericana de Washington en 1928, las cuales fueron consideradas por Olaya como “magistrales” (Latorre Rueda, 1989: 285). En lo social, sin embargo, adelantó algunas propuestas relativamente avanzadas sobre reforma agraria, derechos sindicales y derechos de

la mujer casada, que anunciaban las medidas más de fondo que habría de tomar el gobierno del también liberal Alfonso López Pumarejo (1934-1938).

Uno de los primeros proyectos que Olaya presentó al Senado por medio de Eliseo Arango, ministro de Educación, ministerio del cual dependía en ese momento la Dirección Nacional de Higiene y de la cual era titular todavía García Medina, se proponía precisamente separar lo relativo a la higiene, la asistencia, los lazaretos y la protección de la infancia de esa cartera (Hernández, 2000: 130). El proyecto se convirtió en la Ley 1ª de 1931, que separó la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública del Ministerio de Educación, creándose entonces el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, independiente de los demás departamentos administrativos (García Medina, 1931: 3). A esta nueva dependencia se le encargó dirigir y reglamentar la higiene y la asistencia pública en todos los ramos, reglamentar el servicio de sanidad marítima, organizar el régimen sanitario de los puertos y vigilar que las normas se cumplieran, en particular los compromisos adquiridos en las conferencias sanitarias (García Medina, 1932a: 271-9). La discusión de esta iniciativa se enmarcó en la fuerte polémica que producían las propuestas gubernamentales del nuevo régimen liberal en la oposición de los conservadores, desplazados, sólo parcialmente, del poder del Estado. Alrededor de este clima de debates y sectarismo se fue consolidando un grupo de higienistas de filiación liberal, integrado por Jorge Bejarano, Luis Zea Uribe, Fernando Troconis, Antonio José Lemos y otros, que habría de jugar un papel importante en los intentos reformistas del primer gobierno de Alfonso López Pumarejo y, también, en las políticas de cooperación internacional en salud en los años treinta y cuarenta.

La OSP, la Fundación Rockefeller y la expansión de la higiene

A lo largo de los años treinta del siglo XX, el vínculo entre la OSP y el Estado colombiano siguió centrado –a pesar de los nuevos temas que se incluían en las sucesivas conferencias sanitarias internacionales- en el control de las epidemias y en la sanidad portuaria, en ese momento más claramente reglada después de

aprobado y ratificado el Código Sanitario Panamericano de 1924. Sin embargo, los llamados de la OSP para enfrentar las enfermedades venéreas, para vigilar los alimentos y disminuir la mortalidad infantil fueron cada vez más incisivos. La necesidad de propiciar el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de los enfermos contagiosos fue propiciando una mayor intervención de la higiene en el campo de la atención curativa, de allí que en la década del treinta comience a hablarse de la integración de medidas preventivas y curativas, mediante nuevas formas de organización de la asistencia hospitalaria.

En el país esta preocupación adquirió un matiz particular y puso en relación, y a veces en tensión, a la higiene, la atención médica para los pobres –que se movía entre la beneficencia y la asistencia pública-, la atención privada suministrada por los médicos y, más tarde, lo relativo a la previsión y la seguridad social: los elementos de la “fractura” que señala Mario Hernández (2000: 31), que interactuaron, apareciendo y desapareciendo con diverso peso específico según el momento y las circunstancias, hasta el momento de la “legalización” de la “fractura” en el decenio del cuarenta. Como lo plantea este autor, las relaciones entre los campos de la higiene y de la beneficencia venían en aumento desde los años veinte, apareciendo en los treinta más claramente, dentro de una transformación estatal liderada por un régimen político liberal que condujo a la ampliación de la asistencia pública. Aunque ya desde 1925 se había intentado fusionar en un sólo organismo estatal la higiene y la asistencia pública, esta tarea no había sido posible, pues la beneficencia se resistía al control del Estado por parte de una instancia central, dada su fuerte articulación con la Iglesia y los poderes locales.

En los debates que se suscitaron en el Congreso para separar la instancia rectora de los asuntos de higiene de los diferentes ministerios por los que había rotado, salió a la luz la convicción de que técnicamente se requería y se podía crear un Ministerio de Higiene y Asistencia Pública, tal como lo recomendaban las conferencias internacionales. De hecho, desde la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana de Lima, en 1927, se venía planteando que

sólo por el funcionamiento de un Ministerio consagrado exclusivamente a los negocios médico sociales es posible la plena ejecución de una política sanitaria nacional e internacional. En consecuencia, recomendaba a los gobiernos que aún no lo hubiesen hecho la creación de este nuevo Ministerio de Estado (CSP, 1927).

Pero las dificultades fiscales generadas por la crisis del 30 aplazaron la decisión de crear dicho ministerio (Hernández, 2000: 130).

Al crearse el Departamento Nacional de Higiene (DNH) se conservaba, al menos teóricamente, la unidad de acción, resultante de las atribuciones que se dieron al Director Nacional de Higiene, lo cual, según García Medina, había merecido la aprobación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y la de higienistas tan notables como el argentino Emilio R. Coni. García Medina planteaba que, para que esta unidad de acción fuera completa, faltaba imponer a los departamentos y municipios el deber de contribuir con parte de sus rentas para obras de higiene y asistencia pública, pero procediendo en todo bajo las órdenes del DNH, porque no le parecía justo que los gastos de sanidad pesaran únicamente sobre el Tesoro Nacional (García Medina, 1931: 7).

La Ley 98 de 1931 autorizó al DNH para celebrar contratos con las entidades oficiales y particulares para organizar los servicios cooperativos de higiene y asistencia social. Sin embargo, poco después el Departamento se adscribió al Ministerio de Gobierno y, otra vez, al Ministerio de Educación, debido a la inconveniencia de tener una instancia tan autónoma, como una rueda suelta, en la estructura institucional del orden nacional. De allí que el trámite para dichos contratos debía pasar por el Ministerio de Educación, el Consejo de Ministros, la Contraloría General, el Consejo de Estado y ser publicado por el diario oficial, lo cual retardaba el cumplimiento de las acciones, provocando serios trastornos a la administración de la higiene pública y la asistencia social. Además, no existía la obligación legal por parte de los municipios y los departamentos, ni aún de la misma

nación, a destinar un porcentaje fijo de sus presupuestos a los servicios de higiene y asistencia social, ni a colocar recursos en manos de entidades técnicas encargadas de esta actividad, lo que sometía a este ramo a las fluctuaciones políticas y a las resistencias regionales. Aún en ciudades como Bogotá, Medellín y Barranquilla, la asistencia social y las instancias sanitarias no habían permitido una intervención directa del DNH, pues tenían una fuerte autonomía que no aceptaba modificaciones de orientación, dado que intervenían entidades muy diferentes que costeaban y dirigían las campañas de previsión social (Campo Posada, 1937: 19-21).

Desde 1931, fue política del DNH reorganizar los servicios sanitarios de los puertos, buscando fundir, en uno solo, los servicios de higiene y saneamiento que existían en cada uno de ellos, con las estaciones sanitarias, campañas de saneamiento y policía sanitaria. También se trataba de establecer una línea directa de responsabilidad entre médicos, revisores, inspectores, agentes de policía sanitaria y demás personal, al tiempo que se les elevaban equitativamente los sueldos. Para ello se dictó la Resolución 30 de 1932, aprobada por Decreto presidencial 324 de 1932. Se creó el cargo de visitador general de los puertos, en ese momento asignado a G.O. Richardson, quien recorrería permanentemente los litorales marítimos y otras dependencias de esa sección, y sería responsable de la marcha de esos servicios. Se mantuvo la figura del médico de sanidad de puertos, a quien se dejaba la potestad de nombrar libremente el personal "sin tener en cuenta por ningún motivo consideraciones de índole personal, política o de otro orden". Este médico debía responder ante el gobierno, por conducto del DNH, del buen estado sanitario de la localidad encomendada y del cumplimiento de las obligaciones impuestas por las convenciones sanitarias internacionales. Sus resoluciones tendrían carácter obligatorio. Se nombró este personal en Barranquilla, Puerto Colombia, Santa Marta, Cartagena, Buenaventura, Tumaco, Cúcuta, Ipiales, Barbacoas, La Dorada, Puerto Berrío, Guapí, Puerto Asís y Florencia (García Medina, 1932a: 307-313). Para 1937 existió una Sección de Sanidad dentro del DNH, a la que correspondía la dirección técnica de los trabajos generales de sanidad y saneamiento del suelo, de la sanidad portuaria y vigilancia sanitaria de

embarcaciones y de las campañas contra las endemias tropicales (Campo Posada, 1937: 12).

Las acciones contra el paludismo en esta etapa fueron adelantadas con la cooperación de la FR. García Medina anotaba en 1931 que, en su carácter de Director Nacional de Higiene, se dirigió durante varios años al Gobierno y al Congreso para emprender una campaña seria y científica contra el paludismo. Estas solicitudes, afirmaba, no fueron atendidas o no se les dio la importancia que merecían pues, si bien en algunos presupuestos se señalaron partidas para este gasto, eran muy pequeñas o se disminuían en provecho de otros rubros, como sucedía con las partidas de la higiene en general. Insistía en la importancia económica y social que tenía la campaña contra el paludismo pues esta enfermedad debilitaba al hombre, destruía sus energías y afectaba la riqueza al generar degeneración moral y física de la raza. El paludismo retardaba y viciaba el desarrollo individual y colectivo, ya que minaba la vida de las víctimas destruyendo su sangre; aniquilaba tanto al trabajador como al niño, y además, se suponía, transmitía su influencia perniciosa de una generación a otra. “Ya que la caridad y la razón no lo pidieran, el comercio y la industria nos fuerzan a proteger la vida del pueblo combatiendo uno de sus mayores enemigos” (García Medina, 1931: 40).

Por solicitud de García Medina, la FR envió a H.H. Howard, con quien se acordaron las bases para un proyecto de campaña antipalúdica. La FR ofreció enviar un entomólogo para que, asociado con un epidemiólogo, estudiara el grado de infección en las regiones dominadas por la malaria y estableciera dónde era más conveniente iniciar la campaña. Luego de ello, enviaría un médico malariólogo para dirigir el saneamiento, y daría becas a dos médicos colombianos que quisieran especializarse en el tratamiento profiláctico y curativo de la malaria para continuar la campaña. De acuerdo con esto, el técnico entomólogo Marshall Hertig viajó a Colombia y, junto con el médico epidemiólogo de la Dirección, Ignacio Moreno Pérez, nombrado a solicitud de la misma Fundación, se encargó del estudio clínico de las regiones visitadas. Se tomaron 4.800 muestras, cuyo análisis se adelantó en

el Laboratorio Nacional de Higiene. La visita pasó por la costa Pacífica en Buenaventura, la planicie del valle del Alto Cauca, región del Quindío, región de Pereira a Manizales y de ésta a Medellín, valle de Medellín y Caldas hacia el norte, valle del Bajo Cauca, valle del alto Magdalena desde Girardot hasta Puerto Berrío, y valle del Bajo Magdalena. De los lugares visitados por la comisión, se escogió Girardot para hacer un estudio previo que podría servir de base para iniciar la campaña que se tenía proyectada con la FR (García Medina, 1931: 41-7).

Cabe resaltar que las campañas de erradicación de enfermedades propiciaron también la ampliación de los servicios curativos prestados por el Estado en el decenio del treinta. De hecho, el ciclo de las enfermedades no podría superarse sin el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los enfermos. Esta perspectiva fue demandando poco a poco la necesidad de integrar los servicios curativos y preventivos en servicios de salud manejados por el Estado, y éste se convirtió en otro frente de cooperación internacional. En este frente, la participación de la OSP fue mayor que la de la FR, aunque las dos instancias trabajaron al unísono. La OSP promovió un modelo de servicios administrados por el Estado, en el cual se integraban programas preventivos y de atención temprana de enfermedades, conocido internacionalmente como “Unidad Sanitaria Cooperativa” (Hernández, 2000: 136). La organización unitaria de los servicios de higiene y asistencia social preventiva tuvo su origen en los E.U, país que inició experimentos de este tipo en los Estados del sur en 1919. El primer experimento que se hizo en Colombia fue la Unidad Sanitaria de Pereira, creada el 1º de marzo de 1934, con cierto éxito, gracias al apoyo de la Federación Nacional de Cafeteros, agremiación liderada por grandes propietarios y comerciantes interesada en el “capital humano” involucrado en la economía cafetera. En vista de este resultado, el DNH destinó una considerable suma del presupuesto para crear otras unidades sanitarias: para 1937 se elaboraron contratos en Barranquilla, Cali, Ibagué, Cúcuta, Cartagena, Santa Marta, Popayán, Manizales y otras ciudades. Con la creación de estas unidades sanitarias se creía que quedaba solucionado el problema de la coordinación de los servicios de sanidad y asistencia social preventiva en las principales ciudades, con

las excepciones de Bogotá y Medellín. Para las poblaciones pequeñas, donde no existían organizaciones anteriores con intereses creados, se diseñaron las Comisiones Rurales, que llegaron a establecerse en varios departamentos (Campo Posada, 1937: 11-12).

Según Campo Posada, en los Estados Unidos se demostraron los inconvenientes de las campañas unilaterales encaminadas a combatir una enfermedad o causa de degeneración racial específica, pues estaban sometidas a criterios muy diversos y distanciados que se interesaban cada uno sólo por su especialidad. De allí que el personal se ampliara demasiado, las visitadoras sociales y demás personal subalterno dieran instrucciones contradictorias, y las organizaciones estatales y municipales no estuvieran sometidas a planes y programas uniformes. Esta situación daba como resultado una gran variabilidad en los sistemas de administración sanitaria y en los métodos para formar conciencia en la población, perjudicando los estudios de morbilidad y otras estadísticas. Como una solución, las primeras Unidades Sanitarias en Estados Unidos contaron con médicos, odontólogos, inspectores sanitarios y visitadoras sociales que debían atender a todas las campañas preventivas bajo una sola dirección. Este sistema se amplió a tal punto que en 1936 se llegaron a crear hasta treinta de esas unidades en Nueva York. En América Latina los primeros ensayos se hicieron en Brasil, Costa Rica y México. En Colombia resultaba indiscutible, según Campo Posada, la necesidad de una organización unificada en el DNH, pero ejercida mediante convenios con los departamentos y municipios para evitar el despilfarro en planes no sometidos a criterios técnicos (Campo Posada, 1937: 14-16). El proyecto era continuar extendiendo las Unidades y Comisiones Sanitarias en las ciudades y pequeñas poblaciones del país.

En todo caso, las unidades sanitarias estaban articuladas alrededor de la acción higiénica y preventiva. Pero poco después se ensayó un modelo más orientado a integrar servicios curativos y preventivos más allá de ciertas enfermedades, pensando en atención médica de los trabajadores de ciertas áreas estratégicas de

la economía nacional. Según Campo Posada, correspondía al Estado salvaguardar la vida de los trabajadores para las zonas agrarias de gran desarrollo y de explotación minera. El precedente a este respecto fue el Centro Mixto de Salud de la zona bananera, reglamentado por ley 1ª de 1937, para impulsar la cooperación entre los empresarios agrícolas y el Estado con el objeto de prestar atención médico-quirúrgica y realizar trabajos de saneamiento del suelo e higienización de campamentos y habitaciones. Los conflictos con los trabajadores muchas veces incluyeron atención médica y en un ambiente reformista como el del régimen liberal del momento, convenía responder a estas demandas. A los propietarios de las empresas correspondía la atención de los enfermos, con ayuda del departamento y la junta de beneficencia, y al Estado la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. Campo Posada consideraba que habría sido deseable que se establecieran también en la zona cafetera con la colaboración de la Federación Nacional de Cafeteros, y en los centros mineros (Campo Posada, 1937: 16-18).

Sin embargo, cada sector avanzó por su lado. La Federación de Cafeteros organizó su propio programa de salud rural y, junto con los mineros, logró quedar por fuera de la seguridad social cuando se discutió esta opción de integración de la salud de los trabajadores más adelante. Esto corrobora la tesis central de Hernández, según la cual los servicios de salud estaban organizados con lógicas diferentes que se habían desarrollado desde comienzos de siglo y que se resistían a la integración por la vía estatal. La Higiene trabajaba en la articulación de la atención y prevención de las enfermedades de mayor impacto colectivo, con una escasa expansión hacia los servicios curativos. La beneficencia, basada en la caridad cristiana y los poderes regionales, estaba lo suficientemente consolidada para pasar a la asistencia pública, que era la alternativa de la intervención creciente del Estado en este ámbito, y los médicos sostenían el ejercicio privado de la profesión. Además, en el conflicto entre capital y trabajo se trataba de superar el dilema entre el ahorro individual y el seguro social para organizar la salud de los trabajadores. En el intento de corregir esta situación un grupo, conformado en su mayor parte por médicos, presentó, en 1935, un proyecto de ley por la cual se creaba el Ministerio de Higiene y Previsión Social,

apoyados en lo sugerido por la ANM y en las recomendaciones de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana de Lima, así como en las experiencias de otros países que ya habían realizado la unificación de la higiene, la asistencia pública y la protección laboral (Hernández, 2000: 162-63). Pero la integración tuvo un tortuoso camino que comenzó con una instancia del poder ejecutivo, el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social creado en 1938, y terminó con el reconocimiento legal de la fragmentación por medio de la creación de instituciones diferentes para cada componente del sector salud entre 1945 y 1946.

El Ministerio y los Servicios Coordinados de Higiene

La Ley 96 del 6 de agosto de 1938 creó el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social y, al mismo tiempo, el de Economía (Eslava, 2002: 34; Hernández, 2000: 171-3), un día antes de que terminase el gobierno de Alfonso López Pumarejo y empezase el de Eduardo Santos (1938-1942). Con el primero de esos ministerios – si bien al lado de los asuntos laborales y de previsión social-, comenzaba a concretarse la aspiración de los higienistas colombianos que, desde hacía un decenio por lo menos, habían venido luchando por una instancia técnica de integración de los servicios preventivos y curativos, apoyados en las recomendaciones de las Conferencias Sanitarias Panamericanas. El Decreto 2392 de ese mismo año, por el cual se organizaba este ministerio, estableció en su interior los siguientes departamentos: Negocios Generales, Administrativo, Nacional del Trabajo, Cooperativas y Previsión Social, Servicios Coordinados de Higiene, Lucha Antileprosa, Protección Infantil y Materna, Asistencia Social e Ingeniería Sanitaria. El Departamento de Servicios Coordinados de Higiene, a cargo de un Jefe, tenía bajo su responsabilidad la unificación y coordinación de todos los servicios sanitarios, y el cumplimiento y desarrollo de las actividades administrativas que dependían de las secciones técnicas en que se componía. Este departamento quedaba encargado de la dirección de las Unidades Sanitarias, Comisiones Sanitarias, Centros Mixtos de Salud, y Direcciones y Secretarías Departamentales de Higiene, y del control de las Direcciones municipales de higiene. Le

correspondía, además, la coordinación de los servicios sanitarios adscritos al ministerio y los establecidos en otras dependencias como Ferrocarriles Nacionales, Carreteras y Sanidad del Ejército. En su interior, y como dependencia del Departamento de Estadística de la Contraloría General de la República, continuaría funcionando la sección de Estadística Vital (Jaramillo Sánchez, 1938: 31, 40).

El Departamento de Servicios Coordinados tendría a su vez las siguientes secciones: sanidad, (con dependencias de sanidad rural, portuaria –atenida a las disposiciones nacionales e internacionales vigentes- y veterinaria), lucha antituberculosa, lucha antivenérea, educación y propaganda, lucha anticancerosa (a cargo del Instituto Nacional de Radium) y sección de estudios especiales (en colaboración con la FR). También dependían del Departamento de Servicios Coordinados el Laboratorio Federico Lleras Acosta, en relación con sus labores de investigación, el Laboratorio de Fiebre Amarilla, como parte integrante de la Sección de Estudios Especiales, y el Instituto Nacional de Radium (Jaramillo Sánchez, 1938: 41).

En el apartado del Informe del ministro dedicado al Departamento de Servicios Coordinados se señalaba que en 1938 se cumplieron las campañas sanitarias siguiendo el sistema unitario de organización implantado desde 1935, que había sido recomendado por los últimos “congresos internacionales de sanidad” - seguramente las conferencias sanitarias panamericanas-, y que se había impuesto definitivamente como el único aconsejable y eficaz. Este sistema de organización tenía por fundamento la contribución económica de todas las entidades públicas y privadas que realizaran campañas de higiene para la formación de un fondo común destinado al sostenimiento de los servicios, y la dirección de todas esas campañas por una sola autoridad dependiente de las entidades centrales. Con ello se evitaba que funcionaran en una misma población servicios desvinculados unos de otros. Pero había problemas en este sentido, como en el caso de las Asambleas y Consejos Municipales que no asignaban las partidas que las necesidades de la higiene requerían. Con excepción de las capitales de los Departamentos, eran

pocas las ciudades en cuyos presupuestos se incluían partidas para estos servicios. En relación con los particulares, sólo los propietarios de la zona bananera del Magdalena cumplían con el deber de dar asistencia médica a los obreros, en parte porque no existía ninguna disposición legal que permitiera al gobierno imponer contribuciones obligatorias a patronos particulares (Jaramillo Sánchez, 1938: 60-2).

La autonomía que la Constitución concedía a los Departamentos y Municipios para el manejo de sus propios fondos, también era un obstáculo, pues en muchos casos los dineros apropiados habían servido más para satisfacer intereses políticos y personales que para atender a las necesidades de higiene. Así, existían organismos autónomos que por estar sostenidos con fondos municipales no se sometían a las normas de las autoridades nacionales ni en lo administrativo ni en lo técnico. Para corregir esto, la Sección de Sanidad y el Departamento de Servicios Coordinados se esforzaron por celebrar contratos con entidades que realizaban campañas sanitarias para establecer servicios en forma cooperativa y dependientes, técnica y administrativamente, del Ministerio e ir así eliminando poco a poco las organizaciones autónomas. Pero muchos municipios prefirieron renunciar a los auxilios nacionales con tal de conservar la facultad de nombrar y remover libremente a los funcionarios de higiene. Se intentó crear secretarías departamentales de Higiene y Asistencia Social, dependientes del Ministerio, pero sólo se logró en Antioquia y Nariño; las de Caldas, Cundinamarca y Valle del Cauca estaban desvinculadas del Ministerio y dependían de las gobernaciones respectivas (Jaramillo Sánchez, 1938: 60-2).

Estas circunstancias forzaron la expedición del Decreto ejecutivo 565 de 1938, que obligaba a los directores de todos los servicios de higiene y asistencia social del país a comunicar al Ministerio los nombramientos de personal y a fijar mensualmente los trabajos que ejecutarían, así como las sanciones en caso de incumplimiento. Con ello se esperaba impedir nombramientos para cargos técnicos de personas que no reunieran los requisitos exigidos por la ley y, además, contar con personal idóneo. Pero este decreto y los contratos celebrados con los

municipios y departamentos eran sólo medidas de emergencia que no permitían dar a la higiene y asistencia social la organización que las necesidades del país reclamaban. La prueba era que estas mismas observaciones estaban consignadas en los informes de los anteriores Directores Nacionales de Higiene. Se citó el Informe de 1936, en el que se decía que mientras persistiera la situación en que los municipios, departamentos y aún la misma nación no estuvieran obligados por la ley a destinar a los servicios de higiene y asistencia social preventiva un porcentaje fijo de los presupuestos, y a colocar la inversión de sumas destinadas para ello en manos de las entidades técnicas encargadas de adelantar esta obra de “defensa nacional”, sería imposible la organización efectiva de la Higiene Pública, y siempre estaría sometida a las fluctuaciones políticas que postergaban el cumplimiento de su función.

También se citó el Informe de 1937, en el que se decía que a pesar de que el Departamento de Higiene desde hacía varios años venía ilustrando no solamente al pueblo, sino también a la clase dirigente y los funcionarios públicos, sobre la necesidad de aumentar las partidas destinadas a la salud pública y de invertir las con criterio técnico, no siempre había sido posible obtener la colaboración económica de las Asambleas y Consejos, ni la cooperación entusiasta de gobernadores y alcaldes. Tampoco se había podido impedir la acción nociva del político parroquial que aspiraba a satisfacer sus necesidades económicas, y las de sus familiares y electores, por intermedio de las organizaciones de higiene, y las todavía más funestas del cacique y del terrateniente que hostilizaban a las autoridades sanitarias porque éstas les exigían la modificación de hábitos ancestrales de vida y la ejecución de ciertas obras imprescindibles para la defensa de la salud pública y la de sus trabajadores. Con la creación del Ministerio quedaban en parte resueltos algunos de los problemas que anteriormente confrontaba el DNH, pero todavía faltaban disposiciones legislativas para el eficaz cumplimiento de su misión (Jaramillo Sánchez, 1938: 62-63).

Entre las disposiciones sugeridas para este efecto estaba la de obligar a los patronos con más de cinco empleados a prestar servicio de asistencia médica, obligación que hasta el momento sólo tenían -por Ley 1ª de 1937-, los propietarios de banano del Magdalena, con la cual se dio estabilidad económica al Centro Mixto de Salud de la región bananera. La idea era que quien trabajaba al servicio de una empresa no era ya un pobre de solemnidad, a quien el Estado debiera prestar servicios gratuitos, sino un elemento productor de riqueza cuya salud debía estar protegida por el patrono. La función del Estado debía ser sólo la de garantizar al trabajador los derechos de asistencia médica, lo cual equivalía a un seguro de enfermedad. También se sugería que se obligara a los presupuestos nacionales, departamentales y municipales una apropiación de mínimo el 10% para gastos de higiene y asistencia social. Se planteaba el establecimiento obligatorio de Secretarías Departamentales de Higiene y Asistencia Pública, dependientes del Ministerio, para coordinar los servicios nacionales con los departamentales. Estas fueron recomendaciones de la reunión de directores de higiene de 1937 (Jaramillo Sánchez, 1938: 64-65).

Según Alberto Jaramillo Sánchez, ingeniero formado en la Escuela de Minas de Medellín y con orientación hacia la ingeniería sanitaria, entonces ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, Colombia enviaba a la OSP cifras inexactas de defunciones por enfermedades infectocontagiosas de declaración obligatoria, pues las fuentes de información no eran confiables. Después del parasitismo intestinal, a pesar de la campaña sostenida desde hacía varios años, la enfermedad que mayor morbilidad ocasionaba era el paludismo, seguida por el pian. En 1938 funcionaban como dependencia directa del Ministerio, los Centros Mixtos de Salud -el de la zona bananera y los ensayados por la Federación de Cafeteros-, 27 Unidades Sanitarias, 68 Comisiones Sanitarias Rurales, tres Servicios Antilarvarios, cinco Oficinas de Sanidad y diez Inspecciones Sanitarias. Todos, excepto el de la zona bananera, se sostuvieron con fondos del presupuesto nacional. Las Unidades Sanitarias lo fueron cooperativamente por la nación, los municipios respectivos y, en algunos casos, los departamentos. Las Comisiones Sanitarias Rurales se financiaban con fondos

nacionales y de los departamentos, intendencias y comisarías. Los Servicios Antilarvarios, Oficinas de Sanidad y las diez Inspecciones Sanitarias fueron costeadas por la nación. Pero las direcciones municipales de higiene, dependientes de los cabildos y alcaldes, funcionaban sin conexión alguna con el Ministerio (Jaramillo Sánchez, 1938: 75-78). Las partidas destinadas al sostenimiento de los servicios sanitarios en el país, de todas maneras, muestran un incremento para los años anteriores a 1938, como se aprecia en el cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

GASTO EN SERVICIOS SANITARIOS, 1934-1939

<u>Año</u>	<u>Estado* (\$ col.)</u>	<u>Otros** (\$ col.)</u>
1934	241.086.52	
1935	292.532.52	
1936	461.582.68	815.572
1937	964.123.27	676.976
1938	1.126.947.65	827.325
1939	1.254.900.00	918.855

(*) Incluye aportes de la Nación, los departamentos, las intendencias y los municipios

(**) Aportes de particulares.

Fuente: Jaramillo Sánchez, 1938: 78-9.

Las diferencias entre los diversos organismos que realizaban campañas sanitarias estaba más en la clase de servicios que prestaban y los presupuestos, que en su sistema de organización. Los Centros Mixtos de Salud y las Unidades y Comisiones Sanitarias desarrollaban campañas múltiples y trataban de resolver todos los problemas sanitarios que se presentaban en las regiones donde estaban

localizados. Los primeros disponían de sumas de entidades privadas y prestaban servicios de asistencia social a una escala relativamente amplia; las Unidades y Comisiones orientaban sus labores principalmente hacia la prevención de las enfermedades y labores asistenciales, en lo relativo a la protección infantil y lucha contra las enfermedades endémicas y sociales. Las Unidades, sostenidas en parte con fondos municipales, tenían bastante personal y contaban con servicios como sala cuna, gota de leche, jardines infantiles, dispensarios antituberculosos y antivenéreos; las Comisiones trabajaban con personal reducido (un médico, un odontólogo, una o dos enfermeras y dos o tres inspectores sanitarios que eran financiados totalmente por la nación y los departamentos). Los servicios antilarvarios que se sostuvieron en 1937 en Barranquilla, Cartagena y Barrancabermeja, para la campaña contra el mosquito, tenían un carácter unilateral que no encajaba dentro del programa unitario del ministerio. La falta de cooperación de estos tres municipios impidió transformar en 1938 estos servicios en Unidades Sanitarias que desarrollaran campañas múltiples de forma más económica. Sólo fue posible en Barrancabermeja con la ayuda del Departamento de Santander (Jaramillo Sánchez, 1938: 79).

Un hecho destacado, previo a la creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en ese mismo año de 1938, fue la Asamblea de Directores Departamentales de Higiene, dirigida por el ex director nacional de higiene, Benigno Velazco Cabrera. A ella asistieron también los jefes de sanidad de Carreteras Nacionales, el director de sanidad de Ferrocarriles Nacionales, representantes de la Federación Médica Colombiana y jefes de Laboratorios Nacionales de Higiene. Estuvieron de acuerdo en crear el Ministerio de Higiene y Asistencia Pública, y pidieron la generalización de la obligación que la ley 1ª de 1937 impuso a los bananeros de la zona del Magdalena, en el sentido de prestar asistencia médica a sus trabajadores. Esta ley fue fundamental para la prosperidad del Centro Mixto de Salud de aquella zona. Se pensó que una disposición general para grandes industrias urbanas y rurales permitiría el acrecentamiento de tales organismos. La Federación Nacional de Cafeteros expresó, en el Congreso Cafetero Nacional de

ese año, la aceptación de obligación semejante, que en su caso se tradujo en la organización de tres Centros Mixtos de Salud, mostrándose partidaria de que un alto impuesto de exportación se dedicara a servicios de sanidad. Igualmente la Asamblea de los Directores de Higiene pidió a los poderes públicos el establecimiento de la carrera de higienista y el escalafón sanitario pues, a diferencia de otros países, la suerte de los funcionarios de higiene en Colombia era esquiva e impropia, dadas las contingencias de la administración y de la política. Decían que se necesitaba un estatuto jurídico que consagrara derechos y garantías, puesto que la dedicación de los funcionarios de higiene implicaba la desvinculación de actividades profesionales más provechosas y de más seguro porvenir (Jaramillo Sánchez, 1938: 3-7). Esta reivindicación retomaba, pues, los pedidos que sobre la profesionalización y especialización en este campo habían venido haciendo las conferencias sanitarias del continente, por lo menos desde hacía una década.

CUADRO No. 1

NOMBRES DE LA INSTITUCIÓN DE HIGIENE EN COLOMBIA Y SUS DIRECTORES, 1886-1953

Período	Nombre Presidente de la República	Años	Entidad de Higiene	Directores
1886- 1888	Rafael Núñez	1886- 1913	JUNTA CENTRAL DE HIGIENE	Nicolás Osorio; Aureliano Posada, Carlos Michelsen.
1888- 1892	Carlos Holguín			
1892- 1898	Miguel Antonio Caro			
1898- 1900	Manuel Antonio Sanclemente			
1900- 1904	José Manuel Marroquín (designado)			
1904- 1909	Rafael Reyes			
1909- 1910	Jorge Holguín (designado)			
1910- 1914	Carlos Eugenio Restrepo	1913- 1914	CONSEJO SUPERIOR DE SANIDAD	
1914- 1918	José Vicente Concha	1914- 1918	JUNTA CENTRAL DE HIGIENE	Pablo García Medina (1914- 1918)

1918-1921	Marco Fidel Suárez	1918-1925	DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE	Pablo García Medina (1918-25)
1921-1922	Jorge Holguín (designado)			
1922-1926	Pedro Nel Ospina	1925-1931	DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Pablo García Medina (1925-1931)
1926-1930	Miguel Abadía Méndez			
1930-1934	Enrique Olaya Herrera	1931-1931	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Pablo García Medina
1934-1938	Alfonso López Pumarejo	1931-1938	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	Enrique Enciso 1931-193? Joaquín Cano * Alejandro Villa Alvarez* Luis Patiño Camargo 1934-1935 Arturo Robledo 1935-1936 Benigno Velasco Cabrera 1937
1938-1942	Eduardo Santos	1938-1946	MINISTERIO DEL TRABAJO, HIGIENE Y	Alberto Jaramillo Sánchez (1938-9)

			PREVISION SOCIAL Departamento de Nacional de Salubridad Pública Dirección Nacional de Higiene	Joaquín Caicedo Castillo (1939-42) Arcesio Londoño Palacio (1942-43) Abelardo Forero Benavides (1943) Jorge Eliécer Gaitán (1943- 1944) Moisés Prieto (1944-1945) Adán Arriaga Andrade (1945-46) Blas Herrera Anzoátegui (interino)*
1942- 1945	Alfonso López Pumarejo			
1945- 1946	Alberto Lleras Camargo			
1946- 1949	Mariano Ospina Pérez	1946- 1953	MINISTERIO DE HIGIENE	Jorge Bejarano Martínez (1947) Pedro Eliseo Cruz (1947-48) Hernando Anzola

				Cubides (1948) Jorge Cavalier (1949-50) Alonso Carvajal Peralta (1950-51) Miguel Antonio Rueda G. (1952) Alejandro Jiménez Arango(1952-53)
1949-1952	Laureano Gómez			
1953	Rojas Pinilla	1953	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	Alejandro Jiménez Arango

Cuadro tomado de (Eslava, 2002)

* Las fuentes consultadas no permitieron precisar los períodos de participación y duración en sus cargos

Capítulo 3: Bases institucionales para la cooperación, 1938-1950

La ampliación del campo de acción de la higiene implicó también nuevos ámbitos de cooperación internacional, que se expresaron en más recursos e instituciones más complejas. Por su parte, el contexto de la Segunda Guerra Mundial exigió el alinderamiento político de los Estados que afectó de manera decisiva la cooperación en salud, hasta sentar estructuras más estables y multilaterales. En Colombia, estas estructuras tienen ciertas particularidades que serán examinadas a continuación.

La X Conferencia Sanitaria Panamericana en Bogotá

Desde el punto de vista de la cooperación entre el Estado colombiano y la OSP, el hecho más destacado y significativo, que da comienzo a una nueva etapa, fue la celebración de la X Conferencia Sanitaria Panamericana en Bogotá. La IX Conferencia Sanitaria Panamericana se había reunido en Buenos Aires, entre el 12 y el 22 de noviembre de 1934, y allí se había fijado que la siguiente, la X, se realizara en Bogotá -como en efecto se hizo, del 4 al 14 de septiembre-, para lo cual se había nombrado una Comisión Organizadora presidida por Jorge Bejarano, la nueva estrella de los higienistas colombianos que reemplazaba a Pablo García Medina. Bejarano estaba acompañado en esta tarea por Hugh S. Cumming, director de la OSP, y un selecto grupo de médicos nacionales, algunos ya mencionados atrás⁵. Esta comisión elaboró, teniendo en cuenta el programa que para tal efecto se había planteado en la III Conferencia Sanitaria de Directores Nacionales de Sanidad, un temario de 16 puntos que prácticamente reunía todos los problemas que habían venido preocupando a la OSP y a las conferencias –y a los mismos países miembros-, desde la sanidad portuaria hasta la nutrición y la alimentación humanas, pasando por muchos otros (OSP, 1938: 352-3).

⁵ B. Velasco Cabrera, Director Nacional de Higiene; Bernardo Samper, Director del Instituto Nacional de Higiene; Juan Pablo Llinás, Decano de la Facultad de Medicina; y la “flor y nata” de la medicina colombiana de entonces: Luis Cuervo Márquez, Federico Lleras Acosta, Roberto Franco, Julio Aparicio, Juan N. Corpas, Calixto Torres Umaña, Jorge Cavelier, Luis Patiño Camargo, Alfonso Esguerra y Francisco Gnecco.

La inauguración de la conferencia continental fue en el teatro Colón, con la asistencia del presidente Eduardo Santos, recién posesionado. En alguna medida, la adjudicación de la sede a Bogotá puede leerse como un reconocimiento a la labor del grupo de higienistas que encabezaba Bejarano y, de paso, a los nuevos gobiernos liberales, en especial al de la “revolución en marcha” de Alfonso López Pumarejo. Estos gobiernos propiciaron una serie de reformas que abrieron el espacio para el reconocimiento y la incorporación de los grupos subalternos (trabajadores urbanos y rurales, profesionales de las capas medias, etc.) que tenían una fuerte presencia real, pero a los cuales los gobiernos conservadores habían mantenido marginados y violentamente reprimidos. Las medidas para desbloquear la dinámica de la sociedad colombiana fueron numerosas, pero puede destacarse la reforma constitucional de 1936, al establecer que la protección del trabajo y la asistencia pública eran responsabilidades del Estado, que la propiedad, además de un derecho, tenía una función social y, por tanto, podría intervenir y expropiarse. Así mismo reafirmó el papel intervencionista del Estado en el manejo económico y replanteó las relaciones entre éste y la Iglesia, pues desde el Concordato de 1887 la Iglesia gozaba de una gran injerencia en todos los ámbitos de la vida civil, en especial en la educación (Tirado Mejía, 1989a: 343-5).

El gobierno de López Pumarejo también se interesó en acciones sociales en beneficio de los trabajadores y sectores populares –dentro de las cuales se pueden ubicar la Ley 200 sobre la propiedad agraria y la creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social— para lo cual adelantó una reforma tributaria que hacía énfasis en los impuestos directos en lugar de que se dependiera mayoritariamente de los que gravaban el comercio de importación-exportación (Palacios, 1995: 146-7). El ánimo reformista de López y de los sectores que lo acompañaron se vio enfrentado a la Iglesia católica y a los grupos privilegiados que, desde el Partido Conservador, e incluso con mucha fuerza, desde el propio Partido Liberal, lograron minimizar las reformas y, en gran medida, neutralizarlas. Precisamente el gobierno de su sucesor y antiguo colaborador, Eduardo Santos, dueño del periódico “El Tiempo”, ha sido identificado como el de “la gran pausa”, por todo lo que hizo en

este sentido (Fluharty, 1957). La creación del nuevo Ministerio Trabajo, Higiene y Previsión Social y la realización de la X Conferencias en Bogotá, a pesar de haberse efectuado ésta en el gobierno del señor Santos, puede legítimamente considerarse como realizaciones del período de López, quien, además, se destacó en el campo de las relaciones interamericanas por ser más activo y menos dócil que otros mandatarios colombianos.

A la X Conferencia de Bogotá asistieron 19 países. “Las delegaciones fueron las más numerosas que ninguna reunión similar haya tenido y casi todas ellas estuvieron presididas por los más altos funcionarios de la sanidad de los respectivos países” (Santos, 1939: 18). La delegación colombiana estuvo compuesta por los funcionarios de higiene, con el estrenado Ministro de este ramo, Alberto Jaramillo Sánchez, a la cabeza, y un grupo de médicos que, en su conjunto, conformaban el vértice superior de la “comunidad” de los higienistas y del llamado cuerpo médico nacional, la mayoría de ellos de tendencia claramente liberal: Arturo Robledo, Francisco Gómez Pinzón, Rubén Gamboa Echandía, Bernardo Samper, Luis Patiño Camargo, Jesús Peláez Botero, Jorge E. Cavelier. Otro tanto sucedía con los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia: Roberto Franco, Juan Pablo Llinás, Luis Cuervo Márquez, Napoleón Franco Pareja, Juan N. Corpas, Julio Aparicio, Calixto Torres Umaña, Alfonso Esguerra Gómez, Jorge Salcedo Salgar (Jaramillo Sánchez, 1938: 14). Entre ellos se repartían las más altas responsabilidades, los honores y las recompensas sociales y económicas. Por la OSP asistieron, además de Hugh S. Cumming, John D. Long, Aristides A. Moll, J.R. Murdock y William Boaz; por la FR participó el infaltable y decisivo Fred L. Soper; por la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones el Dr. O. Olsen; por la OIHP, con sede en París, la representación la llevó también Cumming; y por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) estuvo el colombiano Alfredo Vásquez Carrizosa (OSP, 1938a: 959), quien más recientemente fue Ministro de Relaciones Exteriores y notabilísimo defensor de los derechos humanos.

Llama la atención que en el discurso inaugural de la Conferencia, Jaramillo Sánchez se refiriera a dichas conferencias como “reuniones *de* los higienistas americanos [que] ostentan una tradición de prestigio y de eficacia, que las ha hecho gratas y preciosas a los ojos de los gobiernos de las naciones que las han venido propiciando” (Jaramillo Sánchez, 1938: 8). Señaló en su discurso que las conferencias, localizadas inicialmente en los límites de los problemas epidemiológicos propios de la zona tórrida, se fueron adentrando en el panorama complejo que formaba el conjunto de las campañas sanitarias dirigidas a combatir las enfermedades comunicables que diezmaban a las varias capas sociales del pueblo colombiano, especialmente las más humildes. Daba por supuesto un paralelismo entre la extensión de los servicios que los gobiernos habían ido creando y los programas de las reuniones anteriores, si se comparaban éstas con los desarrollos nación por nación. Este paralelismo sería la mejor demostración de la eficacia y de la obra constructiva de las conferencias sanitarias.

Jaramillo prometía que no quedarían estériles las conclusiones y los votos de la conferencia, pues era propósito leal y fuerte del gobierno hacer de la higiene, la sanidad y la asistencia pública los pilares egregios de su plan administrativo. En esta conferencia inaugural el ministro decidió comentar los puntos que para la higiene tenían un palpitante interés social. Interesaba al país, según el ministro, conocer las conclusiones de la conferencia sobre la lucha antivenérea, pues la extensión de ella era desproporcionada a las necesidades fiscales, sin que se pudiera aspirar a seguir el ejemplo de Estados Unidos en la batalla contra la sífilis: el “imperativo de raza ha hecho a aquella gran nación erguirse con lo mejor de sus recursos en una ofensiva que no cesará hasta la victoria”. En Colombia, como en otros países de América, la limitación económica obligaba a la búsqueda de medios proporcionados a la capacidad fiscal del país para suplir con la tenacidad las limitaciones en dotación técnica y económica. Así sucedía con la tuberculosis, que “ha tomado una iniciación nacional”. La promesa se dirigía a incrementar estos servicios (Jaramillo Sánchez, 1938: 8-9). Jaramillo insistía en dos puntos que se iban a tratar en la Conferencia, relacionado el uno con la lucha contra las endemias

tropicales, y el otro con la higiene prenatal e infantil y la protección social y sanitaria de la mujer madre. Manifestaba su esperanza de que en la siguiente conferencia Colombia pudiera declarar lo mucho que se había realizado en relación con el saneamiento del suelo, la disminución de la mortalidad infantil y la mayor eficacia en la lucha contra el paludismo, la anemia y la amibiasis; enunciaba adelantos en la higiene del campo, en la alimentación, en agua potable y en alcantarillado. Con un claro sesgo determinista y, en el fondo, racista, el ministro afirmaba: “Difícil conseguir el ideal sanitario en climas como los nuestros”; pero, aún así aseguraba que debía lucharse por ello dado que así se defendía y acrecentaba el único capital invaluable de que disfrutaban las naciones: el hombre, como núcleo permanente de la raza (Jaramillo Sánchez, 1938: 10).

El ministro ofrecía también la unificación de los servicios preventivos y curativos a cargo del Estado. Afirmaba que había advertido ya al Gobierno sobre la necesidad de “legalizar” el oficio del higienista por el sacrificio, dedicación de tiempo completo y desvinculación profesional a que ello obligaba. En este sentido, prometía que el país se esforzaría en formar técnicos propios en países mejor dotados que Colombia y apoyando la colaboración de los venidos de fuera, que habían prestado su colaboración a la solución de cuestiones apremiantes de la sanidad nacional, agradeciendo en particular a la FR. Esperaba también de la Conferencia acuerdos concretos y realistas sobre lucha antileprosa, problema que, según el ministro, no era mayor ni menor que en otros países del continente, pero que hechos geográficos y económicos particulares la habían hecho más dura de llevar en Colombia, señalándola como herencia de la raza conquistadora. Aludía, con orgullo nacional, al trabajo del profesor Lleras Acosta, quien se había dedicado con tesón a la obtención de una vacuna antileprosa. Insinuaba que si bien se podía estar satisfecho también de la labor de los dispensarios, se reconocía la “necesidad de rectificar -casi radicalmente- la citación de las leproserías, en donde presta con eficacia muy mermada un esfuerzo bien orientado y firme en otros sectores de este doloroso frente de batalla”. Finalmente dedicaba un espacio a explicar las razones que condujeron a unir en un ministerio las cuestiones de trabajo, higiene y previsión

social. Según el ministro, éste sería sólo un paso para lograr la tecnificación de la administración de los asuntos sociales y esperaba la creación del Ministerio de Higiene en un mediano plazo (Jaramillo Sánchez, 1938: 11-12). El ministro ingeniero expresaba así el ideal tecnócrata sostenido en muchas oportunidades por los higienistas.

La Conferencia aprobó 39 resoluciones y recomendaciones, que iban desde las reformas introducidas a la OSP hasta los votos de aplauso a Colombia y sus representantes e instancias dirigentes por la exitosa reunión (OSP, 1938a: 959-66). En lugar destacado figuraba el “voto de aplauso y de gratitud para el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos” por la cooperación con la Oficina y la ayuda técnica a los países. El reconocimiento se hacía extensible a la FR, en particular por sus contribuciones a la lucha contra la fiebre amarilla, llegándose a pedir –en una recomendación por separado- el Premio Nobel para los investigadores en este campo. Se hacía un reconocimiento puntual a las actividades de profilaxis en lepra, de Brasil y Colombia. Se hacía énfasis en la orientación técnica común que debía presidir la organización sanitaria y se propugnaba por la institucionalización de la carrera de higienista, así como la creación de instituciones de formación en este campo, también para los “funcionarios subalternos”. Se volvía sobre la sanidad marítima, extendiéndose a la aérea, en un momento en que este sistema de transporte cobraba cada vez más importancia en América Latina. Se aconsejaba proseguir y apoyar las actividades en “biodemografía” (estadísticas vitales), en laboratorios e institutos de salud pública de los países, en vacunación antiamarílica, en alimentación y nutrición y en atención a la madre y al niño, y se reconocía el impacto positivo que en el campo de la higiene y la salud tenían los sistemas de seguro social (Jaramillo Sánchez, 1938: 15).

También se deliberó y recomendó sobre productos biológicos, y para el asunto de los medicamentos se recomendaba adoptar la Farmacopea de los Estados Unidos de América, en la “edición española”, claro está. Se sugería la convocatoria de una conferencia panamericana de ingeniería sanitaria -por iniciativa del subjefe del

Departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Higiene de Colombia, el ingeniero Alfredo D. Bateman (Jaramillo Sánchez, 1938: 15)- y se recomendaba impulsar la especialización en este ramo, además de apoyar el desarrollo de planes de “viviendas populares, salubres y baratas”. No faltaban las recomendaciones sobre la estandarización de los aspectos del agua potable y los llamados de atención sobre las patologías tradicionales y nuevas: “estupefacientes”, afecciones cardiovasculares, amibiasis, lepra, paludismo, peste, tifo exantemático, tripanosomiasis americana, tuberculosis y venéreas. Finalmente se citaba para la XI Conferencia Sanitaria Panamericana en Río de Janeiro, en 1942 (OSP, 1938a: 957-66). Cerrando el evento, se elegía como presidente de honor del Consejo Directivo de la OSP al colombiano Jorge Bejarano. La X Conferencia daba, entonces, más legitimidad y reconocimiento nacional e internacional a los higienistas colombianos.

Guerra y cooperación en salud

La Segunda Guerra Mundial, ligada al ascenso internacional de los fascismos, habría de jugar un papel muy importante para la inserción internacional del país y para el desarrollo de su incipiente industria dentro de la política proteccionista de sustitución de importaciones. Esta nueva situación repercutió en una mayor apertura y una mejor disposición para efectos de la cooperación del Estado con la OSP y sus aliados norteamericanos, gubernamentales y privados. A partir de la lucha de las potencias capitalistas por contrarrestar el avance de los países del “eje” y el llamado a la “solidaridad continental”, los gobiernos colombianos liberales de Eduardo Santos (1938-1942), Alfonso López –quien repitió presidencia entre 1942 y 1945- y Alberto Lleras Camargo (1945-1946), decidieron el viraje definitivo para formar la retaguardia de la potencia americana.

Las exigencias de la guerra afectaron la agenda de la XI Conferencia Panamericana convocada para la primera semana de junio de 1942 en Río de Janeiro. Uno de los temas centrales de la Conferencia era “Defensa Continental y Salud Pública”, en el cual se pretendía “propiciar que se adopten las medidas emergentes en materia de

cuarentena para armonizar la defensa de cada país con la defensa general del continente” (Abello, 1942: 7). La vigilancia y el control de las embarcaciones en tiempos de guerra requerían nuevos mecanismos de comunicación y de decisión que pasaban por el criterio de la conveniencia o el peligro militar, además de la tradicional prevención de las enfermedades transmisibles. De manera que los países debieron pronunciarse al respecto y hacer explícita su adhesión a la defensa continental, también en el terreno de la salud.

El primero en alinearse fue el gobierno de Eduardo Santos, haciendo eco a la consigna de F.D. Roosevelt de cerrar filas a su lado “desde Alaska hasta el Cabo de Hornos”, sin “ninguna defección” (Arciniegas, 1989: 359). Esta posición parecía ser una posición mayoritaria. Como afirma Bushnell, “la aprobación general que recibió la declaración de Santos, en Colombia, se hizo evidente al mes siguiente cuando la Cámara de Representantes, con un solo voto en contra, manifestó su confianza en la política presidencial interamericana” (Bushnell, 1984: 27). López, por su lado, declaró la guerra a Alemania el 26 de noviembre de 1943, decidió el ingreso de Colombia a la reciente Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1945, y adhirió al Fondo Monetario Internacional (FMI), creado en 1944 (Rodríguez, 1989: 393). La política de unidad de los “países democráticos” hacia un “nuevo orden mundial”, propugnada por Estados Unidos y sus aliados, motivó en muchos casos el interés de los gobiernos colombianos de la época por unirse a las nuevas organizaciones de diversa índole que iban surgiendo en la postguerra, tales como la ya citadas, además del Banco Mundial (BM) y el GATT (Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio), entre otras, estimulándose la cooperación en diversos terrenos, incluidos los de la higiene y la salud. Las declaraciones, por lo menos, eran prometedoras, como ésta del presidente Truman el 26 de junio de 1946, cuando aún estaban abiertas algunas heridas en el subcontinente y estaban por abrirse otras:

El éxito en el uso de este instrumento [la ONU] necesitará de la voluntad común y la determinación firme de los pueblos que lo han creado. Esta tarea

pondrá a prueba la fuerza y fibra moral de todos nosotros. Todos tenemos que reconocer, no importa lo grande de nuestra fortaleza, que debemos negarnos el derecho abusivo de hacer siempre lo que nos plazca (Mendo, 2002: 4).

Pero con la creación del campo socialista, la amenaza de “la revolución comunista” - que ya se usaba en Colombia desde los años de nacimiento de los sindicatos y movimientos de izquierda, por el decenio de los veinte-, dejó de ser un fantasma en el plano internacional para convertirse en una fuerza respaldada por poderes estatales.

En el frente interno, el traumático segundo gobierno de López -quien debió renunciar en 1945- limó algunas de las reformas progresistas del cuatrienio de “la revolución en marcha”, pero, paradójicamente, avanzó en medidas tales como el seguro social obligatorio, las pensiones de invalidez y muerte, y otras más. Su reemplazante, Alberto Lleras Camargo, volvió por los cauces de la penalización de la protesta social, cerrando filas en la defensa del capital y de los resarcidos propietarios latifundistas que clamaban contra la Ley 200, “de tierras,” de su antecesor.

Durante los gobiernos de dos ingenieros conservadores, Mariano Ospina Pérez (1946-1950) y Laureano Gómez (1950-1951), en medio del sectarismo y la violencia que presagiaban una nueva guerra civil, se echaron las bases de lo que habría de ser el país industrial, urbano y “moderno”, sin que se superaran -de todas maneras- los profundos desgarramientos sociales de un capitalismo “insuficiente” y dependiente, con los lastres del “patriarcalismo” que se mimetizaba en odres nuevos. Se consolidó una “elite plutocrática”, “una *clique* empresarial” -las dos expresiones son de Marco Palacios-, con la Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO), la Asociación Nacional de Industriales (ANDI) y la fortalecida Federación Nacional de Cafeteros (FEDECAFE). Esta elite, respaldada desde el Estado, tenía sus puntos de apoyo sólidos en el triángulo fabril de Medellín—Bogotá—Cali, el desarrollo de los transportes (con la consecuente decadencia del

río Magdalena), el proteccionismo nacionalista de tinte conservador, la reforma aduanera y la creación de empresas estatales (Ecopetrol, Flota Mercante Grancolombiana, Acerías Paz de Río) y el fortalecimiento de institutos públicos, como el Instituto de Fomento Industrial (IFI) creado en el gobierno Santos (Palacios, 1995: 170-181). El país estaba “armado” para la cooperación internacional y, claro está, también en el terreno de la salud.

En esta etapa, en lo relativo a la cooperación internacional en materia de higiene y salud, siguió existiendo la situación que se presentaba en las etapas anteriores en la medida en que se mantenía la relación entre los socios externos (OSP, FR y Servicio de Salud Pública de Estados Unidos), pero apareció un nuevo actor más definido y más ligado a la política concreta de ese momento desarrollada por el Estado norteamericano para la América Latina, y concretamente para Colombia, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP).

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP)

En desarrollo de la “política del Buen Vecino”, planteada por F. D. Roosevelt durante su largo mandato presidencial que cubre la segunda guerra, se diseñó y desarrolló un programa cooperativo en asuntos de salubridad y saneamiento entre el Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI) como entidad dependiente del Gobierno de Washington, y las otras 21 repúblicas americanas. El proyecto también buscaba bloquear cualquier clase de influencia del “enemigo” de ese momento en el subcontinente y, además, fortalecer –como siempre- los lazos ‘de amistad’. El gobierno colombiano, a través del embajador en Washington, solicitó las bases para la participación en este programa, para lo cual llegó al país Nelson Rockefeller – tradicionalmente ligado a las inversiones petroleras y de otra clase en América Latina-, el 24 de septiembre de 1942, quien era entonces el Coordinador de la Oficina de Relaciones Interamericanas del IAI. Pocos días después, el 17 de octubre arribó a Bogotá el jefe de la División de Salubridad y Saneamiento del IAI, el Brigadier General George C. Dunham, quien debía acordar con el ministro de

Trabajo, Higiene y Previsión Social de Colombia, Arcesio Londoño Palacio, la creación de un servicio especial de salubridad y saneamiento, dentro del Ministerio, que estaría bajo la dirección del médico jefe estadounidense de la Oficina del Coordinador. Luego de entrevistarse con el personal del Ministerio, redactó la propuesta de trabajo que contemplaba la creación de un servicio técnico especial dentro del Ministerio, el SCISP, que se financiaría con fondos del IAI y del Estado colombiano, salvo los salarios de los miembros de la misión que serían pagados directamente por el Instituto.

Aceptada la propuesta en todos sus términos por el ministro, se creó, bajo la Ley 36 de 1942 y el Decreto 41 de 1943, el SCISP (Londoño Palacio, 1943: 347-55). Este organismo tenía autonomía administrativa, pero se consideraba como dependiente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Eslava, 2002: 51). Llegó a concentrar la más alta inversión en higiene y salubridad en el país, mediante un aporte de un millón de dólares y de un peso colombiano por cada dólar por parte del gobierno colombiano (Hernández, 2000: 192). Para el salubrista Guillermo Restrepo Chavarriaga, el SCISP “montó en el Ministerio de Salud Pública una estructura vertical, dirigida y administrada por técnicos norteamericanos con la colaboración de colombianos que se iban formando para este fin y llegó a constituir un Ministerio rico y ágil y de orientación extranjera dentro de otro pobre, con una estructura incipiente, el cual rompió la orientación de atención integral de la fase anterior, por la separación rotunda entre los aspectos preventivos a cargo de subsector oficial y las curativas bajo la responsabilidad de la caridad” (Restrepo y Villa, 1980: 85). Si bien la OSP impulsaba una estrategia de integración de servicios, la experiencia de los Estados Unidos hacía que el Servicio se orientara en la dirección contraria. De hecho, la separación entre higiene, asistencia pública, beneficencia y la incipiente seguridad social, se profundizó en los años cuarenta. Aunque no podría atribuirse este resultado a la intervención del Servicio, su participación vino a profundizar la idea de los higienistas de separar los asuntos de la higiene, de fundamento técnico, de otros como los laborales, de fundamento político (Hernández, 2000: 190-193).

El convenio presentado por Dunham proponía las siguientes obras: a) saneamiento de puertos e inclusive medidas para el dominio del paludismo en Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Buenaventura, Tumaco, Bahía Solano, y otras que se acordaran con el ministerio; b) medidas para el dominio de enfermedades endémicas como richettsiasis, bartonellosis, paludismo, fiebre recurrente y otras; c) establecimiento de centros de higiene; d) mejoramiento de la nutrición; e) preparación de personal colombiano en salubridad, ingeniería sanitaria, enfermería y administración de hospitales, entre otros. Como se ve, el Servicio integraba los aspectos que desde 1908 en adelante se venían contemplando en la incipiente cooperación del Estado colombiano con la OSI/OSP. Los centros de higiene del litoral Atlántico, por estar destinados primordialmente para la campaña antipalúdica, fueron tomados bajo control del SCISP, el cual también asumió los trabajos contra el pian en las costas del Pacífico (Londoño Palacio, 1943: 354-9). Para 1949, los cinco campos en que había trabajado con mayor intensidad el SCISP eran los de ingeniería sanitaria (dentro del cual se incluía el proyecto de construcción de la Escuela Nacional de Enfermeras), centros modelos de higiene, nutrición, malariología y educación sanitaria (Cavelier, 1949: tomo I, 20).

El SCISP también trabajó en la formación del personal médico y de salud en el país durante el tiempo que duró su presencia en el mismo, y este trabajo ilustra sobre esa mezcla –esas “ambigüedades”-, de jurisdicciones, funciones y fines que caracterizó la cooperación internacional por esta época, al menos desde el lado de los socios externos. En 1940, el Congreso de los E.U. aprobó dinero para que la OSP diera 22 becas para estudiantes, entre ellas tres a Colombia. La Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, por su parte, concedió 43 becas también a través de la OSP, clasificadas en tres categorías: salud pública, medicina y ciencias relacionadas. La OSP, además, administró becas del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, del Departamento de Estado y hasta del Commonwealth Fund. De las becas que la OSP distribuyó entre junio de 1939 y junio de 1943, 11 le correspondieron a Colombia. Estas se daban para graduados en medicina, salud pública, ingeniería sanitaria y enfermería, bajo la forma de

cursos académicos, residencias, entrenamiento de campo, y pasantías para estudios especiales. Los estudios especializados abarcaban campos desde la bacteriología y la cardiología hasta entomología, higiene industrial, cirugía dental, pediatría, radiología, urología, ingeniería sanitaria, estadísticas vitales. Se estableció un ambicioso programa para dar asistencia a estudios en enfermería y mejoramiento de los servicios de enfermería, a finales de 1942, en cooperación con las autoridades nacionales de salud y la FR, el IAI, y la Oficina de Niños de los E.U. Dentro de este programa —que se constituyó en elemento importante de la cooperación por estos años— llegaron a Colombia las enfermeras Helen Howitt y Johanna Schwarte (Londoño Palacio, 1943: 371-3).

Desde 1920, por la Ley 39 se había dispuesto la creación de una Escuela de Enfermeras en la Facultad de Medicina, cuyos decretos organizativos y reglamentarios (Decretos 995 y 1345) sólo se expidieron en 1924, de tal forma que dicha escuela comenzó a funcionar en abril de 1925, con 21 alumnas. El director de la Escuela fue el entonces rector de la Facultad de Medicina, Roberto Franco; el secretario fue Rafael Barberi y como profesores estuvieron Luis Zambrano Medina, Luis Piñeros Suárez, José Gregorio Franco y Rafael Barberi (Vernaza, 1925: lxxix-v). Ya en 1930 informaba García Medina sobre la organización de una Escuela de Enfermeras Visitadoras por iniciativa de la Dirección Nacional de Higiene, con la cooperación de José María Montoya y de dos enfermeras norteamericanas, cuyos servicios contrató la Dirección por conducto de la FR (García Medina, 1931: 57). En 1932 continuaba funcionando esta Escuela, regida entonces por José María Montoya, y como profesores contaba con Julio Manrique, Jorge Bejarano y Ramón Atalaya (Villa Alvarez, 1932: 131).

Ya en el marco del SCISP se logró, con cooperación de este servicio, de la FR y de la OSP, la fundación de la Escuela Superior de Enfermería, bajo la vigilancia de la Universidad Nacional, por decreto 466 de 1943 y contando para su funcionamiento con los servicios del Hospital San José. Estas instituciones colaborarían en su financiación durante los primeros cinco años. La OSP envió como directoras de la

Escuela a las enfermeras Howitt y Schwarte mencionadas atrás, a quienes este organismo pagaba su salario. El presupuesto para los primeros cinco años era de \$ 817.000 pesos (Londoño Palacio, 1943: 371-3). La Escuela inició trabajos el 13 de marzo de 1944, graduando su primer grupo de enfermeras generales el 19 de febrero de 1947 (Cruz, 1947: 52). Con el SCISP se acordó la construcción de la Escuela Nacional de Enfermería (Proyecto número 52) en un lote de la Ciudad Universitaria, cedido por la Universidad Nacional⁶ a la Nación, y para 1946 se habían construido tres pabellones para ello (Cruz, 1947: 92). El 27 de agosto de 1949 fue inaugurado el edificio, constituyéndose en la construcción de mayores proporciones acometida por el SCISP. La Escuela tenía una capacidad para 150 estudiantes con dormitorios, aulas, cocina, comedor y lavandería (Cavelier, 1949: tomo II, 90).

El Ministerio de Higiene y la Estadística

En 1946, por la Ley 27 de ese año, se creó el Ministerio de Higiene, separando los asuntos de la higiene y la asistencia pública, de los laborales y de la seguridad social, los cuales quedaron a cargo del Ministerio del Trabajo. Cuando se expidió esta Ley, tenía cuatro meses de instalado el gobierno de Mariano Ospina Pérez; pero los artífices eran los higienistas cuya mayoría estaba en el lado del liberalismo y tenía a Jorge Bejarano como uno de sus representantes más activos. El trabajo previo a la creación de esta nueva instancia se había adelantado bajo el gobierno de Eduardo Santos y de alguna manera recogía los propósitos de las conferencias panamericanas y de la OSP de contar con una instancia estatal independiente y específica, que se venían expresando desde Lima (1927) y se habían ratificado en Bogotá (1938). Visto desde la distancia, de lo que parecía ser una realización para integrar los servicios de salud resultó la consolidación legalizada de la “fractura originaria” de esos servicios (Hernández, 2000: 234-237). Pero, para los propósitos

⁶ La Universidad Nacional fue objeto de una profunda reforma durante el primer gobierno de Alfonso López Pumarejo (1934-1938), dotándosele de un *campus* amplio y de moderno diseño, así como de nuevas carreras – diferentes a las tradicionales de medicina, derecho e ingeniería-, que respondían las necesidades del desarrollo nacional y a la complejidad y diversificación de los saberes y técnicas de la época.

de la cooperación en salud, ésta instancia parecía ser más adecuada que las anteriores estructuras.

La estadística vital se venía desarrollando en Colombia desde los años treinta, no sólo en el tema de la declaración obligatoria de enfermedades, sino también, y de manera más estructural, alrededor de los servicios de protección materna e infantil. Desde 1931 se había creado la Sección de Protección Infantil en el Departamento Nacional de Higiene, que en 1938 pasó a ser el Departamento de Protección Infantil y Materna del Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social. Este Departamento fue muy activo en la recopilación de información y el seguimiento de los indicadores demográficos y de morbilidad materna e infantil. Asimismo, el Departamento fue un decidido impulsor de la integración de los servicios de control de enfermedades con los de atención materna e infantil, en el marco del proyecto eugenésico de mejoramiento de la raza, todavía poco cuestionado en medio de la guerra. Precisamente por este criterio, el gobierno colombiano adhirió en 1942 al Instituto Internacional Americano de Protección de la Infancia, ubicado en Uruguay, con apoyo de la Unión Americana y de la OSP (Pedraza, 1942: 10-1).

Antes de la creación del Ministerio de Higiene, por decreto 3181 de diciembre de 1945, previa autorización de la Contraloría General de la República, se había creado la Oficina Nacional de Bioestadística, como dependencia técnica de la instancia rectora de la Higiene, con el fin de orientar las políticas de higiene y salud con base en datos confiables y técnicamente recolectados. Fue Jorge Bejarano, Director del Departamento Nacional de Salubridad Pública –ente autónomo establecido durante el segundo gobierno de López por Decreto presidencial 1375 de 1945 (Hernández, 2000: 193)- quien solicitó a la OSP el envío de un técnico para que organizara este servicio.

La OSP, por medio del Departamento de Estado de Estados Unidos, consiguió de la Oficina de Censos de Washington el envío de Albert Balley como Asesor Técnico, quien presentó un plan orgánico al Departamento Nacional de Salubridad. Los

pormenores del plan acordado fueron los siguientes: el jefe de la oficina de Bioestadística y el Asesor Técnico se entrevistarían con los Directores Departamentales de Salubridad, oficiales de estadísticas, hospitales y centros de higiene, para discutir, entre otros asuntos, las fases del programa y los formularios; luego la Oficina iniciaría sus funciones enviando los formularios aprobados por el Director Nacional de Salubridad. La meta primordial del nuevo programa era la implantación de la declaración obligatoria, por parte de los médicos, de las enfermedades transmisibles, que hasta el momento no se había llevado a efecto en Colombia, no obstante existir leyes y debates sobre el particular, como se vio atrás. El programa también abría la puerta a la inclusión de las estadísticas vitales (embarazos, nacimientos, defunciones, matrimonios). Con este plan, en los primeros meses de 1947, el Jefe de la Oficina y el Asesor Técnico visitaron los Centros de Higiene, se entrevistaron con las entidades oficiales sanitarias en las capitales de los Departamentos y con el cuerpo médico, y dictaron conferencias explicando las finalidades de la Oficina. Éste era el primer plan técnico que se hacía en el país en este sentido. Se enviaron formularios y listas de enfermedades de declaración obligatoria, pero el jefe de la División Técnica de Bioestadística, Julio Londoño, señalaba todavía la falta de cooperación de algunos médicos particulares en la notificación de dichas enfermedades (Londoño, 1947: 28-9).

Con la organización del Ministerio de Higiene, en enero de 1947 -a cuya cabeza estuvo Jorge Bejarano-, la Oficina Nacional de Bioestadística había sido reemplazada por la División Técnica de Bioestadística, que tenía como funciones organizar la estadística nacional en todo lo relacionado con la salubridad pública, el envío de informes a los organismos internacionales de salubridad y estadística a que estuviera obligado el país por tratados y convenios, además de recolectar y acumular los datos relacionados con la salubridad en coordinación con la Dirección Nacional de Estadística de la Contraloría General de la República. La División de Bioestadística también debía hacer una campaña efectiva entre el clero, el cuerpo médico, los hospitales, las clínicas, las enfermeras y parteras, para que se llevara a cabo la denuncia obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas, la información

sobre embarazos y nacimientos, y el registro de la estadística de las actividades de higiene en los departamentos, municipios, intendencias y comisarías (Londoño, 1947: 30).

Un logro importante de este periodo fue la creación de la carrera pública de higienista que se asumió como “la función técnica sanitaria nacional, desempeñada por profesionales de la medicina, la ingeniería sanitaria, la odontología y la veterinaria” (Colombia, República de, 1947). Quizás, ello contribuyó a que mejorase la notificación telegráfica semanal de las enfermedades transmisibles, sirviendo así a la División Técnica de Enfermedades Comunicables para prever el desarrollo de una posible epidemia. Según Londoño, los resultados no podían ser inmediatos, pues para calcular la posible epidemia de una enfermedad determinada en el futuro próximo debía tenerse, por lo menos, el cuadro de las semanas epidemiológicas de la República en un lapso de seis años. Las curvas epidemiológicas ayudarían así a determinar la proporción, condiciones y localización de una epidemia para el año siguiente, con aproximación de días, siendo el objetivo principal de la oficina suministrar esta información. Mientras que la oficina de la Contraloría ofrecía datos demográficos de años ya pasados, esta oficina pretendió mantener datos actualizados sobre mortalidad y natalidad recibiendo telegramas semanales de alcaldes, corregidores e inspectores de policía, a los cuales también se les pidió el envío de datos sobre las causas de muerte, a pesar de que no todos los municipios contarán con un médico (Londoño, 1947: 31-2). Esta oficina también cumplía con los compromisos internacionales enviando los datos requeridos a la OSP de Washington, a otras repúblicas y a la ya creada Organización Mundial de la Salud (OMS), “centros de cálculo” fundamentales para el control continental y planetario.

Autonomía de la OSP en el concierto mundial

La derrota del fascismo en la Segunda Guerra Mundial se tradujo en un pacto mundial que tendría consecuencias duraderas. El pacto consistió en la creación de la ONU en la reunión de San Francisco en 1945 y se apoyaba en ciertas

convicciones comunes, a pesar de las fuertes diferencias ideológicas de los triunfadores. Como afirma Hobsbawm,

Tanto el capitalismo constitucional occidental como los sistemas comunistas y el tercer mundo defendían la igualdad de derechos para toda las razas y para ambos sexos [...] Todos eran estados laicos y a partir de 1945 todos rechazaban deliberada y activamente la supremacía del mercado y eran partidarios de la gestión y la planificación de la economía por el estado (Hobsbawm, 1996: 180-1).

Históricamente, debe considerarse éste como un punto de llegada y uno de partida al mismo tiempo. La expansión de los estados nacionales se inició con la crisis del capitalismo mundial de las primeras décadas del siglo XX, que se manifestó, en toda su expresión, con la Gran Depresión de los años 1929 a 1933. La crisis mostraba la imposibilidad de sostener el libre mercado mundial basado en los principios liberales que sostuvieron el imperio inglés del siglo XIX, en especial, el patrón oro, el libre cambio de los factores de producción y el carácter central del sector financiero (Polanyi, 1997 [1947]). La Gran Guerra (1914-1918) fue también la expresión europea de inconformidad con el imperio inglés y la recomposición de las relaciones entre poderes internacionales que ya no resistirían más este tipo de dominación mundial. El período entre guerras se convirtió en una permanente tensión política y económica, dada por la presencia progresiva de las tres grandes corrientes ideológicas de occidente: el liberalismo capitalista, el nacional—socialismo y el socialismo comunista (Hobsbawm, 1996: cap. IV y V). Entre ellas, fue creciendo un liberalismo reformista que aceptaba la necesidad de la intervención estatal en los mercados y en las economías. Este reformismo se expresó en diferentes modelos, más o menos liderados por los nuevos sectores sociales representados en los trabajadores sindicalizados. El máximo de intervención estatal en el mundo capitalista se produjo en medio de los pactos entre grandes propietarios, trabajadores organizados y sectores medios en lo que se denominó social—democracia (De Swaan, 1992 [1988]), llevada al máximo en los países

nórdicos, pero adoptada en toda Europa para desarrollar distintos tipos de Estado de Bienestar, como lo muestra Esping-Andersen (1990).

Si el pacto implicaba la ampliación de los derechos y de la ciudadanía (Hanagan, 1999), la salud no podría ser excluida. Como derecho quedaría incluida la salud en la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1948 y en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada por la Novena Conferencia Internacional Americana, reunida en Bogotá el mismo año (Hernández, 1992: 134). La expansión de los derechos constituía, entonces, un cierto clima internacional. De allí que los delegados de Brasil y de China a la Conferencia de las Naciones Unidas de 1945 propusieran convocar una conferencia regional para establecer una organización internacional de salud, en el nuevo marco de relaciones que se estaba definiendo. Para tal fin, una reunión de expertos y de representantes de los organismos existentes tuvo lugar en marzo—abril de 1946 en París. A esta reunión asistieron el Director, Hugh S. Cumming, y el Secretario, Aristides Moll, como representantes de la OSP, quienes presentaron la propuesta de conservar las organizaciones existentes como oficinas regionales de salud de las Naciones Unidas, y no entrar en un proceso de fusión que obligara a su desaparición. Sin embargo, la mayoría de los asistentes planteaba la necesidad de fundir las organizaciones existentes, como de hecho se recomendó para l'Office International d'Hygiène Publique, la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y la División de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas, para crear la OMS (OPS, 1992: 397).

Esto generó un intenso debate en la Conferencia Internacional de constitución de la OMS a mediados de 1946. Como opción intermedia, la Conferencia decidió incluir en el Artículo 54 de la constitución de la nueva organización que “la integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresada por medio de las organizaciones interesadas” (OPS, 1992: 398). Dentro de este clima de redefinición

se realizó la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, en Caracas, en enero de 1947. La XI había tenido lugar en Rio de Janeiro, en septiembre de 1942, y la XIII se realizaría en Ciudad Trujillo (hoy Santo Domingo, República Dominicana) en 1950. En Caracas se hizo evidente que no se quería que la organización sanitaria de las Américas fuera absorbida por la organización mundial, ni que fuese eliminada, y se decidió “consolidar la identidad separada de la Oficina, reorganizándola como Organización Sanitaria Panamericana” (OSPA),⁷ con cuatro órganos: a) Conferencia Sanitaria Panamericana, órgano rector supremo de la organización; b) Consejo Directivo, constituido por un representante de cada uno de los gobiernos miembros; c) Comité Ejecutivo, con siete representantes elegidos por el Consejo Directivo prestando servicio por mandatos escalonados de tres años; y d) Oficina Sanitaria Panamericana, con el Director y su personal cuyo fin era llevar a cabo el nuevo programa de los aspectos médicos y sanitarios de la “medicina preventiva, atención médica y asistencia social” (OPS, 1992: 398).

De hecho, los temas de la Conferencia mostraban una gran actividad de la OSP. En esa ocasión se discutieron aspectos de la organización de los servicios nacionales de salud, relaciones entre salud pública y seguridad social, zoonosis transmisibles al hombre, control de la malaria, regulación de alimentos y drogas, epidemiología de la tuberculosis y sus campañas, problemas de la postguerra en relación con la migración, reportes de fiebre reumática y programas de cooperación de salud pública. El objetivo de la OSPA fue dar a los gobiernos miembros un control más directo y activo sobre la política y los programas de la OSP y desarrollar una organización que, de todas maneras, pudiera relacionarse con la OMS. Para el cargo de Director de la OSP, se eligió por unanimidad a Fred L. Soper, quien se había destacado como pionero de la FR en las luchas contra la fiebre amarilla y la malaria, un indicio más de la simbiosis existente entre la FR y la OSP en su primera etapa. De hecho, durante el año de 1947, la FR pagó el sueldo de Soper y

⁷ Usamos la sigla OSPA para referirnos a la Organización Sanitaria Panamericana y diferenciarla de la OSP que se refiere a la Oficina Sanitaria Panamericana, tal como lo hacen los informes de la OPS. Ver por ejemplo, (OSP, 1958).

Cumming continuó como director honorario. La nueva OSPA comenzó a funcionar en abril de 1947, cuando se reunió por primera vez su Comité Ejecutivo en Washington (Bustamante, 1955: 45-48; OSP, 1992: 404).

Soper, consciente de la necesidad de mostrar la autonomía de la OSP/OSPA en la negociación con la OMS, decidió acudir a los gobiernos y a los antiguos aliados de la sanidad de las Américas, para fortalecer la capacidad económica de la remozada organización. De los \$85.000 dólares con que contaba el fondo en 1947, pasó a un presupuesto aprobado para 1948 de \$1'300.000 dólares. Con los bolsillos llenos, Soper declaró a la Primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948 que "la OSP tenía un presupuesto y un programa que no podían integrarse en el presupuesto relativamente limitado que se aprobó para la OMS" (OPS, 1992: 400). En estas condiciones, el 24 de mayo de 1949, el Director General de la OMS, el doctor Brock Chisholm, y el director de la OSP, el doctor Soper, firmaron un acuerdo mediante el cual la OSP sería considerada Oficina Regional de la OMS para las Américas, conservando su autonomía e identidad institucional. Todas las instancias de la OSP vendrían a ser instancias regionales de sus similares en la OMS. El acuerdo se aprobó el 30 de junio y comenzó a operar a partir del 1º de julio del mismo año. En 1950, la OSPA obtuvo su reconocimiento como organismo interamericano especializado, mediante acuerdo suscrito con la OEA (OPS, 1992: 401). Se consolidaba así una entidad internacional que ya no tendría que depender de los recursos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Durante la Segunda Guerra Mundial, el presupuesto de la OSP era de \$600.000 dólares, gracias a los \$485.000 aportados por el Servicio, pues los aportes nacionales sólo alcanzaban a \$115.000. Pero el Servicio decidió retirar sus aportes en 1947, y esto significó que el presupuesto no alcanzaba a ser cubierto por los aportes nacionales. Esta situación, junto con la búsqueda de autonomía, abrió una nueva etapa para la organización que vendría a expresarse también en la relación con la sociedad y el estado colombianos.

Capítulo 4: Entre la erradicación de enfermedades y la integración de servicios, 1951-1960

A comienzos del decenio de los cincuenta, el país vivía una crítica situación de violencia y se gestaba un golpe militar que lo separaría por cuatro años, 1953-57, de la democracia formal. Paradójicamente, los cambios efectuados en la infraestructura productiva y de comunicaciones, así como en la creación de instrumentos legales e institucionales para el desarrollo económico —adecuación de un proyecto capitalista dependiente— habrían de permitir un flujo más sostenido de la cooperación internacional en todos los campos, incluido el de la higiene y la salud. La creación de la OMS como organización sanitaria ligada a las Naciones Unidas, además de la reorganización y redefinición de la OSP como OSPA a partir de 1947, aclararían formas y mecanismos de cooperación entre sus miembros, con una apertura más simétrica entre los centros del poder y los subalternos. A ello contribuía la presencia de los países socialistas en la escena internacional y en los organismos internacionales, como contrapartida a la unipolaridad del poder que tradicionalmente había dominado toda la primera mitad del siglo XX. También en el campo de la higiene y la salud se dio este replanteamiento de las correlaciones de fuerza, en el marco de creciente tensión de la “guerra fría”, dentro de la cual se inscribiría por décadas la nueva situación de bipolaridad. En 1958, la XV CSP celebrada en San Juan, Puerto Rico, cambió el nombre de la “Organización Sanitaria Panamericana” (OSPA) por el de “Organización Panamericana de la Salud” (OPS), con el cual se conoce hasta hoy a la organización, y mantuvo a la OSP como organismo encargado de la ejecución de los servicios (OPS, 1959: 1). Este nombre reflejaba de manera más nítida su carácter amplio y sus funciones. De todas maneras, se creaba una nueva situación nacional e internacional que permitía unos niveles superiores de cooperación con los Estados latinoamericanos, entre ellos, el colombiano.

En este decenio de los cincuenta la OSPA/OPS, ya como organismo regional de la OMS, continuó sus esfuerzos para fortalecer los servicios nacionales de salud pública con la intención, cada vez más explícita, de superar la tendencia de llevar a cabo programas concretos fuera de estos servicios. De esta manera inició su intervención directa a través de proyectos piloto de administración en salud pública. Al mismo tiempo, trató de mantener un programa equilibrado dedicado a los que habían sido sus campos tradicionales de cooperación: el apoyo técnico a los servicios nacionales de salubridad, la educación y el adiestramiento de personal sanitario y el control de enfermedades transmisibles (OSP, 1958: 1-7).

Sin embargo, como Soper mismo señalaba, dado que el control de las enfermedades continuó siendo el punto primordial de contacto con los servicios nacionales de salud pública, la cooperación de la OSPA/OPS en las Américas durante este decenio estuvo dominada por la creación de programas que buscaban dicho objetivo bajo el esquema de servicios autónomos que se anexaron a la burocracia sanitaria de los países miembros. En el caso colombiano, esto se evidenció en la creación del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) en 1956 y en el hecho de que, hacia 1957, cuatro de los cinco proyectos de cooperación de la OSP/OSPA en Colombia, iniciados en 1950, se relacionaban con la erradicación de enfermedades. Sólo un proyecto abordó el campo de la administración de los servicios de salud pública en cooperación con UNICEF (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para el Socorro de la Infancia), en virtud del cual se creó la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud en 1956. Éste fue el “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Pública en Colombia”, que se inició en 1951 (OSP, 1958: 232). Como director del Comité de Planeamiento de dicha Oficina fue nombrado el Coordinador del Programa OMS/OSPA, el peruano Mario León Ugarte, quien a partir 1951 se convirtió en el primer funcionario permanente de la organización en Colombia (Llinás, 1958: 25; Mejía, 2002a). La formalización de esta relación tardó un poco, ya que el convenio básico que hasta hoy regula las relaciones entre el gobierno colombiano y la OSP/OSPA se firmó cuatro años más tarde, el 7 de diciembre de 1954 (OPS, ca.2001: 6). No obstante, el periodo

comprendido entre 1951 y 1960 se debatió entre un fuerte resurgimiento de la práctica de la erradicación de enfermedades transmisibles, o de vectores, y la idea de que era preciso integrar este tipo de acciones a los servicios locales de salud. A pesar de algunos esfuerzos, predominaron los programas de erradicación, a los cuales se asignaron cuantiosos recursos materiales y humanos. El dilema entre erradicación e integración no se resolvería sino hasta el periodo siguiente.

Viruela, tuberculosis y lepra: entre el optimismo y la cautela

En el marco de la nueva red internacional de organismos de cooperación en salud y dada la existencia de una vacuna contra la viruela desde el siglo XVIII, parecía lógico aspirar a la erradicación planetaria de esta enfermedad. Colombia no fue ajena a esta aspiración: en 1955 su gobierno firmó un convenio con la OSP y UNICEF con el fin de desarrollar una campaña para la erradicación de la viruela en el territorio nacional, teniendo como meta la inmunización de por lo menos el 80% de la población contra esta enfermedad, porcentaje considerado como el mínimo necesario para conseguir una protección duradera e impedir rebrotes. Esta labor debía realizarse, según el acuerdo, en un lapso “no mayor de cinco años” (Colombia MSP, 1960, 1).

La primera campaña se llevó a cabo entre 1955 y 1961. Para ello se adiestró al personal necesario en técnicas de vacunación y se equipó un laboratorio de producción de vacuna “desecada” en el Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez (Colombia MSP, 1960, 2). Esta campaña se propuso como meta principal el cubrimiento del 93% de la población del país (Calderón Molano, 1971, 1), nivel de cobertura que pretendía lograrse mediante la incorporación de la vacunación a las actividades de los servicios locales de salud. La vinculación con los servicios de salud desde el comienzo, distinguió esta campaña de otras, por ejemplo, de la campaña de erradicación de la malaria, como se verá. Sin embargo, los niveles de cobertura estuvieron muy por debajo del 93% y a ello se atribuyó la persistencia de casos de viruela entre 1962 y 1966, dato estadístico que se consideró

suficientemente indicativo como para que el Ministerio de Salud emprendiera una nueva campaña de vacunación masiva entre 1967 y, por lo menos, 1971. Esta enfermedad se declaró “erradicada” del país gracias a estas dos campañas sucesivas, así como al seguimiento epidemiológico por parte de las entidades de salud. El contexto optimista del discurso de erradicación mundial de la viruela, quizás, jugó también un papel en esa declaratoria. Con todo, se mantuvo el proyecto de cooperación entre el Estado colombiano y la OSP algunos años más, manteniendo actividades como la producción de vacuna y la concesión de becas para observación de programas antivariólicos en otros países (OPS, 1970, v. 2, Col 8- Col 11).⁸

Con la tuberculosis había que ser más cautos. Por ello sólo se propuso y se realizó una “gran cruzada de vacunación en masa”, con participación de UNICEF, que se extendió del 20 de septiembre de 1954 al 31 de diciembre de 1956. Con el fin de cuantificar la incidencia de la tuberculosis en el país, se efectuaron 4.751.882 pruebas de tuberculina. Esta cruzada cubrió, según el Ministerio de Salud, el 30,1% de la población nacional, y permitió efectuar simultáneamente 2.767.285 vacunaciones antituberculosas (Colombia MSP, 1960a, 1). La campaña de vacunación antituberculosa continuó tras el fin de la “gran cruzada”, aunque con una intensidad mucho menor. Sin embargo, en 1960 el Ministerio de Salud consideraba que la incidencia de la tuberculosis —aunque no se tenía en ese momento el registro estadístico definitivo— constituía un serio problema para la nación en términos de morbilidad, mortalidad y pérdidas económicas, las que ascendían anualmente a más de 286 millones de pesos (Colombia MSP, 1960a, 3-4). La lucha contra la tuberculosis, reglamentada por la ley 27 del 22 de noviembre de 1947, presentaba serios problemas por la escasez del presupuesto asignado y por la incapacidad del programa para cubrir la mayor parte el territorio nacional (Ocampo Londoño, 1960, 225).

⁸ Se mantiene la paginación original del documento: Col 1 corresponde a página 1, y así sucesivamente.

El caso de la lepra exigía aún más cautela, debido al desconocimiento absoluto del modo de transmisión del bacilo. La síntesis de las sulfonas y su aplicación exitosa en pacientes de lepra generó esperanzas en cuanto a las posibilidades de curación de la enfermedad. En los años cincuenta, la OSP se involucró en el trabajo del control de la lepra en Colombia, con lo cual se rompió una tradición en el terreno de la cooperación internacional en salud, ya que la FR jamás quiso involucrarse con una enfermedad a la que los médicos colombianos otorgaban tanta importancia y sobre la cual se sabía muy poco (Obregón Torres, 2002: 353-356).

En 1950, la OMS/OSP envió a Colombia su primer consultor en lepra, el brasileño Lauro de Souza Lima, para asesorar al gobierno (Leyva, 1952: 151). Dada la tradición de investigación brasileña en lepra, la OSP organizó en 1958 un seminario sobre el tema en Belo Horizonte (Brasil), al cual asistieron funcionarios colombianos involucrados en los organismos de control de la enfermedad (OSP, 1959: 469). Un tema fundamental era la necesidad de modificar las ideas tradicionales que se tenían sobre esta enfermedad integrando la campaña antileprosa a los servicios de salud. En este seminario se ratificaron conceptos que ya algunos médicos colombianos habían expresado, a saber: que era preciso acabar con el aislamiento obligatorio, que había existido en el país desde 1905, y que era indispensable acabar con los preventorios donde se aislaba a los hijos de enfermos de lepra (Floch, 1959: 516-20).

Éstas fueron las ideas propuestas al gobierno colombiano por Nelson de Souza Campos, el leprólogo brasileño que llegó en 1958 como asesor técnico para la campaña antileprosa y que fue luego reemplazado por Celio de Paula Motta. Las recomendaciones de Souza Campos, que coincidían con las conclusiones del seminario de Belo Horizonte, insistían en la necesidad de convertir los dispensarios dermatológicos en entidades técnicas que asumieran la mayor parte de las actividades de la lucha antileprosa. Además, este esquema era más económico: comparados con los lazaretos, los dispensarios atendían una cantidad levemente

superior de enfermos a un costo anual de la sexta parte, aproximadamente (Plata Guarnizo, 1960: 2-5).

La presencia de asesores de OMS/OSP en estos temas confería mayor legitimidad a una propuesta que venía gestándose desde antes: la ley por medio de la cual se eliminó en Colombia el aislamiento obligatorio, que fue expedida finalmente en 1961 (Obregón Torres, 2002: 360-3). Con todo, no era la lepra el principal interés de la OSP. Luis Plata Guarnizo, de la División de Lepra del Ministerio de Salud Pública, lamentaba en 1960 la inferioridad y la pobreza de la campaña contra la lepra, que carecía de su propio transporte, en comparación con todas las demás campañas especializadas del Ministerio (Plata Guarnizo, 1960: 9). Se refería sin duda a las campañas contra la fiebre amarilla y la malaria, objetos privilegiados de la acción de la OSP en este periodo.

El retorno de la erradicación

Desde 1950, la estrategia de la OSP frente a las enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla y la malaria se centró en la erradicación del vector y, por tanto, de la enfermedad. El arma con la cual se enfrentaron al vector fue el insecticida de acción residual DDT (dicloro-dofenil-tricloroetano), que fue inicialmente utilizado como pediculicida contra una epidemia de tifus en Nápoles entre 1943 y 1944. Esta campaña que se llevó a cabo en plena guerra mundial, y en la que trabajó Soper, fue realizada por la Comisión de Control de los Aliados con la cooperación del grupo de tifus de la FR. El DDT fue luego aplicado para combatir allí mismo el *Anopheles labranchiae*, en vista de que las medidas de aplicación de larvicidas resultaban peligrosas porque los ejércitos aliados se encontraron con áreas considerablemente inundadas y minadas por el ejército alemán al batirse en retirada. A partir de allí se extendió su uso a otras zonas como el delta del Tíber y otras zonas de Italia. Desde 1945 se inició el uso comercial del DDT en los Estados Unidos para proteger a las tropas de malaria, tifo y otras enfermedades. En ese mismo año se empezó a utilizar en Venezuela y México (Franco, 1990: 128-131).

En consecuencia, desde 1947 la OSP recomendó a todos los países miembros el empleo de DDT para el rociamiento de las casas en las zonas afectadas, como parte de las campañas que entonces se adelantaban bajo la idea del control de la infestación. La OMS/OSP asumió el papel de orientadora, coordinadora y unificadora de métodos, objetivos y estructuras operativas para dichas campañas y para su posterior transformación en campañas de erradicación (Franco, 1990: 160). En 1949, UNICEF convino en cooperar con la OSP en una campaña encaminada a erradicar los vectores de la fiebre amarilla urbana y del paludismo en la zona del Caribe. En Colombia, la OSP comenzó a cooperar directamente en la erradicación del *Aedes aegypti* desde 1950, cooperación que se consolidaría con la participación de UNICEF a través del “Programa de control de insectos del Caribe” a partir de 1952. En este caso, el objetivo era incorporar en un mismo plan la erradicación del *Aedes aegypti* en todo el territorio nacional y el control de la malaria en el área del Caribe, usando el DDT (Colombia MSP, 1961: 2). Aunque, en este caso las dos campañas formaron parte de un mismo proyecto, en otras áreas se manejaron en forma separada, como se verá.

El contexto político en el cual se llevaron a cabo estas campañas de erradicación, tanto en los años cincuenta como en los sesenta, fue el de una guerra interna, que se ha llamado la “Violencia” –así con mayúscula— que se alimentó de profundas causas sociales y económicas que entonces, como ahora, no se quisieron reconocer ni atacar. En ella jugaron un papel de instigación y promoción los partidos liberal y conservador, desde el Estado y desde fuera de éste. El gobierno militar de Rojas Pinilla (1953-1957) coadyuvó a la llamada “pacificación”, con la marca autoritaria que da la usurpación y el control del poder por un grupo castrense apoyado por importantes sectores de las clases asentadas en el control de la economía y la “opinión pública”. En este proceso de pacificación los partidos tradicionales abandonaron a los guerrilleros liberales que habían sido en buena parte su creación y se retiraron a forjar un pacto que se llamó Frente Nacional, que ha impedido, hasta hoy en día, la posibilidad de una tercera opción política. Algunos de los dirigentes que depusieron las armas fueron asesinados en las ciudades y

otros dieron origen a algunos de los movimientos insurgentes que fueron creciendo alimentados por la exclusión económica y socio—política de los gobiernos sucesivos. Como se verá en los capítulos siguientes, la alteración del “orden público” durante las posteriores exacerbaciones del conflicto interno, afectó el desarrollo de algunos proyectos de cooperación de la OSP y el Estado Colombiano, en particular la campaña de erradicación de la malaria. La alteración del “orden público” fue considerada por los funcionarios del SEM como uno de los factores del “comportamiento humano” que habrían impedido el éxito de la misma.

Programa de erradicación del *Aedes aegypti*

En el decenio de 1950, la OSP llenó el vacío que había dejado la FR como líder de las políticas y acciones de control y erradicación de la fiebre amarilla en América Latina. La diferencia con las primeras campañas, las de los años veinte, radicaba en que ya no se buscaba la erradicación de la enfermedad (objetivo que se basaba en la teoría de los centros claves) sino de su vector urbano. Soper, antiguo funcionario de la FR, dirigía la OSP desde 1947 y fue reelegido como director de la misma en las Conferencias Panamericanas de 1950 y 1954. Desde el cargo de director fortaleció, entre 1947 y 1958, los programas de erradicación, tanto así que este periodo ha sido denominado el del “llamamiento regional a las armas”, en alusión a la situación de guerra “caliente” y guerra “fría” que vivía el mundo y por el espíritu un tanto militar que animaba esos programas, en cuya promoción eran frecuentes las metáforas de combate bélico (OPS, 1992: 396)

En la primera reunión anual del Consejo Directivo de la OSP en 1947 se había acordado erradicar de la región el vector urbano de la fiebre amarilla, el *Aedes aegypti*. Esta propuesta había surgido del Brasil cuando, luego de haber liberado del mosquito de la fiebre amarilla la mayor parte de su territorio, se consideró que existía el peligro de reinfestación procedente de los países vecinos. Por primera vez, los países de las Américas se comprometieron a actuar concertadamente para la solución de un problema común. Así se retornó a una noción fortalecida de

erradicación, esta vez como compromiso de todas las naciones de una región. Era el primer reconocimiento oficial de que los países infestados tenían la obligación de liberarse de la infestación o de la infección, no sólo para proteger a sus habitantes, sino también para proteger a los demás países (OSP, 1958: 11).

La erradicación presuponía la eliminación de las raíces de la infección, agentes y vectores, y la desaparición de algunas de las condiciones que permitían la existencia de la enfermedad. Para el caso de la fiebre amarilla, este programa incluía tres partes: a) erradicación del vector urbano de la enfermedad, con contención del virus en los bosques infectados para proteger a la población urbana; b) vacunación de la población expuesta con vacuna antiamarilica 17D para protegerla contra la forma selvática de la enfermedad, cuyo virus no podía ser erradicado de su reservorio extrahumano en la selva; y c) investigación epidemiológica de la forma selvática de la enfermedad (OSP, 1958: 28).

En Colombia, desde 1944 y como un homenaje al científico cubano, se dio el nombre de Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay (ICF) a la sección del Ministerio de Salud que, con apoyo de la FR, realizaba investigaciones sobre la fiebre amarilla. En 1949, un año después de vencido el contrato de la FR con el ICF, Soper visitó Colombia y sometió a consideración del gobierno un proyecto de contrato con la OSP, cuya síntesis era:

- Proseguir el programa de actividades del ICF, relacionado con la epidemiología y control de la fiebre amarilla, tifo exantemático y fiebre petequial que incluía: a) continuar el servicio de viscerotomía; b) producir, distribuir y aplicar la vacuna contra la fiebre amarilla; c) continuar y sostener campañas para la completa erradicación en Colombia del *Aedes aegypti*; y d) realizar estudios y actividades de control sobre el tifo exantemático y la fiebre petequial, con producción de vacunas.
- Colaborar con los países centroamericanos, Guyana Francesa, Británica y Holandesa, Panamá, México, Perú, Ecuador, Venezuela e Islas del Caribe en el

control de la fiebre amarilla, entregando vacunas y practicando pruebas de protección y exámenes histopatológicos del hígado.

- Proporcionar facilidades a la OSP para preparar personal de otros países y adelantar estudios relacionados con otras campañas de sanidad.

Por su parte la OSP, sufragando los gastos, facilitaría los servicios de miembros de su personal técnico experto en la erradicación del *Aedes* y en el control del tifo exantemático para la supervisión inicial de esas campañas, hasta que el grupo colombiano poseyera la preparación adecuada para hacerse cargo de las mismas (Roca García, 1950: 161). Según Hernando Groot (2002), Soper se interesó por el mantenimiento de la producción de vacuna de fiebre amarilla en el ICF y por la continuación de otros estudios, tales como la epidemiología de diversos arbovirus, de interés para los investigadores nacionales. Todo ello quedó plasmado en el convenio que se firmó el 16 de mayo de 1950, por medio del cual el gobierno colombiano y la OSP darían cumplimiento al programa de erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana. Entre julio de 1950 y agosto de 1951 el ICF funcionó en virtud de tal convenio (Carvajal Peralta, 1952: 139-140).

La campaña de erradicación del *Aedes aegypti* se inició, pues, en agosto de 1950 bajo la dirección del ICF y con el nombre de Servicio Antiaegypti. El convenio estipulaba que el gobierno apropiaría la suma de 125.000 pesos colombianos anuales para la campaña y que la OSP daría, por una sola vez, 100.000 pesos en vehículos, materiales de dedetización e insecticidas, además del personal técnico necesario. En cumplimiento de dicho convenio, la OSP envió a dos médicos y cuatro inspectores para el adiestramiento del personal colombiano. Hacia finales de 1951, luego de establecerse el servicio anti-aegypti en Barranquilla, uno de los médicos, Paulo Luiz Rouanet, y dos inspectores se retiraron del programa. La campaña pasó a ser administrada en 1952 por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), servicio que había sido creado desde 1942 en nuestro país con la ayuda del Instituto de Asuntos Interamericanos de los

E.U. con el fin de desarrollar diversos programas en salud pública. El SCISP asumió el control del programa en virtud de un nuevo convenio entre el gobierno colombiano, la OMS/OSP y la UNICEF firmado en 1952 y que incluía acciones no sólo para la erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana sino también para el control de la malaria. Este convenio fue la concreción en nuestro país del proyecto regional de OSP llamado “Control de Insectos del área del Caribe”. Del personal que quedaba de OSP trabajando en el programa, un inspector se retiró en 1953 y el segundo en 1958, quedando en forma permanente y hasta 1960 aproximadamente, el médico Vicente Musa (Colombia MSP, 1961: 2; Carvajal Peralta, 1952: 139-140; Rodríguez, 1958: 186). En 1957 el gobierno colombiano, la OMS/OSP y UNICEF firmaron un nuevo acuerdo mediante el cual, a partir del 31 de diciembre de 1959, la dirección de la lucha contra el *Aedes aegypti* pasaba de nuevo al ICF en Bogotá, en parte porque el SCISP, que lo tenía a su cargo desde 1952, dejaría de funcionar en 1960 (Colombia MSP, 1961: 2).

El Servicio Anti-aegypti contó, durante el tiempo de la campaña, con un equipo de cerca de 23 personas. Al comenzar dicha campaña, tomando el municipio como unidad de trabajo y avanzando por el sistema de “áreas contiguas progresivamente crecientes”, se alcanzó a “limpiar” hasta diciembre de 1951 todo el Departamento del Atlántico y parte de Bolívar (Colombia MSP, 1961: 3). A estos trabajos preliminares siguió, en todo el país, la encuesta inicial de “área presumiblemente infestada”, que confirmó los señalamientos de investigadores nacionales e internacionales en cuanto a que el *Aedes* se hallaba diseminado en varias localidades entre las costas y la vertiente occidental de la cordillera oriental y que no se hallaba en los territorios situados entre dicha cordillera y los límites con Venezuela, Brasil y Perú, es decir, en los llamados “territorios nacionales”. También se determinó que los focos denunciados en los valles de los grandes ríos y en las depresiones de las cordilleras nunca llegaban más allá de los 1.300 metros sobre el nivel del mar (Colombia MSP, 1961: 6). Así, considerando la extensión del país (1'138.355 km²) y la población al comienzo de la campaña (15'006.660 de habitantes), se estableció que el 47,9% de los colombianos vivía en área

presumiblemente infestada, el 1,6% en área presumiblemente no infestada y el 50,5% en áreas con alturas mayores de 1.300 metros. La encuesta inicial encontró que de las 26 unidades administrativas (departamentos, intendencias y comisarías) que cubría el área presumiblemente infestada, 12 de ellas, es decir cerca del 48%, presentaban *Aedes aegypti*; y de los 370 municipios trabajados en esta área, un 23,3% presentaba el mosquito (Colombia MSP, 1961: 6).

La campaña usó desde el comienzo DDT. El área presumiblemente infestada fue cubierta en su totalidad con este insecticida aplicándolo a los depósitos de agua de todas las casas de la zona rural, aún en las localidades que no estaban infestadas. Más tarde los rociamientos de DDT que se hicieron dentro del mismo programa de control de insectos para el control de la malaria, hicieron innecesarios estos tratamientos de protección. Las grandes ciudades sólo se trataron parcialmente, cuando la infestación estaba localizada. En el área presumiblemente no infestada que incluía casi la totalidad de los llamados “territorios nacionales” no se hicieron tratamientos. Las inspecciones de verificación fueron siempre totales y múltiples hasta alcanzar tres o más resultados negativos en forma consecutiva; en algunos casos no se hizo más de dos verificaciones teniendo en cuenta que los rociamientos orientados a controlar la malaria contribuían a erradicar el *Aedes* (Colombia MSP, 1961: 3-6).

En el informe final del Ministerio de Salud, de 1961, en el que se hacía un balance de diez años de labores del programa de erradicación del *Aedes*, se juzgaba como positiva la cooperación y asesoría de la OSP, señalando que, además de cumplir con lo prometido, dicha oficina había mantenido a la campaña “alejada de las influencias políticas”. Su mantenimiento dentro de “normas estrictamente técnicas”, le mereció ser escogida por la OSP como campo de demostración. Con el fin de conocerla, en un solo mes -noviembre de 1953-, la visitaron 50 funcionarios de diversos países, entre médicos, ingenieros y sanitaristas. Además del interés del gobierno, la asesoría de la OSP y la colaboración del SEM, el éxito de la campaña se atribuía a factores naturales, así como culturales: las cordilleras y zonas

despobladas ofrecían una protección natural que evitaba la reinfestación de los núcleos primitivamente infestados y, por otra parte, se había contado con una “magnífica colaboración del público”. Así, después de diez años de trabajo, se consideraba que el programa había cumplido con todas las formalidades exigidas por la OSP como para pensar en la posibilidad de declarar erradicado el *Aedes* del territorio colombiano. A pesar de que para 1961 el mosquito mostraba su resistencia generando dudas en los especialistas y en el público –situación que se hacía puntualmente evidente en la ciudad de Cúcuta-, era tan poderosa la confianza en el poder de la técnica, que en ese informe final se añadió un proyecto de resolución para ser presentado al consejo directivo de la OSP, en el que se declaraba erradicado el *Aedes aegypti* de Colombia (Colombia MSP, 1961: 11).

Sin embargo, este deseo no pudo cumplirse por la intervención de actores no-humanos, rara vez tenidos en cuenta: los propios mosquitos, como sucedía en Cúcuta. En efecto, además de que esta ciudad estaba constantemente expuesta a la infestación procedente de Venezuela, el mosquito mostró allí su resistencia al DDT (Colombia MSP, 1961: 8-9). Mientras se definía cuál era el insecticida de acción residual que debía emplearse, entre septiembre de 1957 y enero de 1958 se volvió a los métodos que había usado la FR desde 1918, primero en Guayaquil y luego en el Brasil: uso de peces larvicidas en los depósitos de agua, además de petrolización de los mismos. Sin embargo, los índices de infestación, que al comienzo bajaron, volvieron a subir sin que el informe de 1961 mencionara las posibles razones de ello (de 13% en agosto de 1957, se pasó en octubre a 11%, en noviembre bajó a 6% y subió de nuevo a 6,9% en diciembre y a 10,6% en enero de 1958). Los trabajos realizados en los laboratorios del ICF y de Savannah, en Georgia (E.U.), sobre susceptibilidad y resistencia de la cepa de Cúcuta a los insecticidas, concluyeron que en esta ciudad el mosquito era 32 veces más resistente al DDT que las cepas resistentes de Trinidad; también mostraron mayor susceptibilidad al Dieldrin que las cepas susceptibles de Savannah. La extrema resistencia del mosquito de Cúcuta al DDT impuso su empleo perifocal por primera vez en América, en todos los depósitos, incluso en los de agua para beber y cocinar

(Colombia MSP, 1961: 9). Tomadas las precauciones de rigor por su toxicidad, según el informe, se logró en verificaciones sucesivas bajar en forma importante el índice de infestación.

Ante la persistencia del *Aedes* en Cúcuta, se trasladó la campaña del ICF al Servicio Seccional de Salud del Departamento de Norte de Santander, con sede en su capital, que era precisamente Cúcuta. La importancia de la campaña en esta localidad hizo que el personal de la misma siguiera concentrado allí, aún después de que en 1966 el Ministerio dejara la dirección técnica de las actividades *anti-Aedes* al jefe del Servicio de Fiebre Amarilla del recién creado Instituto Nacional de Salud (INS) y pasara la administración del programa al SEM (Colombia MSP/PNS/SEM, 1967: Aedes-3).⁹ Con respecto al INS se debe mencionar que en 1959, el Instituto Carlos Finlay (ICF) fue fusionado por ley 22 de ese año con el Instituto Nacional de Higiene “Samper Martínez”, el Laboratorio de B.C.G, el Laboratorio de Higiene Industrial y el Laboratorio de Control de Productos Farmacéuticos, bajo el nombre de Instituto Nacional de Salud “Samper Martínez” (INS) (INPES, 1973: 1-4). Debido a esta fusión, en 1962 se reanudó el convenio de cooperación entre el INS y la OPS/OMS por el cual este último *partner* continuaría asignando 25.000 dólares anuales para la producción de vacuna de fiebre amarilla e investigación de arbovirus (Colombia MSP/PNS/SEM, 1967: INS-2).

Hacia 1966 la campaña contaba con un equipo de unas treinta personas que vigilaban, además de la ciudad de Cúcuta, los puertos de la Costa Atlántica y Pacífica y los aeropuertos del país. El costo de la campaña entre 1950 y 1966 se estimaba en 5'473.538 pesos colombianos (Colombia MSP/PNS/SEM, 1967: Aedes-3 y Aedes-4-5; Colombia MSP, 1969: 16).

⁹En vista de que el documento MSP/PNS/SEM, 1967, contiene varios informes con paginación independiente, para facilitar su consulta se adoptó la siguiente convención: en la referencia bibliográfica se antecede al número de página una palabra clave que identifica a cuál de los informes del documento citado se hace referencia. Así, cuando se trata del informe titulado “Programa de erradicación del *Aedes aegypti*” se antecede la palabra Aedes; para el informe titulado “Programa Instituto Nacional de Salud” se antecede al número de la página la palabra INS; para el informe titulado “Programa de erradicación de la Malaria” se antecede la palabra “malaria”.

Durante toda la campaña las actividades *anti-Aedes* eran precedidas de información a la ciudadanía para que colaborara con la limpieza de solares a fin de disminuir los focos potenciales del vector y permitiera el tratamiento de los depósitos de agua destinada al uso doméstico (Colombia MSP, 1969: 16). En 1969 las reinfestaciones se extendieron a varios puertos de la costa Atlántica, entre ellos Barranquilla y Cartagena, por lo que se amplió el personal con 41 funcionarios, justo en el momento en que el SEM reasumió la responsabilidad ya no sólo de administrar sino también de dirigir la campaña. Hasta entonces, las actividades realizadas habían mantenido libre al país de casos de fiebre amarilla urbana y de epidemias de dengue (Colombia MSP, 1969: 16-17).

El decenio de 1950 fue de intensa cooperación entre la OSP y el Estado colombiano (Groot, 2002). Las asignaciones anuales en dólares de la OSP al ICF se mantuvieron constantes entre 1950 y 1959, mientras que el gobierno colombiano aumentó sus asignaciones —en pesos— en el mismo periodo, como se puede ver en el cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

GASTOS DE LA CAMPAÑA DE FIEBRE AMARILLA, 1950-1959

Año	Gobierno Colombiano	OSP Dólares	OSP Pesos colombianos	Presupuesto Total Pesos colombianos
1950	145.000	31.600	50.000	195.000
1951	190.000	31.600	60.000	250.000
1952	190.000	31.600	60.000	250.000
1953	250.000	31.600	79.000	329.000
1954	250.000	31.600	79.000	329.000
1955	300.000	31.600	101.000	401.000

1956	300.000	31.600	141.293	441.293
1957	350.000	31.600	190.778	540.778
1958	350.000	31.600	233.287	583.287
1959	350.000	31.600	245.110	595.110

Cuadro tomado con modificaciones de Gast Galvis (1961: 56).

Del control a la erradicación de la malaria

La campaña más característica de la remozada estrategia de erradicación fue la relativa a la malaria, cuyas metas y bases operativas continuaron vigentes durante todo su periodo de duración (1950-1979). En 1979, la OMS admitió que la erradicación no podía lograrse en un buen número de países y volvió al concepto de control de la enfermedad en un momento en que ya comenzaba a difundirse la política de Atención Primaria en Salud (APS).

Siendo Soper director regional de la División Internacional de Salud de la FR con oficina en Río de Janeiro, logró erradicar del Brasil, entre 1939 y 1941, el *Anopheles gambiae*, identificado como el vector de malaria más peligroso de su familia, responsable de una terrible epidemia en 1938 en la cual murieron entre 14 y 20.000 personas. Este éxito, que se logró por medio de la petrolización, espolvoreando verde de París en todos los criaderos potenciales y proporcionando tratamiento antimalárico a 114.000 personas, fue definitivo en la rehabilitación del concepto de erradicación. Soper y la FR se encargaron de extender el modelo usado en Brasil a otras partes del mundo. Entre 1943 y 1945 la Fundación hizo una campaña en el valle del Nilo en conjunto con el gobierno egipcio y las fuerzas militares aliadas. Esta campaña, junto con otra efectuada en Cerdeña entre 1945 y 1950, terminó por convencer a los trabajadores de la salud pública de que el objetivo de la erradicación de algunas enfermedades infecciosas tenía bases sólidas y que debía realizarse mundialmente, al tiempo que se fortalecía el estilo de campañas

autónomas e independientes que a corto plazo podían producir resultados contundentes. Con la llegada de Soper a la dirección de la OSP, este organismo asumió la campaña de erradicación de la malaria como una cruzada continental que condujo a la creación de servicios nacionales de erradicación de la malaria en los países miembros desde mediados de los años cincuenta. Así, la esperanza de obtener resultados rápidos determinó en parte que durante este decenio la OSP dedicara menos esfuerzos a la reorganización de los servicios de salud en comparación con la intensidad de las acciones que dedicó a la lucha contra algunas enfermedades transmisibles, al tiempo que favoreció intervenciones técnicas en cuestiones sociales y educativas (Cueto, 1996: 196-201; Franco, 1990: 69-70).

En 1949, la OSP hizo un estudio de las actividades de control de la malaria en las Américas y llamó la atención de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1950 sobre la posibilidad y la conveniencia de erradicar este flagelo. La Conferencia aprobó el concepto de erradicación y recomendó a la OSP incluir en sus programas actividades de lucha antipalúdica en el continente, estimulando programas en curso, suministrando intercambio de información y asistencia técnica y, cuando fuere posible, económica a los diferentes países para procurar la erradicación del paludismo en el hemisferio occidental (OSP, 1958: 11).

Según el Ministro de Higiene de 1951, Alonso Carvajal Peralta, el gobierno nacional apropió para ese año la suma de 800.000 pesos con el fin de adquirir los elementos necesarios para la campaña antipalúdica, previendo que desde 1953 se realizaría la primera parte del plan, de acuerdo con la OSP. (Carvajal Peralta, 1952: 7). En Colombia, desde 1943 las actividades de control de la malaria venían realizándose por el SCISP con el proyecto Campaña Nacional de Malariología. En 1947, por decreto del Ministerio de Higiene, esta campaña se convirtió en División de Malariología dentro del mismo SCISP y sus actividades incluyeron obras de saneamiento para extirpar los criaderos de mosquitos, uso del DDT y repartición de drogas antimaláricas como la metoquina, cloroguanida y cloraquina. Esta campaña era básicamente de control y se concentraba en regiones de alta endemicidad,

como los puertos principales de las costas Atlántica y Pacífica. Posteriormente se extendió hacia el interior del país a través de contratos con departamentos como Bolívar, Antioquia, Norte de Santander, Cauca, Magdalena y Valle, para cubrir algunas ciudades y municipios, algunas zonas en las márgenes de los ríos Magdalena, Atrato y San Juan, y algunas líneas férreas como Bucaramanga-Puerto Wilches y Cúcuta-Puerto Villamizar. Los contratos con los departamentos incluían aportes monetarios de las Direcciones Departamentales de Higiene y/o de los municipios, y aportes de la División de Malariología. (Cavelier, 1949, tomo I: 25; Carvajal Peralta, 1952: 101-105).

Entre julio de 1950 y agosto de 1951, Carlos Alberto Alvarado, coordinador de la OSP, Oswaldo José Da Silva, director regional de la oficina en Lima, y Pablo C. Antunes, subdirector de la OSP, visitaron la División de Malariología del SCISP en Bogotá para evaluar las actividades desarrolladas y poner en marcha la “Campaña de control de insectos de la zona del Caribe” que incluía el control de la malaria y la erradicación del *Aedes aegypti*, como se ha mencionado (Carvajal Peralta, 1952: 102). En 1952 ya funcionaba esta campaña bajo la dirección técnica del SCISP en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Magdalena, Intendencia de San Andrés y Providencia, Comisaría de la Guajira, y parte norte de Antioquia y Santander (Jiménez Arango, 1952: vi, 215). Hacia 1953 se tenía proyectado extender el programa al valle del río Cauca y a la parte del valle del río Magdalena que sería asiento de un proyectado ferrocarril (Jiménez Arango, 1952: vi).

El SCISP realizó en 1956 una evaluación de catorce años de labores en Colombia. Hasta entonces, las campañas de malariología (proyecto 300) y de control de insectos (proyecto 2000) habían sido dirigidas por técnicos colombianos sin contar con un consultor técnico permanente, excepto para el servicio de erradicación del *Aedes aegypti*, que asesoraba Vicente Musa, como ya se mencionó (Colombia MSP/SCISP, 1956: 49). Aunque en dicha evaluación se hizo un balance positivo de las actividades del SCISP contra la malaria, también se señaló que debía investigarse en zonas presumiblemente maláricas -que para entonces abarcaban

aproximadamente el 75% de la extensión total del país, donde vivía cerca del 27,32% de la población-, así como también adiestrar personal técnico y proveer fondos, en caso de que se decidiera cubrir todo el territorio con una campaña de erradicación. Asimismo, se llamaba la atención sobre la gravedad del problema de la malaria en Colombia, donde aproximadamente el 46,64% de la población vivía en zonas maláricas expuesto a la infección (Colombia, 1956: 49). Este argumento justificaba para el país el paso, que ya se estaba gestionando, del control a la erradicación.

A pesar de los esfuerzos, la OSP informó a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana de 1954 que durante los cuatro años anteriores se había adelantado poco o nada en el continente y que los esfuerzos parciales de las naciones conducían a un control incompleto de la enfermedad. Además, la base misma de la campaña se encontraba amenazada puesto que, después de un prolongado uso, se presentaba resistencia de los anofelinos al DDT. Con todo, la XIV Conferencia se mantuvo en la línea de acelerar el paso de los programas de control a erradicación, pues juzgaba que su éxito dependía de la celeridad con que aquella se iniciara, antes de la aparición de la resistencia de los anofelinos a los insecticidas. La importancia de estos objetivos hizo que la Conferencia autorizara al director de la OSP a obtener participación financiera de otros organismos públicos o privados, nacionales o internacionales para las campañas. Antes que cuestionar el concepto mismo de erradicación, la OSP prefirió atribuir las dificultades al uso parcial o incompleto de la barrera química entre las personas infectadas y no infectadas. En consecuencia, se decidió emplear insecticidas de acción residual en forma intensiva (OSP, 1958: 12). En 1956 los países de la región latinoamericana se habían convertido o estaban en vías de convertir las campañas de control en programas de erradicación con la cooperación de la OSP y de UNICEF. En general, el 80% del financiamiento correspondía al gobierno respectivo, 15% a UNICEF, que aportaba DDT, equipos y vehículos, y 5% a la OMS/OSP que contribuía con asesoría técnica. El plazo para la erradicación se fijó, en términos generales en todos los contratos iniciales, en un plazo de cinco años (Franco, 1990:164-5).

El Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM)

El gobierno de Colombia, por medio de su delegación ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana de 1954, se sumó al acuerdo de erradicación continental de esta enfermedad. Así, el 31 de agosto de 1956 el país firmó un acuerdo con la OMS y UNICEF con los siguientes compromisos: a) continuar el programa de investigación iniciado por la División de Malariología; b) continuar la campaña de control de la malaria del área del Caribe y transformarla en campaña de erradicación; c) continuar las restantes campañas antimaláricas en marcha en el territorio nacional; y d) elaborar un proyecto y presupuesto para la Campaña Nacional de Erradicación de la Malaria. Así, por Decreto No. 2968 del 5 de diciembre de 1956 se creó una dependencia en el Ministerio de Salud Pública que se denominó Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SEM), que reemplazó a la División de Malariología del SCISP. El SEM, considerado como campaña directa del Ministerio de Salud Pública, según el decreto orgánico del mismo, contó con autonomía técnica y administrativa y jurisdicción en todo el territorio de la República, así como con un presupuesto destinado exclusivamente a los gastos que ocasionara su funcionamiento. El SEM, cuya sede se instaló en la capital de la república, se organizó con un consejo asesor en asuntos administrativos y técnicos constituido por el Ministro de Salud Pública o su representante, como presidente, el Director Nacional de Salubridad, el director del SEM, el jefe de la Sección Administrativa del Ministerio y un malariólogo asesor de la OMS en Colombia (Colombia MSP/SEM: 1957: 126-27).

El objetivo de la campaña era lograr la erradicación del paludismo en todo el territorio nacional. Los trabajos se plantearon bajo la concepción de la “interrupción de la transmisión malárica mediante la aplicación de insecticidas de acción residual o permanente; el agotamiento espontáneo de las especies de plasmodios y los hábitos intradomiciliarios de los anofelinos transmisores” (Concha y Venegas, 1960:1). Las campañas de erradicación se realizaban en términos generales en cuatro fases: preparatoria, ataque, consolidación y mantenimiento. La fase

preparatoria consistía en planear los detalles de la campaña, estimar las necesidades de personal, equipo y material a ser utilizado. La fase de ataque consistía en aplicar medidas para interrumpir la transmisión de la enfermedad a través del rociamiento de todas las casas del área malárica en ciclos regulares con un insecticida de acción residual, buscando cobertura total. Se debía medir la eficacia del rociado a través de evaluación epidemiológica, que consistía en observaciones entomológicas y, principalmente, por medio de la búsqueda de casos (presencia del parásito en la sangre), ya fuera de forma activa (efectuado por funcionarios del SEM en los domicilios o lugares de trabajo) o pasiva (hecha por los mismos enfermos, al buscar ser examinados en los puestos de notificación o información instalados en los servicios locales de salud, o en los consultorios de profesionales en su práctica privada). Esta fase también asumía el tratamiento de los casos encontrados. La fase de consolidación se caracterizaba por la suspensión de las medidas de ataque, cuando la evaluación epidemiológica indicara que se había interrumpido la transmisión y reducido el nivel del reservorio por debajo de cifras compatibles con las operaciones de vigilancia. La fase de mantenimiento, una vez comprobada la erradicación, quedaría en manos de los servicios de salud para mantener la vigilancia permanente con el fin de evitar la reinfestación (OPS/OMS, 1965: 13-18).

La fase preparatoria en Colombia, que se conoció como Programa de Investigaciones, se desarrolló entre septiembre de 1956 y junio de 1957. Este programa tuvo como objetivos delimitar el área malárica del territorio nacional, haciendo investigaciones epidemiológicas en áreas que no habían sido estudiadas previamente, y presentar el plan de organización de la campaña. Para ese entonces estaba funcionando la campaña antimalárica en la zona del Valle del río Cauca, con sede en Cali, en la zona del Caribe, con sede en Barranquilla, y en la zona del Norte de Santander, con sede en Cúcuta. Al tiempo que se hacía dicha investigación y antes que se hiciera la transición definitiva al plan de erradicación, durante 1956 el SEM continuó y reforzó las campañas de control que venía realizando la División de Malariología (Colombia MSP/SEM: 1957: 114, 122).

El Programa de Investigaciones concluyó que en Colombia, cuyo número de infectados era el mayor de todos los países americanos, la malaria constituía un problema sanitario, económico y social de primer orden. Estas conclusiones eran aún más dramáticas que las del informe del SCISP de sólo un año antes. Se calculó que el área malárica representaba el 90,2% de la extensión total del país y que en todo el territorio colombiano comprendido entre 0 y 1.600 metros de altura existían condiciones adecuadas de temperatura para la transmisión malárica. Del total de la población colombiana, se estimaba que el 72,6% vivía en áreas maláricas y que la enfermedad estaba presente en 515 municipios. Además de la significativa extensión del área malárica, se consideraba que Colombia se encontraba en una desafortunada encrucijada de confluencia de 33 especies de anofelinos, lo que hacía del país uno de los lugares de América con mayor diversidad natural en esta materia. Para el momento se habían comprobado nueve especies vectoras en las tierras bajas y en los valles interandinos, haciendo que la endemidad en esas regiones fuera superior a la de algunas regiones similares en otros países (Colombia MSP/SEM: 1957: 1). Las visiones de los trópicos como lugares exuberancia, pero también de infección y de muerte, tienen una larga historia en la cultura occidental. Esta imagen de mediados del siglo XX acerca de la naturaleza tropical como una suerte de infortunio y de fatalidad, que había que destruir a toda costa, contrasta fuertemente con la representación que hoy se tiene acerca de la gran riqueza biológica colombiana, elogiada como "biodiversidad".

En cuanto al problema de la malaria, en 1956, a pesar de la labor de saneamiento realizada por el SCISP, el número de casos de paludismo fue de 69.714 y el de defunciones de 1.639, sin contar con la falta de datos en zonas rurales donde no se contaba con una adecuada infraestructura de salud. Aunque se reconocía que las campañas realizadas hasta el momento habían logrado reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por malaria, se estaba lejos de la erradicación debido a que las campañas eran parciales y las regiones saneadas coexistían con regiones de alta endemidad. Así pues, la erradicación, como una campaña militar, precisaba de una acción simultánea y total sobre el "enemigo": el mosquito vector. Uno de los

argumentos que se esgrimía para justificar la idea de la erradicación rápida y total era económico: las pérdidas del país por muerte, incapacidad y cesación de trabajo a causa de la enfermedad eran de 57.390.000 pesos anuales. El esfuerzo económico inicial que tendría que hacer la nación sería de corta duración, pero conduciría a un ahorro considerable en la medida en que los gastos por saneamiento antimalárico indefinido se convertirían en innecesarios (Colombia MSP/SEM: 1957: 2-4).

El plan contemplaba dos etapas en la fase de ataque: la primera, la de ataque propiamente dicha, que se llevaría a cabo entre 1958 y 1961, consistía en operaciones de rociado intradomiciliario con DDT, con cobertura total y operaciones de evaluación epidemiológica para verificar su efectividad; la segunda etapa, de vigilancia y prevención de las infecciones, se iniciaría en 1962, momento en el que se calculaba que ya se habría verificado la extinción del vector y, por tanto, de los casos de malaria. A partir de entonces, comenzarían la fases de consolidación y de mantenimiento. Se proyectaba que durante 1958-59 se extirparían los vectores del *Plasmodium facilparum*, no debiendo observarse infecciones por esta especie después del mes de diciembre de 1959. Obtenida la cobertura total, al finalizar el mes de octubre de 1958, la persistencia de casos de *facilparum* un año después debería interpretarse como evidencia de transmisión relativamente reciente y, por lo tanto, como falla en el rociado. Se esperaba que el reservorio de *Plasmodium vivax* experimentaría una disminución progresiva a partir del segundo semestre de 1958, debiendo haberse extinguido completamente las infecciones para el segundo semestre de 1961. Con gran optimismo se estimaba que si después de tres años de haber cesado las operaciones de rociamiento no se habían producido casos de malaria, se declarararía erradicada la enfermedad de Colombia (Colombia MSP/SEM: 1957: 150-51; 161-62).

De una manera vaga se consideraba que los servicios de salud pública asumirían la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica en todo el territorio nacional luego de la interrupción de la transmisión. En este plan, y en la forma en que se llevó a cabo

la campaña, era evidente el fuerte énfasis en las acciones de ataque y la fe en el logro de la meta a corto plazo (Colombia MSP/SEM: 1957: 163). Los técnicos esperaban una colaboración activa y sin reparos de los diversos sectores sociales que se verían de una u otra manera implicados en la campaña: el gremio médico, las autoridades civiles y eclesiásticas, y la población que tenía que abrir las puertas de sus casas a los rociadores. Para lograr tal cooperación, se proyectó la realización de propaganda acerca de los beneficios de la campaña. Se consideró indispensable “educar” al cuerpo médico, a través de conferencias en las facultades de medicina y de la introducción de la cuestión de la erradicación en las cátedras de medicina preventiva. Los funcionarios del SEM deberían permanecer en frecuente contacto con los profesionales del área a su cargo para interesarlos en los objetivos del programa y obtener su colaboración, especialmente en la localización de casos y en la obtención de muestras. Igualmente se consideró importante involucrar a los agentes civiles (autoridades municipales, funcionarios públicos, magisterio) y eclesiásticos para disciplinar a la población y hacer que colaborara con las labores de rociado de viviendas y se sometiera al diagnóstico microscópico. La educación del público se efectuaría a través de la radio, la televisión y artículos de prensa. Para la población rural se utilizarían las escuelas radiofónicas de alfabetización, como Radio Sutatenza, de gran influencia entre el campesinado, además de distribución, por parte del personal de campo del SEM, de carteles, folletos y hojas sueltas. Se organizarían conferencias para los médicos de zona y para las agrupaciones gremiales de obreros y empleados. Resultaba indispensable para el éxito del plan que el público acogiera al personal de la campaña como eficientes servidores públicos, que efectuaban un arduo trabajo en beneficio de la comunidad. Ello permitiría que la gente facilitara el rociado de las viviendas, reportara las casas que estaban sin rociar, se abstuviera de pintar las paredes después de rociadas y de borrar las marcas de las casas con las cuales se llevaba el registro del rociado y se daba testimonio público de que estaban ya “desinfectadas”; también se inducía a las personas a que accedieran al examen parasitológico y al tratamiento antipalúdico (Colombia MSP/SEM: 1957: 158-159).

El 18 de julio de 1958 el gobierno de Colombia suscribió con la OSP/OMS y UNICEF, un convenio internacional que se llamó “Plan de Operaciones Tripartito para un Programa de Erradicación de la Malaria en Colombia” (Concha y Venegas, 1960: 1), cuya fase de ataque se inició en septiembre de 1958 (Rodríguez Orejuela, 1960: 1). El programa funcionó de la siguiente manera: se dividió el país en zonas de erradicación, cuyo número varió con el paso de los años, según la disponibilidad económica o situación epidemiológica. Cada una de las zonas estaba dirigida por un médico malariólogo y en ellas se cumplían dos actividades básicas: rociamiento de viviendas con DDT, que se hacía en ciclos de seis meses, y servicio de evaluación epidemiológica. Ésta consistía en determinar las especies de *Anopheles* de todas las regiones palúdicas, examinar la sangre de personas con historia febril, a través de los inspectores y visitadores de la campaña para determinar el índice parasitario, y distribuir drogas antiparasitarias en los casos febriles (Concha y Venegas, 1960: 3,7).

Hasta 1960, la OSP/OMS envió en forma permanente un equipo de consultores integrado por dos médicos malariólogos, dos ingenieros, un estadístico y cinco inspectores sanitarios; también facilitó la asistencia técnica temporal de un médico parasitólogo, un médico entomólogo, un ingeniero de transporte y otros funcionarios de la oficina de la Organización en Lima, quienes frecuentemente visitaban y vigilaban el desarrollo del programa en Colombia. La OSP también envió drogas antimaláricas suficientes para toda la campaña por valor de cerca de un millón de pesos. Asimismo, la OSP otorgó, a médicos y a ingenieros, becas de especialización en malaria en México, Brasil y Venezuela, y becas para estudios en entomología médica en Sao Paulo, Brasil, para formar auxiliares de entomología (Concha y Venegas, 1960: 4). Este tipo de cooperación se mantuvo a lo largo de toda la campaña. Además de las entidades mencionadas, también colaboraron en la campaña el gobierno de Venezuela y la Administración de Cooperación Internacional del llamado “Punto Cuarto” del gobierno de los Estados Unidos (un programa político de “ayuda” destinado a impedir el avance del comunismo en el mundo pobre, que puede considerarse como una estrategia precursora de la

posterior Alianza para el Progreso). Éste otorgó cinco becas de cinco meses de duración para médicos e ingenieros del SEM en la Escuela de Malariología de Maracay (Venezuela) y, en 1958, concedió 20 becas para médicos e ingenieros. También suministró drogas antimaláricas destinadas a regiones colombianas fronterizas con Venezuela y cooperó con asistencia técnica en el desarrollo de la campaña fronteriza. El gobierno suscribió también tratados y convenios sanitarios para la cooperación en la erradicación de la malaria en las fronteras del país con Panamá, Venezuela, Perú y Ecuador y se hicieron planes conjuntos de actividades sanitarias. En 1960 trabajaban en el país como funcionarios del SEM, a sueldo y a jornal, unas 2.369 personas (Concha y Vanegas, 1960: 4-5, 8).

Como ha indicado Franco (1990: 232-40) estas campañas compartieron una concepción belicista de la enfermedad con fuerte uso de terminología militar. La idea misma de “campaña” y la forma de trabajo por “zonas”, con “brigadas” que hacían “barridos”, ponen en evidencia las tácticas y pasos del quehacer militar en el campo médico. Esta concepción belicista está relacionada con el paradigma etiopatológico de la enfermedad, consolidado desde la obra de Pasteur y Koch en el siglo XIX, que favoreció la idea de que los microorganismos o sus vectores eran “enemigos” que había que eliminar. Pero también está relacionada con la experiencia de las epidemias durante las confrontaciones militares que con frecuencia han sido causantes de más bajas que las mismas balas y que se han enfrentado médicamente en un ambiente bélico, que deja huellas en la psicología profunda de las colectividades y los grupos profesionales en ellas implicados. En el caso que nos ocupa, las campañas contra la malaria y la fiebre amarilla fueron impulsadas y apoyadas principalmente por los E.U. desde los años cuarenta, en estrecha relación con la defensa hemisférica y la lucha anticomunista (Franco, 1990: 232-40; Guzmán Urrea y Quevedo, 1999: 6-8).

La lucha contra la Fiebre Aftosa

El interés de la OPS por el estudio y la investigación de enfermedades zoonóticas comenzó a consolidarse en la segunda mitad de los años cuarenta, y se vio reforzado tras el nombramiento de Soper como director de la OSP en 1946. Las investigaciones de Soper respecto al papel de los monos en la transmisión de la fiebre amarilla selvática lo habían convencido de la relevancia de la lucha contra las zoonosis y otras enfermedades animales, como la aftosa, hasta el punto de ofrecer la asistencia de la OSP para el control del brote de aftosa ocurrido en México en 1946 (Steel, ca.2002: 7-8). Al parecer, esta preocupación por las enfermedades zoonóticas se concretó en las estructuras de la OPS en 1949 con el nombramiento de un consultor en medicina veterinaria, hecho considerado como la integración del concepto de “Salud Pública Veterinaria” dentro de las labores de la OPS, sin ignorar al existencia de asesorías previas a algunos países respecto a esta clase de afecciones (Cárdenas, ca.2002).

La consolidación del interés por las zoonosis coincidió con una epidemia de fiebre aftosa en América del Sur que golpeó principalmente a las naciones andinas, incluida Colombia. Si bien es difícil considerar la aftosa una zoonosis en un sentido “estricto” del término, dado su escaso riesgo de contagio a humanos, las connotaciones económicas y comerciales que había adquirido este mal impulsaron a los países americanos a solicitar ayuda a la OEA en forma de programas de cooperación técnica sobre dicha enfermedad. El resultado de esta solicitud fue el montaje del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (CPFA) en Brasil en 1951. A pesar de haberse creado originalmente como una dependencia de la OEA, este instituto fue manejado desde el comienzo por la OPS, debido a su carácter de organismo de salud, y pasó a formar parte integral de la Oficina en 1968 (Cárdenas, ca.2002). Se puede apreciar la gran importancia que el control de la fiebre aftosa ha tenido para la OPS al considerar que esta enfermedad mereció la construcción y mantenimiento del CPFA como centro específico de investigación, mientras que el control de muchas otras enfermedades –de carácter, si se quiere, más “zoonótico”—

fue agrupado, conjuntamente con las investigaciones sobre inocuidad de alimentos, en una sola institución: el Centro Panamericano de Alimentos y Zoonosis (CEPANZO) en Argentina, entidad que, al parecer, comenzó a operar en 1952 (Steel, ca.2002: 8), poco después de la fundación del CPFA.

Tras la llegada de la aftosa a Colombia en 1950 se desarrollaron dos actividades principales para enfrentar los brotes de la enfermedad. La primera fue el control en las áreas afectadas mediante la vacunación –inicialmente adelantada por funcionarios del Ministerio de Agricultura y posteriormente, en fecha sin especificar, asumida en forma directa por los productores de ganado (OPS, 1983: 63). En la búsqueda de un sistema satisfactorio de vacunación, el gobierno parece haber pasado rápidamente de la vacunación antiaftosa como tarea oficial, con grandes dificultades de cubrimiento y control, al intento de involucrar a los veterinarios particulares como agentes de vacunación y, finalmente, a la delegación de la mayor parte de esta actividad directamente en los productores ganaderos que, actualmente, aportan y gestionan gran parte de los recursos utilizados para combatir la aftosa y la brucelosis (Cárdenas y Reyes, 2002).

La segunda actividad que se desarrolló frente a la fiebre aftosa fue de carácter más estratégico, y revela buena parte de las connotaciones internacionales que adquirió el brote epizootico de los años cincuenta. Consistió en el montaje de un “programa de prevención” de aftosa en el noroeste del departamento del Chocó (OPS, 1983: 63), que no se justificaba tanto por la importancia de la actividad ganadera en la región o por la escasa magnitud del rebaño bovino (sólo 13.000 cabezas), como por el hecho de ser ésta la zona fronteriza con Panamá y, por consiguiente, un importante factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad a los países centroamericanos, declarados “libres de aftosa”. La acción en esta área parece haberse orientado a la creación de un “tapón sanitario” que garantizara la ausencia de aftosa en Norte y Centroamérica, objetivo que se logró a partir de 1968 con la declaración de esta zona como “área libre” y se mantuvo a pesar de la irrupción de brotes esporádicos controlados con la mayor rapidez posible. En los años setenta la

necesidad estratégica de conservar esta zona como “área libre” llevó al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) a involucrarse con el mantenimiento de dicha región (OPS, 1983: 63).

Según Jaime Cárdenas, consultor veterinario de la OPS, la cooperación de la Organización con el Estado colombiano en cuanto a la aftosa, se dio de manera casi simultánea con la introducción de la enfermedad al país en los años cincuenta, lo cual puede estar relacionado con el interés de proteger a Norte y Centroamérica como áreas libres de la enfermedad. La principal área de apoyo de la OPS, según este testimonio, fue la capacitación ofrecida a las facultades de veterinaria mediante un sistema de cursos anuales que Cárdenas calificó como una “capacitación permanente”, que ofreció preparación en labores de vigilancia epidemiológica y control y preparación de vacunas, entre otros varios aspectos (Cárdenas y Reyes, 2002).

Cooperación para la integración de los servicios

Aunque la erradicación de enfermedades transmisibles fue la actividad central de la cooperación técnica de la OSP con Colombia entre 1951 y 1960, ésta incluyó también proyectos de administración hospitalaria, desarrollo de servicios de salud, particularmente rurales, educación sanitaria y vacunación (Bustamante, 1955). Entre 1954 y 1957 la OSP colaboró en los siguientes programas: reorganización del Servicio Nacional de Salud Pública y de lo que llegaría a ser el Instituto Nacional de Salud, recopilación y publicación de estadísticas, abastecimiento de aguas, instalación de letrinas, nutrición, adiestramiento de personal en materia de saneamiento del medio, formación de enfermeras y auxiliares de enfermería en el área de la salud pública (OSP, 1958).

El Plan Piloto de Servicios Integrados de Salud (PPSIS) fue un proyecto de mucho interés e iniciativa de la oficina de la representación de la OSP en Colombia. Según Mejía (2002a), éste fue un programa de gran envergadura que buscaba organizar el conjunto de los servicios de salud pública y convertirlos en organismos netamente

técnicos para superar la visión tradicional que se basaba sólo en el control y erradicación de las enfermedades transmisibles, y en la práctica de la medicatura rural. Estos objetivos se lograrían mediante la articulación de medicina preventiva, curación y rehabilitación (Mejía, 2002a). Se buscaba que los servicios de salud estuviesen más integrados, jerarquizados, especializados y diferenciados por funciones. Por medio de una demostración experimental, de ahí el nombre de Plan Piloto, se pretendía mostrar las ventajas del nuevo enfoque. De esta manera, se decidió involucrar inicialmente sólo a algunos de los servicios y de los recursos humanos en algunas áreas específicas del país para luego de un período de cinco años extender el plan a todo el territorio nacional (Colombia MSP/OCE, 1960).

El PPSIS, llamado también “Programa de Mejoramiento Progresivo de los Servicios de Salud Pública en Colombia”, se inició en 1956 como parte de un compromiso firmado entre el Gobierno, la OMS y UNICEF. El Programa tenía dos objetivos: el primero, era reorganizar en forma progresiva el Ministerio de Salud Pública y sus secciones en todo el país, fortaleciendo sus dimensiones técnicas; y el segundo, era elaborar un Plan Quinquenal de modernización de la salud pública en Colombia, partiendo de un plan piloto en un área geográfica restringida. La reorganización de los servicios tenía varios propósitos: una organización vertical escalonada; la diferenciación de las entidades de acción normativa de las de índole ejecutiva; la centralización técnica y la descentralización administrativa; el establecimiento de líneas de comunicación y canales de autoridad; la delegación de funciones y, al mismo tiempo, la integración de las mismas en todos los niveles; una jefatura técnica única; la definición precisa de funciones por dependencia; la adopción de un sistema por prioridades; y, finalmente, la instauración de un sistema de selección, adiestramiento, supervisión y vinculación de personal de tiempo completo y de dedicación exclusiva, con estabilidad y adecuada remuneración (Colombia MSP/OCE, 1960).

El organismo piloto del programa fue el centro de salud, símbolo de la integración de los servicios de atención médica, que debía estar situado en el mismo espacio

del hospital (Mejía, 2002a), y cuyo personal debía estar entrenado en el discurso de la prevención y la salud pública. La intención era cambiar el objeto, los medios y las formas de intervención de la medicina preventiva: de las acciones aisladas, los individuos enfermos, los vectores y los insecticidas se debía pasar a poner el centro de las políticas y las acciones –en forma integral-en la comunidad, la familia y el medio ambiente, realizando actividades de promoción de la salud, educación, saneamiento del medio, consulta familiar y vigilancia epidemiológica. Los centros de salud, epicentros de la nueva concepción, prestaban servicios, idealmente integrados, de higiene materno-infantil que incluían el control prenatal, la educación de parteras, la atención del parto, el control postparto, el seguimiento del niño sano y la atención del niño enfermo, en particular en menores de un año, y la vacunación antivariólica y con DPT o DP. En materia de saneamiento se impulsó la construcción de acueductos y de letrinas en las áreas rurales. Aún en áreas donde no operaban los centros piloto, estas actividades fueron importantes, lo cual estimuló la acción comunitaria tanto en mano de obra como en financiación. UNICEF colaboró con la adquisición de equipos y materiales para la realización de las obras. En zonas urbanas, la OMS contribuyó con asesoría técnica en ingeniería para el Instituto de Fomento Municipal (INSFOPAL) con el propósito de iniciar los estudios de creación de empresas de agua potable para las ciudades. El plan piloto también dio asesoría técnica en materia de recolección y disposición de basuras y control sanitario de mataderos y mercados (Colombia MSP/OCE, 1960).

El área piloto estaba conformada por municipios de seis departamentos del país: Norte de Santander, Boyacá, Cundinamarca, Valle del Cauca, Nariño y Magdalena. Posteriormente, el área se extendió a otros departamentos. El plan funcionaba como una dependencia de la División Nacional de Salubridad. La oficina central tenía una jefatura médica de la cual dependía un departamento de ingeniería sanitaria y otro de enfermería en salud pública. Cada uno de los funcionarios nacionales tenía una contraparte de la OMS que hacía la asesoría técnica. Inicialmente los centros piloto estaban adscritos a los respectivos organismos seccionales del departamento, pero con la reorganización del Ministerio de Salud

Pública el plan piloto fue incorporado a la Oficina de Coordinación Ejecutiva del Ministerio.

Los centros piloto incorporaron un equipo de personal constituido por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos y supervisores e inspectores de saneamiento ambiental. El PPSIS colaboró en la formación de expertos en los cursos de la Escuela Nacional de Higiene y luego en la Facultad de Salud Pública. Allí se formaron inspectores sanitarios y enfermeras en salud pública, mientras la Facultad asumía la enseñanza de medicina preventiva y salud pública. También se incorporaron cursos en saneamiento ambiental, ingeniería sanitaria y administración. Los centros piloto prestaban servicios integrados preventivos y curativos a la comunidad y, mediante encuestas y censos elaborados por la dirección nacional del programa, recogían información epidemiológica sobre indicadores básicos de mortalidad, morbilidad y notificación de enfermedades transmisibles y sobre factores determinantes de la situación de salud de la comunidad. Presumiblemente por presiones políticas, el PPSIS se expandió prematuramente a otras regiones del país, sin que se hubiera realizado una evaluación detenida, cualitativa y cuantitativa, de sus resultados y sin que siquiera se hubiesen involucrado en el proyecto de demostración los 200 municipios piloto que se tenían proyectados (Colombia MSP/OCE, 1960; Mejía, 2002a).

En resumen, el PPSIS fue una muestra de las intenciones que existían en algunos sectores, tanto de la OSP como del Estado colombiano, de reformar las instituciones de salud en Colombia convirtiéndolas en entes modernos donde predominara el criterio técnico y dejando atrás la vieja idea de campañas independientes que lidiaban cada una con una enfermedad diferente. Sin embargo, si se midiera el énfasis de las políticas de salud y de la cooperación del período por el tamaño de la inversión pública, resulta claro que ésta aún estaba fuertemente orientada hacia la erradicación de las enfermedades transmisibles. Entre 1957 y 1960 las inversiones del Ministerio de Salud Pública se incrementaron en casi el doble, debido fundamentalmente a las inversiones en campañas de erradicación de

paludismo, fiebre amarilla urbana y viruela. En cambio, otras áreas tales como saneamiento ambiental, adiestramiento de personal, construcción de instalaciones en servicios públicos, servicios hospitalarios para aislamiento y tratamiento de enfermos de tuberculosis y de lepra, plan piloto de mejoramiento progresivo de los servicios y dotación de éstos, tuvieron crecimientos en la inversión que no fueron significativos o que fueron sustancialmente menores. El total de recursos del Ministerio asignado a erradicación del paludismo y viruela pasó del 10,6% en 1957 al 21,6% en 1960; del total de inversiones le correspondió a estas campañas el 51,5% en 1957 y el 59,4% en 1960, llegando al 74,8% en 1958 (Colombia MSP/DNS, 1960: 4).

Nuevas demandas de formación de personal en salud

La segunda mitad del siglo XX fue significativa para el desarrollo de los recursos humanos en salud en el país. Por un lado, y a raíz de las visitas que efectuaron misiones médicas norteamericanas, se inició un proceso de reorganización de la educación médica en el país que implicó la creación de nuevas facultades de medicina y la reestructuración de las existentes, que se acoplaron a los esquemas flexnerianos propios del “modelo norteamericano” de educación médica (Quevedo et al, 1993; Eslava, 1996). Por otro lado, se fortaleció la formación de enfermeras, odontólogos e higienistas así como la capacitación de técnicos en el área de la salud (ESP/UN, 1959; Velandia, 1995; Payares & Arango, 1991; Eslava, 2002). En los años cincuenta, la OSP participó con fuerza en el desarrollo de los recursos humanos en el país, en particular en el despliegue de programas de formación en enfermería, en la preparación de docentes para adiestramiento de personal técnico como inspectores sanitarios y en la conformación del Comité Nacional de Estadísticas Vitales, cuyo personal debería estar capacitado para recopilar, manejar y publicar información sobre estadística en salud (CSP, 1954).

En 1952 el Ministro de Higiene, Alejandro Jiménez Arango, informaba sobre la creación, por Decreto 1461 de ese año, del “Centro Nacional de Adiestramiento

Técnico y de Experimentación y Demostración de Sanidad Ambiental”, en Fusagasugá, que funcionaría desde comienzos de 1953 en cooperación con la OSP. El objetivo de este centro era reforzar la capacitación técnica de los funcionarios que trabajaban en la salubridad nacional, completando las labores que en este sentido se venían haciendo en los cursos de salud pública que recibían los médicos que iban a hacer la práctica rural en la Escuela Superior de Higiene, entre otros. La OSP también colaboró en 1952 con siete becas para médicos con el fin de hacer estudios de salud pública en el exterior y cinco para ingenieros, veterinarios y revisores, todos funcionarios del ministerio (Jiménez Arango, 1952: v, 59).

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en Santiago de Chile en 1954, formuló recomendaciones encaminadas a que se incluyera en el curriculum de las escuelas de medicina y enfermería, y en otras instituciones que formaban personal de salud, la enseñanza de los métodos estadísticos aplicados a salubridad para su aplicación práctica en los programas de salud. Igualmente se recomendó el desarrollo de cursos universitarios para la formación de estadísticos con especialización en diversas disciplinas, salubridad entre ellas, así como cursos en temas de salubridad para funcionarios de los servicios de estadística. También se sugería a los países miembros la introducción del sistema de carrera en los organismos de salud del Estado para los funcionarios de la estadística, con escalafones adecuados y salarios suficientes (CSP, 1954).

Además, la OSP contribuyó al desarrollo de la Escuela Superior de Higiene, institución creada para impulsar la formación de personal sanitario. La cooperación también incluyó asesorías en programas de nutrición adelantados por el Instituto Nacional de Nutrición, lo que contribuyó a la preparación de personal en este campo. En el terreno de la ingeniería sanitaria y del saneamiento del medio se realizaron programas de abastecimiento de agua y de instalación de letrinas, junto con el Centro Interamericano de la Vivienda de Bogotá, primer centro de este tipo en América Latina creado por la Unión Panamericana en 1951 (OSP, 1956; Mejía, 2002a), lo cual conllevaba acciones de capacitación en el campo de la ingeniería

sanitaria. Esta participación de la OSP en el ámbito de los recursos humanos, permite evidenciar un leve giro de una ayuda centrada en los individuos a una dirigida a las instituciones, en particular instituciones de formación de personal en salud, pero también al personal de campo. Este giro se concretará a partir de 1964, cuando la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), instalada por decisión gubernamental en la ciudad de Medellín, empiece su labor formativa en el terreno sanitario.

La década del cincuenta se inició, para la educación médica del país, bajo el influjo de tres hechos significativos. En primer lugar, la discusión suscitada por las conclusiones de la Misión Médica Unitaria norteamericana del *Unitarian Service Committee*, encabezada por el Dr. G.H. Humphreys, jefe del servicio de cirugía del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia en Nueva York. Esta misión visitó, en 1948, diferentes hospitales, clínicas y facultades de medicina en Bogotá, Medellín, Cartagena y Barranquilla y a partir de las observaciones recogidas elaboró una serie de recomendaciones para la transformación de la educación médica en el país, de las cuales merecen resaltarse las siguientes: mayor énfasis en ciencias básicas; aumento del número de profesores de tiempo completo; reducción del número de estudiantes; supervisión más estrecha del trabajo clínico; fortalecimiento del trabajo en laboratorios; mejoramiento de la organización hospitalaria y su dotación; y fortalecimiento de las relaciones con instituciones de los Estados Unidos (Humphreys et al, 1950).

El segundo hecho fue la creación en 1950 de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, con apoyo técnico y económico de la FR. Siguiendo las recomendaciones de la misión médica de 1948, esta facultad organizó su esquema curricular bajo la división de los estudios en “básicos” y “clínicos”, fomentó el empleo de personal docente de tiempo completo, renovó la práctica clínica-hospitalaria y se consolidó como el primer bastión de la medicina de orientación norteamericana en Colombia y como punto de arranque de la inserción del modelo flexneriano en el país (Orozco, 1984). El tercer hecho fue la visita de una segunda Misión Médica

Norteamericana, en 1953, encabezada por el Dr. Maxwell Lapham, decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, y organizada por la División de Salud del Instituto de Relaciones Interamericanas a petición de la Universidad Nacional. Esta misión, después de recorrer las siete escuelas de medicina existentes en esa época, volvió a plantear recomendaciones para el cambio de la educación médica en Colombia, una buena parte de ellas en concordancia con las conclusiones de la misión anterior (Lapham et al, 1954).

Estos sucesos propiciaron un gran proceso de reflexión acerca de la educación médica en el país, el cual tuvo como momentos estelares los dos grandes Seminarios Nacionales de Educación Médica, efectuados en Cali, en 1955, y en Medellín, en 1957 (UV/FUN, 1957). A partir de allí, se instauró una renovada manera de asumir la educación médica, la cual dejaba atrás los esquemas propios de la tradicional “escuela francesa” y se modernizaba desde los parámetros del “modelo flexneriano” que sirvió de guía para la transformación de la educación médica en Norteamérica. La participación de la OSP en este proceso se dio de dos maneras distintas: una indirecta, con el apoyo a los procesos de transformación de la educación médica en el continente y la habilitación de espacios de discusión como los Seminarios sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva, realizados en Chile y México, en 1955 y 1956 respectivamente, y otra, un poco más directa, a partir de la asistencia de algunos de sus representantes a los Seminarios Nacionales de Educación Médica y la difusión de sus conclusiones. En particular, según se presenta en las memorias del Primer Seminario, la participación de la OSP en dicho evento estuvo en cabeza del Dr. Myron E. Wegman, Jefe de la División de Educación y Entrenamiento, quien “se interesó tempranamente por el Seminario e hizo valiosas sugerencias relativas a su organización, asistiendo luego a él y colaborando activamente en la sección de Decanos” (UV/FUN, 1957: 26). Posteriormente, el Dr. Wegman haría el resumen de las conclusiones del Seminario que serían publicadas en el volumen 40 del Boletín de la OSP. También asistió al Seminario el Dr. Oswaldo José Da Silva, representante de la oficina para la zona IV en Lima (Perú).

En cuanto a la enfermería, rama de gran importancia en el proceso de la cooperación, la OSP y UNICEF auspiciaron, en 1952, la apertura del primer curso de postgrado en obstetricia para enfermeras, dirigido por Helen Hentsoel. Según refiere Velandia, siguiendo el trabajo de Bertha Arango: "Hasta 1954 el curso había producido 16 enfermeras Instructoras de Obstetricia. La Dirección ya estaba a cargo de una enfermera colombiana y se empezaba a integrar el programa con el de estudios de salud pública. A partir de 1955, aumentó la duración del curso a diez meses y las alumnas obtuvieron el título de Salud Pública y Obstetricia" (Velandia, 1995: 99). Como estaba previsto, la Escuela Superior de Enfermería pasó a formar parte de la Universidad Nacional en 1951 y desde 1953, con la retirada de la FR, quedó bajo el control exclusivo de esa universidad (ESP/UN, 1959).

En relación con la formación en salud pública, la OSP participó de manera amplia en el desarrollo de la Escuela Superior de Higiene, que en enero de 1959 se reorganizó y cambió su nombre por Escuela de Salud Pública (ESP/UN, 1959). Allí el interés desplegado por la OSP estuvo en directa relación con el desarrollo del PPSIS, ya mencionado (Mejía, 2002a). En cuanto a la formación de personal en saneamiento ambiental, el Ministerio de Higiene, en colaboración con el SCISP, desarrolló en 1949 el primer curso para revisores de saneamiento, en 1953 se fundó el Centro Nacional de Adiestramiento y Experimentación de Sanidad Ambiental (CATEDSA) y en 1954 los cursos de adiestramiento para personal auxiliar de saneamiento fueron transferidos a la Escuela Superior de Higiene. Durante los años cincuenta, la OSP adjudicó doce becas para que personal auxiliar de saneamiento al servicio del Ministerio de Salud Pública asistiera a cursos de adiestramiento en otros países. Asimismo, los asesores de la OSP colaboraban con labores docentes en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional (ESP/UN, 1959: 5).

Aunque la OSP se esforzó por una amplia colaboración tanto en el plano de la reforma de los entes de salud, como en la formación del personal requerido para ello, el peso mayor lo siguió teniendo el viejo modelo, remozado, de erradicación. El periodo 1951-1960 estuvo marcado por la ambigüedad entre el deseo de pasar a

una acción integral y más amplia contra las enfermedades, reorganizando los servicios de salud para lograrlo, y la contundencia de unas acciones sanitarias centradas en la erradicación de las enfermedades transmisibles, a las cuales se dedicaban los mayores esfuerzos. Más allá de las cifras, es necesario resaltar la ausencia de una clara visión que comprometiera a otros sectores de la economía y de la sociedad en la lucha contra la enfermedad y por la salud. La construcción de esta visión sólo se iniciaría en el decenio siguiente en el marco de los acuerdos de la Alianza para el Progreso (APP), bajo una perspectiva liberal de la política social, aunada al liderazgo de los Estados Unidos y supeditada a los intereses de éstos y de las elites dominantes de los países latinoamericanos.

Capítulo 5: Salud, desarrollo y derecho a la salud, 1961-1975

La Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial de la Organización de Estados Americanos (OEA), celebrada en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961, significó una reorientación de las relaciones entre la OPS y los países de la Región. Si bien los países americanos habían incorporado formalmente el proyecto de ampliación de los derechos ciudadanos desde 1948, las realizaciones eran aún escasas. Entre tanto, la expansión de la influencia socialista se hacía cada vez más evidente, en especial después de la revolución cubana de 1959. En estas condiciones, la Reunión de Punta del Este constituía, como el presidente John F. Kennedy lo afirmaba en su instalación, “una demostración de la capacidad de las naciones libres para resolver los problemas materiales y humanos del mundo moderno” (Kennedy, 1961: 984). Este proyecto implicó para el campo de la salud una vinculación explícita al desarrollo socioeconómico, el cual sería impulsado por los estados sobre la base de una planificación centralizada y ajustada al mundo capitalista. Este referente modificó todos los frentes de la cooperación técnica en salud y de la relación específica que la OPS venía fortaleciendo con el Estado y la sociedad colombianos. En los servicios de salud, en la formación de personal en salud y en los programas de erradicación de las enfermedades transmisibles, se presentaron debates y serias transformaciones. La máxima expresión de este nuevo ordenamiento de las relaciones se concretó en la creación legal del Sistema Nacional de Salud en 1975, límite del período que se examina a continuación, como la nueva estructura del sector en la que se pondrían en marcha las viejas y las nuevas políticas nacionales de salud.

La OPS y el mandato de la Carta de Punta del Este

En el marco de la Guerra Fría entre capitalismo y socialismo real, la idea de “planificar” el desarrollo económico se convirtió en un imperativo para todos los

países. El asunto de cómo superar la brecha entre países ricos y pobres hacía parte del reto para los dos sistemas en confrontación. El binomio desarrollo/subdesarrollo se convirtió en el eje del debate, dentro del cual las ideas keynesianas que propugnaban la intervención estatal en las economías, el fortalecimiento del mercado interno y el aumento de la demanda por la inversión estatal en infraestructura y en protección social, se veían como alternativa para los países latinoamericanos. Ya en los años cincuenta, Raúl Prebisch había planteado las bases de la teoría de la dependencia y cuestionaba la condición de desigualdad estructural en las relaciones de intercambio entre centro y periferia en el capitalismo contemporáneo. De allí que las propuestas de solución pasaran por la “programación” de la intervención estatal, la industrialización deliberada y la integración económica regional (Klochovski, 1992: 129), frentes de trabajo que fueron adoptados por la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina (CEPAL) en el decenio de los sesenta.

Por parte de la OEA, se había conformado una comisión especial denominada “Grupo de los 21”, en la que la OPS tuvo una participación importante. La segunda reunión de esta Comisión se llevó a cabo en Buenos Aires, en abril de 1959 y, gracias a la injerencia de la OPS, la Resolución VII de esta reunión estableció:

Recomendar a los Gobiernos que, al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, incluyan los programas de salud pública, que son esenciales y complementarios de los económicos. [Además] Recomendar a los Gobiernos la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de los programas antes mencionados. (Horwitz, 1962a: 476-477).

La OSP también había entrado en una nueva etapa. Si Soper significó el “llamamiento a las armas” para erradicar las enfermedades transmisibles, la elección del chileno Abraham Horwitz, en 1958, implicó una mayor presencia de los latinoamericanos en la conducción de la Organización y un cambio en la orientación política, basado en las relaciones estructurales entre la salud, el bienestar y el

progreso económico de los países (OPS, 1992: 407). Así lo expresaba Horwitz en la reunión de Punta del Este:

La tesis de que el aumento de la producción trae un incremento proporcional del ingreso real de cada persona y mejores condiciones de vida, no se ha cumplido en las Américas ni siquiera en los países más prósperos. Teóricamente, podríamos afirmar resultados comparables si los recursos se invirtieran de preferencia para promover la salud y prolongar la vida.// Hay conciencia hoy sobre la necesidad de estimular simultáneamente el crecimiento económico y el progreso social por medio de planes racionalmente concebidos que atiendan prioridades y orientados al empleo de los recursos crecientes. (Horwitz, 1961a: 379).

Así, se inició la articulación entre salud y desarrollo socioeconómico en el continente, también por la nueva posición de la OPS y su estrategia de vinculación a la dinámica política regional. La tercera reunión del “Grupo de los 21” se realizó en Bogotá en septiembre de 1960 y su declaración, el “Acta de Bogotá”, fue aún más explícita en reconocer “la interrelación de los intereses de las Repúblicas Americanas y la mutua dependencia de los problemas económicos y sociales” (Horwitz, 1962a: 477). Entre los problemas sociales prioritarios, se hizo especial mención a los de salud, sección que fue redactada por los participantes de la OPS. El ideario de Bogotá se consolidó y amplió en la Carta de Punta del Este, que estableció los objetivos de la APP. En esta Carta se incluyó la salud en lugar muy destacado, por medio de la Resolución A.2, denominada “Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso”. En los considerandos de la Resolución, la relación entre salud y desarrollo aparece como un “requisito esencial”, según lo había expresado el Grupo de Expertos de la OEA sobre Planificación del Desarrollo Económico y Social:

[...] el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento

económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región. (OPS/OMS, 1961: 32).

Pero la APP significaba algo más que una nueva estrategia de cooperación en un mundo polarizado, con claras estrategias de expansión de los sistemas en conflicto y con la presencia en el subcontinente de una experiencia socialista apoyada explícitamente por la URSS. La campaña presidencial de John F. Kennedy en E.U. atacó fuertemente la política internacional del presidente Eisenhower, por asumir una posición demasiado pasiva frente a la agresiva expansión de la URSS durante la década del cincuenta (Halperin Donghi, 1993: 538). Para superar esta pasividad, era necesario acudir a una teoría general del desarrollo que permitiera demostrar las potencialidades del capitalismo para evitar las vías revolucionarias. Ésta era la teoría de W.W. Rostow, egresado de la Universidad de Yale y director del Centro de Estudios Internacionales de MIT, quien acababa de publicar su “manifiesto no comunista” con el título *Las etapas del crecimiento económico* (Rostow, 1960). El presidente Kennedy nombró a Rostow asesor de política económica de la Casa Blanca. Dado que, en su teoría, el paso de una etapa de “sociedad tradicional” a la de “despegue”, y de allí, a la de “alto consumo masivo”, requería la inversión de recursos por parte de la sociedad madura, la APP definía de manera clara metas de crecimiento y de inversión por parte de los gobiernos involucrados. Los objetivos implicaban cambios en la composición de la propiedad de la tierra, esfuerzos de industrialización dirigidos por los Estados e inversiones sistemáticas en educación y salud pública. Según Halperin Donghi,

[...] esos objetivos debían lograrse mediante la transferencia de veinte mil millones de dólares a lo largo de diez años, la mitad de los cuales provendrían del tesoro de los Estados Unidos y el resto de inversiones productivas privadas, y debía ser complementada por inversiones de igual monto y de origen latinoamericano, aquí a cargo sobre todo del estado; el objetivo era asegurar una tasa de crecimiento del producto bruto *per capita* del orden del 2,5 por 100 anual (Halperin Donghi, 1993: 540).

Los cambios en la orientación política y teórica de la OPS se articularon a la dinámica política regional de una manera que favorecía la inversión en salud por parte de los Estados. El gran objetivo proclamado por la Carta de Punta del Este en materia de salud parece redactado por la OPS: “aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva”. Este objetivo estratégico debía alcanzarse mediante el logro de una serie de metas en el campo de la medicina preventiva, de la curación y de la rehabilitación, tales como:

[...] suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años por lo menos a la mitad de las tasa actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez y muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades (OPS/OMS, 1961: 20-21).

Para el logro del objetivo estratégico se introdujeron criterios que deberían gobernar las relaciones entre gobierno, sociedad, economía y salud: primero, el reconocimiento de que la salud era una inversión y no un gasto; segundo, la utilización de la planificación como instrumento para la toma de decisiones en relación con la asignación y uso de los recursos; y tercero, la integración de las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre los distintos subsectores responsables de esas actividades, particularmente entre los servicios de salud de los ministerios de salud y los del seguro social. Estos lineamientos marcaron la cooperación en salud durante más de tres lustros.

Derecho a la salud e integración de servicios

La aceptación de la salud como derecho positivo a cargo de los estados permitió una mayor coordinación de las acciones del sector público para lograr metas de bienestar, como las planteadas por la Carta de Punta del Este (Horwitz, 1961a: 388). Para Horwitz y su equipo, era posible lograr, en un lapso relativamente breve, el acceso de toda la población al bienestar, y éste, según la definición adoptada por la OMS en su Carta de constitución en 1946, era lo más parecido a la salud (OPS/OMS, 1983: 23-24).

En la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este se hablaba de “integración”, en el plano sectorial, de “las funciones de prevención y curación”, al tiempo que se impulsaría, en el plano intersectorial, “el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros” (OPS/OMS, 1961: 33). Esto permitiría articular la salud a los planes generales de desarrollo económico y social de los gobiernos y, al mismo tiempo, formular un plan nacional de salud orientado a hacer el mejor uso posible de los recursos públicos y privados disponibles para la protección, promoción y restauración de la salud. Para cumplir este propósito, se reunió en Washington en 1962 el grupo asesor sobre atención médica, convocado por OPS con el apoyo de la OEA. El grupo recomendó la integración de los servicios de prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre las agencias del Estado, por lo menos en el nivel de la planeación si no se podía hacer su unificación orgánica, y entre éstas y las otras instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente las de seguridad social.

Para el grupo asesor, la integración pasaba por la definición conceptual de lo que se entendía por atención médica, y esto se hizo desde dos enfoques: el técnico—científico y el ético—político. Según el primero, se entendía por atención médica el conjunto de servicios preventivos, de curación y rehabilitación para la atención a las

personas. Quedaban excluidos de esta definición los servicios preventivos dirigidos a la colectividad y al ambiente, como el saneamiento y la vivienda, entre otros. El ético—político hacía eco de la posición de la OMS sobre la salud como un derecho humano que debía ser garantizado sin discriminaciones (Rosen, 1993 [1958]: 460). Según el grupo asesor, “todas las personas, sean cuales fueren sus ingresos o fuentes financieras, su lugar de residencia y su raza, religión o convicciones políticas, deben recibir atención médica inmediata y apropiada” (OPS/OMS, 1962: 40). Esto significaba una posición universalista del derecho a la atención médica.

El grupo asesor recomendaba también una organización de los servicios de atención médica en tres niveles: nacional, intermedio y local. El nivel nacional debería tener funciones normativas; los demás, actuando de manera descentralizada, tendrían funciones ejecutivas. El Grupo recomendó desarrollar un plan único de atención médica construido con la participación de los distintos actores del sector, incluido dentro del programa nacional de salud y articulado al plan general de desarrollo económico y social, y orientado a desarrollar la “integración de la medicina preventiva y curativa” (OPS/OMS, 1962: 33). La integración del nivel nacional se haría a través de un organismo centralizado de salud del que formarían parte cada uno de los subsectores de salud encargados de planificar, establecer normas, coordinar y administrar los servicios de salud a escala de todo el país. El nivel regional realizaría funciones de dirección, coordinación, supervisión y cooperación regionalizada de los servicios. Y el nivel local, con funciones meramente operativas de prestación de servicios, sería el escenario de la coordinación de las acciones de los distintos subsectores y de la integración de las actividades de prevención y curación, de atención hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria y de bienestar social. A partir de este nivel local debería desarrollarse el proceso global de integración.

Esta doctrina de integración fue oficializada por la OPS y por los gobiernos en sus distintas reuniones formales. Así, por ejemplo, el Consejo Directivo de la OPS en su 16ª reunión, trazó la orientación de integrar las responsabilidades de las agencias

del Estado destinadas a la atención de los pobres con las de las seguridad social, aunque para el caso de ésta última, en lo relativo a las responsabilidades, se expresaron reservas. Y en las discusiones técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana de 1962, se recomendó la coordinación de los servicios de asistencia pública con los de la seguridad social como camino hacia la integración de la salud pública con la atención médica y la racionalización del uso de los recursos. No hubo discrepancias con el enfoque estratégico de integración funcional sino con la táctica de su puesta en práctica que, se aceptó, fuese la de un proceso experimental de lo local a lo global (OPS/OMS, 1962). Ésta fue también la conclusión de la Reunión de Ministros de Salud de las Américas de 1963, a la que asistió por Colombia el Dr. José Félix Patiño, Ministro de Salud Pública (OPS/OMS, 1963: 39).

En estos años, Colombia comenzaba el experimento político que pretendía superar la violencia partidista y restaurar la democracia, después del gobierno del General Rojas Pinilla y de su reemplazo por la Junta Militar en 1957. Pero la estrategia adoptada, el ya mencionado Frente Nacional, significó un nuevo cierre del sistema político. Un plebiscito aprobó una reforma constitucional para alternar el poder estatal entre los partidos tradicionales Liberal y Conservador por un lapso de 16 años a partir de 1958. Las lógicas institucionales, políticas y culturales del Frente Nacional perduraron más allá del límite establecido, hasta mediados de la década del 80 (Hartlyn, 1993: 15). El Frente Nacional fue cuestionado desde muy temprano, tanto por copartidarios (liberales y conservadores) como por fuerzas sociales y políticas excluidas. Y esto se tradujo en serios problemas de gobernabilidad y en la continua búsqueda de mecanismos de incorporación de fuerzas sociales, de consolidación del poder presidencial y de negociación sistemática con el legislativo. Como afirma Tirado Mejía, “la característica central del sistema del Frente Nacional es que se trataba de un mecanismo para evitar pero no para innovar; [...] para lograr un consenso, que a la postre se convirtió en paralizante [...]” (Tirado Mejía, 1989: 399).

El primer gobierno del Frente Nacional fue el de Alberto Lleras Camargo (1958-1962), quien ya había concluido como Presidente, entre 1945 y 1946, el segundo gobierno de López Pumarejo, frenando desde el liberalismo el ímpetu reformador de sus medidas o, por lo menos, de sus ideales. En el nuevo mandato le correspondía poner las bases de los gobiernos bipartidistas para largo rato. Lleras Camargo era, en ese momento, la figura más destacada de las llamadas clases dirigentes colombianas, poseedor de una inteligencia brillante, escritor muy apreciado por dichas clases y por algunos miembros de la *intelligenza* nacional, y con una amplia experiencia internacional adquirida como embajador en los Estados Unidos, delegado a conferencias internacionales, director de la Unión Panamericana y Secretario de la OEA. Esta experiencia, puede pensarse, fue una pieza clave, desde el país, para el incremento de la cooperación internacional, y en especial en el terreno de la salud, cuya intensificación en el cambió de los cincuenta a los sesenta fue evidente. Es emblemático el hecho de que fue precisamente Lleras Camargo quien recibió en Bogotá, durante su mandato, a John F. Kennedy cuando colocó la primera piedra de “Ciudad Kennedy” uno de los más populosos y conflictivos barrios de la capital. Kennedy era el actor individual más importante en la difusión e imposición de la política de la APP, de vastas repercusiones en todos los niveles, como se verá.

La dinámica del Frente Nacional se expresó también en las políticas de salud y en el desarrollo del proyecto de la garantía del derecho a la asistencia médica por la vía de la integración o de la coordinación de los servicios. De un lado, implicó un acercamiento temprano a la dinámica internacional de la APP; de otro, mostró serios problemas de concertación interna para la integración de los servicios. Más aún, en lo que atañe a la práctica efectiva del derecho a la salud y al bienestar, constituyó una barrera en cuanto reafirmó el carácter excluyente de los sistemas de gobierno practicados por las sectores que han controlado el poder desde prácticamente la llamada Independencia. Este lastre, por ejemplo, puede ubicarse en la puesta en acción de políticas de participación comunitaria en salud, y en otros

ámbitos, que desde “arriba” siempre se perciben como una generosa concesión o como algo que se hace necesario para evitar estallidos sociales.

A esta altura, Colombia avanzaba en la senda de la planeación. Desde 1953 la CEPAL, había aprobado una resolución sobre “técnica de programación”, a partir de la cual se inició una serie de estudios sobre *Análisis y proyecciones del desarrollo económico* en cada uno de los países de la Región. El tercero fue el de Colombia, que se publicó en 1957 (NU, 1957: 1). Con el apoyo de Naciones Unidas, de la CEPAL y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el gobierno de Alberto Lleras Camargo, primero del Frente Nacional, presentó el *Plan cuadrienal de inversiones públicas nacionales, 1961-1964*, primer plan de desarrollo elaborado por el Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos¹⁰ del Consejo Nacional de Política Económica y Planeación. Este documento ponía en evidencia que la idea de planificar las acciones del Estado se venía impulsando en Colombia y ya ofrecía algunas realizaciones. De hecho, la reforma constitucional de 1945 había sentado las bases para una mayor intervención del Estado en la economía y desde el gobierno de Laureano Gómez se había establecido el Comité de Desarrollo Económico y la Oficina de Planeación adscrita a la Presidencia de la República, en 1951 (Rodríguez, ca.1992: 116). La orientación del Plan del gobierno de Lleras Camargo era favorecer el desarrollo con recursos públicos para estimular también la inversión privada. Al respecto, en el documento se afirmaba que “la prosperidad y el ritmo de avance del sector privado dependen, en gran parte, de que las inversiones públicas se realicen en la magnitud adecuada y precisamente en aquellos renglones que más la requieran” (Colombia CNPEP, 1960: 7).

En salud había desarrollos muy concretos, pero también, serias dificultades. El Plan Cuadrienal informaba un aumento de la inversión en construcción y dotación de hospitales y centros de 1'495.000 pesos corrientes en 1957 a 7'579.000 pesos corrientes en 1960 (Colombia CNPEP, 1960: 243). En 1959, el déficit de camas

¹⁰ Antecedente del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

hospitalarias era de 17.290 para alcanzar la meta de 4 camas por 1.000 habitantes. Pero el costo calculado en 1962 para las 20.000 camas necesarias era de 800 millones de pesos de ese año (Vega, 2001: 3). Así que no sería un asunto de pronta resolución. Como se mencionó, había ya una experiencia de integración de servicios preventivos y curativos en el marco de la cooperación técnica de la OPS en Colombia desde 1956. La cooperación contribuyó, tanto al desarrollo del PPSIS desde los centros de salud, como a la reorganización del Ministerio de Salud Pública (MSP), por el Decreto N° 1423 de 1960, en la que se incluyó una división de “Planeación de Entidades Asistenciales”. En este marco institucional, se decidió formular el *Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública –1962 a 1971- en desarrollo de la Alianza para el Progreso* (Colombia MSP, 1961a).

El Plan Decenal tenía como propósito mejorar la “salud colectiva y el bienestar social de los individuos, de las familias y de la comunidad”, actuando, mediante actividades de prevención y curación realizadas por centros de salud, contra los factores determinantes y evitables de enfermedad y mortalidad. Los problemas prioritarios de salud coincidían con los señalados en la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este: desnutrición y enfermedades gastrointestinales, inmuno—prevenibles y transmisibles relacionadas con problemas ambientales y falta de acceso a servicios de asistencia médica primaria. Se estableció la meta de contar con 200 centros de salud en todo el país en diez años, de los cuales, 168 serían nuevos, con capacidad para atender a una población de 100.000 habitantes cada uno. Cada centro de salud realizaría actividades de fomento, protección y reparación de la salud, mediante programas de higiene materno—infantil, saneamiento ambiental, epidemiología y control de enfermedades transmisibles, nutrición, odontología y atención médica. De esta forma, los centros de salud concretaban la integración de la prevención y la curación en el nivel local, y se esperaba que coordinaran la atención médica con otros organismos asistenciales como hospitales, orfanatos, ancianatos y otros.

También en las regiones había iniciativas de coordinación de los servicios públicos y privados de salud. En 1961, una decisión de la Asamblea del Valle del Cauca orientó la coordinación, mediante contratos, entre la Dirección Departamental de Salud Pública, la Beneficencia del Valle y las juntas directivas de los hospitales. La Ley 12 de 1963, ordenó la realización del "Plan Hospitalario Nacional", con base en la integración de los servicios asistenciales, preventivos y curativos, junto con la investigación y la coordinación de las entidades públicas y privadas. El Decreto Extraordinario 3224 de 1963, que reestructuró nuevamente el MSP con los lineamientos de la cooperación de OPS, estableció niveles funcionales que cubrían todo el territorio nacional, y dio vida jurídica a la formalización de convenios o contratos administrativos entre esos niveles para el desarrollo de programas de salud. Una reunión de secretarios y directores de Salud Pública con representantes de las Beneficencias, realizada en 1964, también recomendó que estas entidades se coordinaran con miras a la integración (Colombia MSP, 1966).

Sin embargo, el proceso de integración presentó dificultades durante la década del 60. La integración y la coordinación se vieron enmarcadas en la dinámica de los actores sociopolíticos del campo de la salud, en el contexto de un sistema político cerrado y de difícil movilidad. En 1962, el Ministro de Salud Pública, Alvaro de Angulo presentó un proyecto de ley que ordenaba la articulación de recursos públicos y privados para la formulación de un Plan Nacional Hospitalario que cubriera el déficit de las 20.000 camas hospitalarias. En el proyecto, convertido en Ley 12 de 1963, se encargó a una comisión interparlamentaria la elaboración del Plan, con la participación de todos los sectores interesados: las direcciones o secretarías de salud pública y asistencia social, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la Asociación Colombiana de Hospitales, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), las Cajas de Previsión Social, las Juntas Departamentales de Beneficencia y otras entidades similares (Vega, 2001: 4). La primera acción en tal sentido consistió en la realización de un inventario de las instituciones hospitalarias existentes, realizado por el MSP y ASCOFAME.

La comisión interparlamentaria no se reunió y en el gobierno de Guillermo León Valencia (1962-1966) se plasmaba la crisis del modelo frente—nacionalista (Silva Luján, 1989a: 223-5). En el Congreso las divisiones partidistas se tradujeron en inmovilismo y el presidente decidió avanzar por la vía del Estado de Sitio y de las reuniones a puerta cerrada (Hartlyn, 1993: 186). La economía mostraba serios problemas de crecimiento y la opción por la devaluación del peso alborotó a los trabajadores y a los estudiantes, mientras comenzaban las primeras expresiones de oposición armada con las llamadas Fuerzas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN). En el marco legal del Estado de Sitio, el Ministro de Salud Pública, el médico caucano Juan Jacobo Muñoz, formuló el Decreto Legislativo N° 3196 de 1965, “por el cual se ordena la integración de los servicios de salud y asistencia pública del país y se dictan otras disposiciones”. La estrategia de integración consistía en la elaboración de contratos entre el Estado y las beneficencias o las secretarías departamentales para la organización de “Servicios Seccionales de Salud”; pero también incluía la conformación de juntas seccionales de salud, el régimen especial para los trabajadores de los servicios de salud y la reorganización de la Corporación Proveedora de Instituciones de Asistencia Social (CORPAL), entidad creada para centralizar la adquisición de equipos, fármacos y materiales de laboratorio con destino a los hospitales públicos y privados.

Parecía una buena salida, pero el decreto no fue de buen recibo. Un grupo de médicos, particularmente directores de hospitales, los síndicos de las beneficencias más importantes, los altos prelados de la Iglesia y varios parlamentarios, principalmente del Valle del Cauca, atacaron el Decreto, con argumentos que resaltaban la tradicional confrontación política entre región y nación (Vega, 2001: 14-15). A juicio de los opositores, la medida era centralista porque le daba potestades administrativas al Ministerio de Salud Pública (MSP) en el manejo de los recursos regionales y locales que no le correspondían, atentaba contra la autonomía administrativa y financiera con que se venían manejando las instituciones de Beneficencia, y desorganizaba la atención asistencial; además, el procedimiento de

su promulgación no encajaba con la perturbación del orden público (artículo 121 de la Constitución Nacional), situación en la cual se amparaban los gobernantes para declarar el Estado de Sitio, régimen de excepción que los autorizaba para expedir decretos—leyes. El movimiento opositor logró que el Decreto Legislativo N° 3196 de 1965 fuera declarado inexecutable por la Corte Suprema de Justicia. Pero el gobierno, mediante el Decreto N° 1499 de 1966, mantuvo algunos aspectos centrales del proceso de integración, particularmente la política de contratación de servicios que se venía practicando en los departamentos entre las secretarías de salud, las beneficencias y los hospitales. La integración debía realizarse en un proceso progresivo, de acuerdo con las circunstancias regionales y políticas. Según Hernández Torres (2001: 13), “de enero a agosto de 1966 se habían logrado integrar 17 de los 19 departamentos y la totalidad de los territorios nacionales elaborando para cada uno de ellos el Decreto correspondiente”. No obstante, los servicios de salud tardaron varios años en la tarea de resolver las tensiones existentes entre los poderes regionales y el nacional. El proyecto de los centros de salud, en el que se realizaron proyectos de cooperación¹¹ y que se liquidó en esos años, había logrado montar en 1965 sólo 53 de los 200 centros programados, y no a todos se les había asignado el equipo ni el personal necesario para su funcionamiento. En el nuevo orden, los centros deberían hacer parte de los Servicios Seccionales.

Por lo demás, las instituciones de seguridad social no fueron tocadas. La atención médica bajo la forma de un seguro de enfermedad venía desarrollándose en el país desde el decenio de los años cuarenta. El seguro social colombiano se basaba en el modelo alemán (bismarckiano) de seguros sociales obligatorios, fundamentado en las nociones de riesgo y contingencia, cálculo actuarial, obligatoriedad, solidaridad, protección a las necesidades sociales de los trabajadores asalariados de menores

¹¹ Los asesores de OPS para este proyecto, en el marco del programa de “Servicios Nacionales de Salud”, fueron los doctores Mario León Ugarte (1956-1959), Raúl Vera (1960-1965), Romeo Manrique de Lara, en Administración Sanitaria (1960-1964), Germán Lelo de Larrea, en Atención Médica (1964-1968) Martín Vásquez Vigo (1966-1967), Federico Bresani Silva, en Planificación de Salud (1967) y Norberto Espinosa (1968).

ingresos —particularmente riesgos profesionales de salud, como accidentes de trabajo y enfermedad profesional, y riesgos económicos de invalidez, vejez y supervivencia— y un sistema de financiación calculado con base en la relación salarial entre trabajadores y empleadores (Cañón Ortigón, 1988).

Pero el desarrollo del seguro era precario todavía. Existía una pluralidad de regímenes, instituciones y sistemas de financiación y se adoptaron diversas técnicas de administración financiera de los riesgos cubiertos (Cañón Ortigón, 1988). En las instituciones con mayor capacidad de oferta, las prestaciones de salud incluían algunos servicios de prevención, casi todos los de curación y rehabilitación, además de “servicios sociales complementarios”, pero siempre en el carácter personalizado del aseguramiento de los riesgos. Por ello, la integración de los servicios de salud era técnicamente difícil y compleja. Pero era también políticamente difícil, porque no era fácil que los beneficiarios cedieran sus derechos para la conformación de un sistema que no garantizaba una mejor opción. El aporte estatal del sistema tripartito no se había cumplido y la deuda del Estado con el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) no era de poca monta. Una cosa fue el proyecto original del seguro, expresado en la idea de expansión progresiva del ICSS, y otra las realizaciones (Abel, 1996: 115). Muchas causas se han planteado para explicar estas distancias entre lo ideal y lo real en el caso del ICSS: la incursión en la dinámica bipartidista, el escaso compromiso de los empresarios, la debilidad política y estratégica del movimiento de los trabajadores organizados, la resistencia de los médicos —celosos de su independencia y supervivencia como profesión liberal— la falta de claridad conceptual y técnica en su manejo y la carencia de recursos suficientes para financiar la expansión de los servicios de atención médica debida a la demora e incumplimiento en el pago de los aportes por parte de las empresas, el Estado y los trabajadores (Rodríguez y Arévalo, ca.1992; Abel, 1996).

Con todo, el debate de mediados de los años sesenta no pasaba por la idea de la asistencia médica como un derecho de todos los ciudadanos. El marco

constitucional colombiano no hablaba de derechos de manera explícita. Desde la reforma constitucional de 1936 había quedado una responsabilidad del Estado por los pobres, con base en el concepto de "asistencia pública" (Hernández, 1992: 129-136). En el nuevo contexto internacional de ampliación de derechos, el gobierno de Valencia expidió un decreto que retomaba el concepto de asistencia pública para incorporar la idea del bienestar, en los siguientes términos:

La asistencia pública, como función del Estado, consiste en la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, estén incapacitadas para trabajar (Colombia PR, 1963: art.1).

En estas condiciones, en el plano legal colombiano continuaba la idea de una obligación estatal por los pobres que, en términos rigurosos, debería cubrir sólo a los indigentes y abandonados a su suerte. Pero la restricción nunca llegó a ser tan fuerte. Por el contrario, la existencia de una gran cantidad de población en condiciones de pobreza y la difusión a nivel internacional de la idea de que era necesaria la expansión de los servicios ofrecidos por los Estados, condujo al país a entrar en un proceso de ampliación de la red pública de servicios, lo que de alguna manera podía asimilarse a la puesta en práctica del derecho a la salud, aunque este derecho, en términos generales, siempre ha sido parcial y limitado.

La OPS se vinculó a este proceso, mediante el envío de asesores a partir de la Reunión sobre Integración de Servicios de Salud y Plan Nacional de Salud realizada durante los días 27 al 29 de julio de 1966 en Bogotá. A ella asistieron distintos actores gubernamentales (MSP, cajas de previsión social, ICSS) y no gubernamentales (agremiaciones de profesionales de la salud, centrales obreras). Por la OPS asistieron como invitados de honor los doctores Alfredo Arreaza Guzmán, Jefe de la Zona IV, y José Gabriel Borda, asesor de atención médica de la

Zona IV, quienes explicaron la posición de la OPS sobre integración y aclararon las interpretaciones que de la misma hacían diversos actores en el debate nacional.

Las conclusiones de la reunión subrayaron la inclusión de las Beneficencias y los hospitales en el sistema de integración, y también la de “las instituciones de seguridad social (ICSS, Cajas de Previsión Social, oficiales, semioficiales y privadas)”, que “se consideran como partes de un sistema integrado de salud”. Sin embargo, se reconocían las dificultades y se aclaraba que, mientras se alcanzaba esta meta, debía procurarse “la coordinación de estos institutos con los servicios de salud, a fin de evitar la duplicación de acciones, favoreciendo así la mejor utilización de los recursos” (Colombia MSP, 1966: 161). Además, se hizo énfasis en que la política de integración era básica para la formulación del Plan Nacional de Salud, punto clave de la agenda de gobierno como elemento del Plan de Desarrollo Económico y Social. Rondaba, entonces, el ideal no realizado de la planificación de la salud.

Recursos humanos, clave de la planificación en salud

Uno de los temas en que más expresaba la intención planificadora era el de los recursos humanos. Éste se convirtió en una puerta de entrada para afianzar la planificación de la salud. Ante los ojos optimistas de los expertos, el terreno de la educación médica se presentaba lleno de posibilidades y de retos. Inmersos en el proceso de renovación de la educación médica iniciado en los años anteriores, los dirigentes de las facultades de medicina veían con confianza el despertar de un nuevo decenio. Formalmente reunidos desde 1959 en ASCOFAME, dichos dirigentes impulsaron una serie de actividades orientadas hacia el mejoramiento de la educación médica en Colombia¹². En particular, se organizaron varios seminarios sobre enseñanza de la medicina interna, pediatría, medicina preventiva, y ginecología y obstetricia. Se convocaron, a su vez, comités para discutir asuntos

¹² Para 1963 existían en el país siete facultades de medicina en las Universidades Nacional, de Antioquia, del Valle, de Cartagena, del Cauca, de Caldas y Javeriana.

concernientes a criterios de admisión de estudiantes, acreditación de hospitales para la enseñanza y pautas generales para el desarrollo de programas de internado. También se estableció el Consejo General de Especialidades Médicas, organismo encargado de estudiar la acreditación de las especialidades y dictar normas sobre planes de estudio y niveles mínimos de capacitación de los especialistas (Velásquez Palau, 1964; Jiménez Arango, 1964).

ASCOFAME se convirtió en una instancia asesora de la política de planificación de salud y de integración de servicios. La Asociación se encargaba, en desarrollo de la Ley 14 de 1962, de la regulación de la profesión médica, de la aprobación y difusión de los requisitos mínimos para el funcionamiento de las escuelas de medicina en el país, así como de proponer un plan decenal de educación médica y de colaborar en la formulación y realización del Plan Hospitalario Nacional. Todo esto inscrito en las orientaciones emanadas de Punta del Este sobre planificación del personal de salud y educación médica (Patiño, 1964). Esta intención se tradujo en la Primera Asamblea General Extraordinaria de ASCOFAME llevada a cabo en Cartagena, entre el 16 y el 19 de octubre de 1963. En dicho evento, que contó con la participación de algo más de 120 delegados, se buscó reorientar la educación médica nacional y formular planes de desarrollo de las Facultades de Medicina armónicos con las necesidades del país y con los planes de desarrollo que se venían formulando, en consonancia con las exigencias crediticias de la APP (Rodríguez, ca.1992: 123).

El Director Ejecutivo de ASCOFAME en estos años de los sesenta del siglo pasado, el doctor José Félix Patiño, en la introducción al temario de la Asamblea, expresaba de manera nítida el vínculo existente entre salud y desarrollo económico:

La transformación económica a que nuestro país aspira para alcanzar las metas de desarrollo depende de la productividad de sus hombres. No podemos olvidar que el trabajo del hombre representa el más grande capital del país y por lo tanto, sin discutir si la economía tiene una finalidad humanista,

debemos aceptar que los gastos en promoción de la salud deben ser considerados no como consumo, sino como capital. Los dineros invertidos en un ser humano que luego se enferma o muere sin haber dado su máximo rendimiento, representan pérdida. La cantidad de dinero invertido en la recuperación de la salud, en la rehabilitación de ese individuo, siempre es mayor que la inversión que se haga en proveer un medio ambiente saludable que permita al hombre dar un máximo de productividad y lo mantenga alejado de la enfermedad (Patiño, 1964: 32).

La Asamblea recomendó realizar estudios sobre la demanda y los recursos disponibles en términos de personal sanitario (ASCOFAME, 1964: 298). Según Velásquez Palau (1968), entonces presidente de ASCOFAME, el Dr. Alexander Robertson, Director ejecutivo de la Fundación *Milbank Memorial*, sugirió desarrollar un estudio piloto sobre recursos humanos en Colombia. La idea fue acogida por el Ministro de Salud Pública, Santiago Rengifo, y avalada por el Director de OPS, Abraham Horwitz. Como parte de los preparativos para la realización de dicho estudio, los doctores Alfonso Mejía Vanegas, quien llegaría a ser funcionario de la OPS y de la OMS, y Raúl Paredes Manrique visitaron la OPS en Washington y la *Milbank Memorial* en Nueva York (Mejía, 2002). En consecuencia, a partir de 1964, el MSP y ASCOFAME, en cabeza de Mejía Vanegas y de Paredes Manrique, realizaron el *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia*. Este trabajo arrojó un panorama general, cuantitativo, de la situación de los recursos humanos en salud, así como de los perfiles de morbi-mortalidad y las condiciones sociodemográficas del país, que debería servir de base para un Plan Nacional de Salud y de Educación Médica.

El estudio se dividió en áreas de trabajo definidas por la lógica de la planificación en salud: población, mortalidad, morbilidad, recursos institucionales, recursos humanos, recursos socioeconómicos y educación médica. Algunos de los datos arrojados por el estudio fueron presentados por Raúl Paredes en la Conferencia Nacional de Resultados del Estudio de Recursos Humanos para la Salud realizada,

en Bogotá en agosto de 1967: un médico por cada 2.300 habitantes; nueve facultades de medicina (dos abiertas entre 1966 y 1967); 995 cupos de admisión para estudiantes; deserción estudiantil superior al 30%; aumento de la emigración de médicos; 74% de los médicos concentrados en las principales ciudades capitales; 28% de los médicos con formación de especialista; gastos anuales de \$70.000 por estudiante de medicina de pregrado en toda la carrera (Paredes, 1968). Paredes añadía: “a esta cifra se deben agregar los gastos ocasionados por servicios generales de las universidades, los que dependen del sostenimiento de los Hospitales Universitarios y los gastos de sostenimiento de cada estudiante durante siete años” (Paredes, 1968: 109).

Este estudio permitió comprender, de manera rigurosa, que el personal médico estaba inadecuadamente utilizado y desigualmente distribuido en el país e hizo evidente que aún faltaba mucho trabajo para fortalecer los enfoques de la medicina preventiva y para vincular la educación médica con las necesidades del país. Aunque se ha dicho que los resultados de dicho estudio fueron subutilizados, éste se convirtió en un hito en el desarrollo de los recursos humanos en Colombia y modelo para ser aplicado en otros países, labor en la cual la OPS tuvo notable injerencia. En 1967, el Estudio fue presentado en la ciudad de Maracay, Venezuela, ante los países de la región y allí, después de valorar sus resultados y su metodología, se concluyó que dicho trabajo era un referente importante para el trabajo futuro de planificación de los recursos humanos.

Entre tanto, la OPS intensificaba su labor reflexiva y realizaba propuestas en el terreno de la educación médica, auspiciando eventos académicos, difundiendo resultados de estudios y experiencias, favoreciendo el intercambio de ideas y promoviendo resoluciones y acuerdos entre los países. En particular, la OPS se interesó en la enseñanza de áreas como pediatría, medicina preventiva, patología, bioquímica, fisiología, farmacología y bioestadística, en las cuales se organizaron comités de expertos y se publicaron informes a lo largo de los años sesenta (OPS, 1960; OPS, 1964, 1964a, b, c, d, e). El Programa de Textos de la OPS, creado en

1966, tuvo como objetivo facilitar la adquisición de libros de medicina por parte de los estudiantes de América Latina, y en 1973, se amplió hacia estudiantes de enfermería (OPS, 1973, 1973a). En los comités de expertos en diversas asignaturas de la carrera de medicina que se organizaron participaron los siguientes profesores colombianos: Pelayo Correa (patología), William Rojas (farmacología), Luis María Borrero (fisiología), Benjamín Mejía Calad (pediatría) y Héctor Abad Gómez (medicina preventiva y social).

Además de esta preocupación por áreas específicas, la OPS adelantó una intensa discusión sobre el sentido general de la educación médica, su papel en el desarrollo de los países latinoamericanos y la planeación de los recursos humanos en salud. De hecho, en 1963, casi de manera simultánea con la asamblea de ASCOFAME ya comentada, la OPS convocó, en asocio con la *Milbank Memorial*, una mesa redonda en Nueva York, sobre recursos humanos en salud y programas de educación médica en América Latina. El interés de la OPS por este tema fue constante a lo largo del decenio y motivó, en 1967, el inicio de una investigación sobre Educación Médica en América Latina, bajo la dirección del médico Juan César García, funcionario del recién creado Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS. En Colombia, la recolección de datos entre finales de 1967 y 1968, estuvo a cargo de Raúl Paredes Manrique (García, 1969 y 1972). Con la publicación de la revista *Educación Médica y Salud*, donde publicaron artículos de médicos colombianos como Antonio Ordóñez Plaja, José Félix Patiño y el mismo Raúl Paredes, la OPS ofreció un instrumento fundamental para el desarrollo de la educación médica y una tribuna para compartir experiencias en la formación de personal en salud.

La OPS también colaboró con algunas facultades de medicina en forma más específica: en la Universidad de Antioquia brindó becas de estudio de postgrado para profesores, apoyó el desarrollo de programas de postgrado clínico y facilitó libros y materiales de enseñanza. En 1969, Jorge Builes, profesor de biología y embriología, y Jaime Uribe, quien viajó a Brasil y a E.U. para especializarse en

enseñanza médica, estaban recibiendo apoyo de la OPS. Las universidades Nacional, Caldas, Cartagena, Rosario e Industrial de Santander, recibieron colaboración de la OPS a través del programa de textos mencionado atrás. Adicionalmente, la OPS colaboró con la Universidad del Valle en la constitución de un centro de adiestramiento de patólogos, además de conceder becas de especialización en países como México (PAHO/WHO, 1969: 104-123).

El panorama de la educación médica en la región, desde la visión de la OPS, no era del todo alentador, pese a los esfuerzos invertidos en el mejoramiento de las instituciones, la modernización de los planes de estudio y los cambios pedagógicos. Entre los problemas considerados como relevantes en 1969, se señalaban los siguientes: rígidas estructuras administrativas, planes de estudio estáticos, escasez de profesores y de recursos materiales, enseñanza teórica y memorística, alta proporción de estudiantes repitentes, deficiente registro de datos, ausencia de procesos de auto evaluación y débil vínculo entre la formación médica y los planes nacionales de salud (Villarreal, 1969). Uno de los aspectos más preocupantes era la desproporción entre médicos, enfermeras y personal auxiliar. Antes de 1960, la educación en enfermería, que se realizaba en seis instituciones,¹³ se desarrollaba en programas de estudio de tres años y otorgaba el título de Enfermera General. En 1961, la Universidad Nacional reestructuró su programa y lo amplió a cuatro años para otorgar el título de Licenciada en Enfermería. El ambiente de debate que se generó de las reformas, así como el interés por fortalecer la formación de enfermeras, llevó a crear a lo largo del decenio nuevas escuelas de enfermería, algunas con el programa ampliado, en la Universidad Industrial de Santander, en el Instituto Mariano de Pasto y en las Universidades del Cauca, de Caldas y Francisco de Paula Santander de Cúcuta (Velandia, 1995).

Pese a estos esfuerzos, el número de enfermeras en el país era bajo. Según el mencionado Estudio de Recursos Humanos para la Salud, en 1965 había una

¹³ Éstas eran: Universidad de Cartagena, Universidad Nacional, Cruz Roja, Universidad Javeriana, Universidad de Antioquia y Universidad del Valle.

enfermera de grado universitario por cada 16.000 habitantes, es decir, casi una enfermera por cada siete médicos, con una remuneración salarial muy baja y una distribución geográfica aún más desigual que la de los médicos: el 86% trabajaban en las principales ciudades capitales (Paredes, 1968). Para enfrentar esta situación, en 1968 se estableció un proyecto de cooperación entre la OPS y Colombia para la enseñanza de la enfermería, que se extendió hasta mediados de los años setenta. Su propósito fue reorientar la formación del personal de enfermería, en cuanto a calidad y cantidad, de acuerdo con las nuevas políticas de recursos humanos y con la idea de alcanzar las metas del plan decenal de salud. A través de este proyecto se organizaron cursos y seminarios nacionales (ver el cuadro No. 4) y se continuó con la realización del diagnóstico de la enfermería en el país y con la investigación de la efectividad de este personal entre la población rural (OPS, 1975a).

CUADRO No. 4

CURSOS Y SEMINARIOS APOYADOS POR LA OPS EN EL PAIS, 1970-1976

Año	Materia	Duración	Participantes
1970	Higiene industrial	40 h	20
	Diseño de mejora de plantas de tratamiento de aguas	44 h	42
	Bombas y sistemas de bombeo	84 h	34
	Aprovechamiento de aguas subterráneas	330 h	21
	Técnicas de simulación en el desarrollo de recursos hidrológicos	56 h	
1972	Servicios de enfermería en salud materno infantil y planificación	3 meses	22

	familiar		
	Enseñanza de enfermería maternoinfantil y planificación familiar	2 meses	21
	Pediatría clínica y social	2-1/2 meses	20
	Seminario sobre enseñanza de la ingeniería sanitaria	20 h	60
	Promotores de saneamiento ambiental grado 1	270 h	25
	Diseño de plantas de tratamiento de agua	60 h	39
	Administración y dirección de empresas de acueducto y alcantarillado	400 h	19
	Aprovechamiento de aguas subterráneas	400 h	22
	Técnicas estadísticas y computacionales en proyectos de ingeniería sanitaria	80 h	10
	Tratamiento de desechos líquidos industriales	85 h	31
	Operadores de plantas de tratamiento de agua	1011 h	20
	Promotores de saneamiento ambiental grado 2	900 h	30
	Promotores de saneamiento ambiental grado 2	900 h	59
	Actualización en TBC para enfermería	1 sem	37

	Formación de promotores rurales		261
	Atención materno-infantil en enfermería	8-12	49
	Atención materno-infantil en enfermería	5-24	16
197 5	Curso de investigación en enfermería		30 (¿?)
	Curso sobre el papel de la auxiliar de enfermería en enfermedades transmisibles		15 (¿?)
	Curso de atención de enfermería materno-infantil		17(¿?)
	XIII curso internacional sobre administración y dirección de empresas de acueducto y alcantarillado.	250 h.	24
	XIII curso sobre aprovechamiento aguas subterráneas	300 h.	20
	Curso sobre cloración de aguas	40 h.	18
	Curso sobre contaminación del aire	70 h.	20
	Curso sobre lagunas de estabilización	48 h.	25
	Seminario sobre calidad del agua	24 h.	40
197 6	4 Talleres de actualización pedagógica en ciencias de la salud		120
	Seminario sobre enfermedades víricas		22
	Seminario sobre inmunizaciones		33
	Seminario sobre venereología		33
	Taller Regional sobre enseñanza de		36

	la enfermería comunitaria y APS		
	Seminario sobre ingeniería sanitaria en situaciones de emergencia	40 h	200
	Seminario Internacional de Fluoración	40 h	70
	Taller de salud ocupacional, higiene y seguridad industrial	12 h	26
	Disposición de desechos sólidos	40 h	30

Fuentes: OPS, 1971; 1973a; 1976; 1977

Escuelas de salud pública: salubristas y planificadores

Además de médicos y enfermeras, en los años sesenta también se hicieron esfuerzos por la formación de otro tipo de personal sanitario, tales como odontólogos, ingenieros sanitarios, médicos veterinarios y auxiliares sanitarios. La OPS adelantó una intensa discusión en América Latina sobre el sentido, los alcances, las funciones, las dinámicas y proyecciones de la salud pública y de sus escuelas de formación (OPS, 1962; Horwitz, 1962a; 1966; 1970) que la condujo a desarrollar una amplia investigación sobre el particular (OPS, 1969; Horwitz, 1969). En 1961, los directores de las escuelas de salud pública de América Latina realizaron en Venezuela, con el patrocinio de la OPS, su segunda reunión (ver cuadro No. 5). A ella asistieron los colombianos Santiago Rengifo, director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, y Jaime Vergara, profesor de bioestadística de la misma institución. Los directores concluyeron que las escuelas de salud pública sólo habían tenido hasta el presente “una limitada participación en la solución de los problemas de salud, como parte integral de los problemas sociales, cuya interdependencia es reconocida” (OPS, 1962: 189). Este reconocimiento exigía fortalecer la acción en salud pública y articular este esfuerzo “a las técnicas de una planificación global de tipo económico-social y cultural”, meta

que la OPS aspiraba lograr en América Latina en la siguiente década (OPS, 1962: 189).

Un tema importante de discusión estuvo relacionado con la inserción institucional de las escuelas de salud pública. Para unos, las escuelas deberían ser entidades dependientes de los ministerios de salud por la existencia de mayores oportunidades de adiestramiento práctico y el mayor vínculo que se podría tener entre los programas de enseñanza y las necesidades de los servicios de salud. Para otros, las escuelas deberían tener un eminente carácter universitario por la facilidad para otorgar grados y títulos universitarios, la libertad de cátedra y de investigación y la mayor estabilidad del personal docente (OPS, 1962). Otros tópicos de gran interés para la OPS fueron el carácter de las escuelas de salud pública, la preparación de personal técnico en salud, la enseñanza de disciplinas específicas y el desarrollo de un pensamiento planificador que posibilitara articular la labor del salubrista con las exigencias del desarrollo económico-social de los países (OPS, 1962; 1966; 1970; Horwitz, 1969).

CUADRO No. 5

CONFERENCIAS DE DIRECTORES DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA 1959-1969

AÑO	PAÍS	TEMA
1959	México	Objetivos de las escuelas de salud pública
1961	Venezuela	Enseñanza de la bioestadística
1963	Brasil	Enseñanza de la administración en salud pública
1965	Puerto Rico	Enseñanza de la epidemiología
1967	Argentina	Administración de atención médica y hospitalaria
1969	Colombia	Funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socioeconómicos en América Latina

Fuentes: OPS, 1962; 1966; 1969; 1970; Horwitz, 1969.

En Colombia, como se verá, la inserción de la escuela de salud pública se resolvió de manera temporal con un acuerdo entre el Ministerio y la Universidad, lo que permitió la combinación de algunas de las ventajas enunciadas (OPS, 1962; 1966; 1970; Horwitz, 1969). El interés por fortalecer la formación de técnicos sanitarios y profesionales de la salud pública, que existía desde el decenio anterior, fue renovado con la organización en Medellín de la ENSP como dependencia del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Por decisión del Ministro de Salud Pública, Santiago Rengifo Salcedo, y bajo la dirección del doctor Héctor Abad Gómez, esta institución reemplazó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional. El 31 de diciembre de 1963 se firmó el contrato entre el MSP y la Universidad de Antioquia, con lo cual se estableció formalmente la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP). En el contrato, firmado a diez años pero luego prorrogado, se definieron las bases de colaboración entre las dos entidades para la formación de personal sanitario profesional y técnico y para la investigación de los problemas de salud pública propios del país. Los aportes del MSP fueron inicialmente de 500.000 pesos, con inclusión anual en el presupuesto de sumas crecientes para funcionamiento y partidas necesarias para becas a estudiantes. Los aportes de la Universidad correspondían al personal docente, la infraestructura física y las dotaciones existentes en el Departamento de Medicina Preventiva y en otras unidades académicas e investigativas que fueran requeridas (Gómez y Correa, 1999).

La ENSP inició labores en 1964 con un programa de un año de Maestría en Salud Pública y con una planta docente de doce profesores: cinco médicos, tres enfermeras, dos estadísticos, un ingeniero civil y un supervisor de saneamiento ambiental. La primera promoción tuvo 32 estudiantes, 30 colombianos y dos extranjeros, entre los cuales había médicos, odontólogos, enfermeras y un médico veterinario. Posteriormente se promovió el primer programa de residencia en Salud Pública, con una duración de tres años, semejante a las residencias en las áreas clínicas que funcionaban en la Facultad de Medicina. La Escuela pretendió, con ello, formar “doctores en Salud Pública” aunque, al parecer, la experiencia no fue

exitosa. Los primeros residentes fueron los médicos Luciano Vélez Arroyave y Sixto Eduardo Ospina Cano, quienes se integraron en el segundo semestre, como alumnos de la Maestría. También se ofrecieron programas académicos para personal no profesional, como cursos para asistentes administrativos de servicios de salud, para estadísticos de salud y para supervisores de saneamiento ambiental. Estos cursos, y en particular el de estadística sanitaria, se organizaron siguiendo las recomendaciones de la OPS (Gómez y Correa, 1999).

Una de las actividades destacadas de la ENSP, con colaboración de la OPS, fue el curso de planificación en salud impartido por el mexicano Daniel López Ferrer en 1964. La OPS había establecido, desde 1962, cursos de este tipo en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) en Santiago de Chile. Por la misma época, había encargado al Centro de Estudios del Desarrollo Económico y Social de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) la elaboración de una “guía para formular programas nacionales y regionales de salud” (Horwitz, 1962a: 479). De allí surgió la metodología CENDES/OPS, ampliamente difundida en todos los países de la región (OPS/CENDES, 1965). La ENSP, con apoyo de la OPS, se convirtió en uno de los centros de difusión de esta metodología, a través de la capacitación de personal para su uso. La OPS también apoyó las siguientes acciones de la ENSP entre 1967 y 1969: la apertura del curso de Administración de Programas de Tuberculosis, que tuvo una orientación epidemiológica; la iniciación del programa de Orientación en Odontología Sanitaria; el fortalecimiento de los cursos de epidemiología y control de enfermedades; y la modernización de la biblioteca (Gómez y Correa, 1999; Flórez, 2002).

En 1969 correspondió a la ENSP, en colaboración con la OPS, organizar la Sexta Conferencia de directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina (ver cuadro No. 6). Pese a todos los esfuerzos emprendidos, se reconocía la existencia de serios problemas: rigidez de las estructuras académicas, falta de evaluación de los programas, ausencia de una definición adecuada y actualizada de los objetivos educacionales de los mismos, enseñanza excesivamente teórica, poca participación

activa de los estudiantes, pocas capacidad de respuesta a los problemas de la realidad social, poca investigación y poca importancia atribuida a los programas de educación continuada (OPS, 1970).

CUADRO NO. 6

ALGUNOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA SEXTA CONFERENCIA DE DIRECTORES DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE AMÉRICA LATINA, MEDELLÍN, ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 1969

Participantes por Colombia	Participantes por la OPS
David Bersh	Jorge Andrade
Jorge Ernesto Calderón	Rolando Armijo
Claudio Hernán Cerón	George Gillespie
Humberto Córdoba Wiesner	Hugo Leavell
Luis Fernando Duaye	Mario Testa
Francisco Henao M.	
William Mejía V.	
Pablo Murillo	
Luis Carlos Ochoa	
Antonio Ordoñez Plaja	
Humberto Posada	

Guillermo Restrepo Ch.	
Julio León Trejos.	
Emiro Trujillo U.	
Luciano Vélez A.	
Francisco Yepes L.	

Fuente: OPS, 1970.

Como una manera de superar tales deficiencias, la ENSP se dedicó entre 1972 y 1975 a buscar proyección internacional. Con apoyo de la OPS inició un programa de cursos internacionales de planificación de la salud. En sus primeros tres años, estos cursos contaron con la dirección compartida de un coordinador nacional, profesor de la escuela, y un coordinador internacional patrocinado por la OPS. El primero de ellos se realizó con éxito en abril de 1972 y contó con la asistencia de alumnos nacionales y extranjeros.

En cuanto a la formación en medicina veterinaria y odontología, la OPS mediante los proyectos Colombia-6500 y Colombia-6600 buscó el mejoramiento de la enseñanza de la salud pública en las escuelas veterinarias del país y el desarrollo de la enseñanza de la odontología en las Universidades del Valle, de Antioquia y Nacional. El apoyo dado a la formación veterinaria estuvo, fundamentalmente, dirigido al desarrollo de la salud pública veterinaria, mientras que el apoyo a la odontología se dio en dos direcciones diversas, por un lado al componente social y educativo, referido a la salud oral, y, por otro lado, al componente clínico (OPS, 1971; 1973a).

Saneamiento, salud y desarrollo

El saneamiento ambiental, elemento fundamental de la relación entre salud y desarrollo socioeconómico, fue, durante los primeros años de la APP, uno de los frentes de mayor flujo de recursos por parte de las agencias de ayuda como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco de Exportación e Importación y el Fondo de Préstamos de Fomento. El BID estableció un convenio con la OPS por medio del cual los proyectos de inversión en saneamiento presentados por los gobiernos debían ser asesorados por la organización. En el informe del Banco, en 1962, se mencionaban 23 proyectos por un monto de 127 millones de dólares, y se incluían inversiones en agua y canalizaciones en las ciudades colombianas de Cali, Cúcuta, Medellín y Cartagena. Según el director de la OPS, no había habido “ningún período cuya importancia pueda compararse a la del cuatrienio 1958-1961 en lo que respecta al desarrollo de actividades de saneamiento del medio” (Horwitz, 1962a: 488-9).

Pero en Colombia, la inversión se concentraba en las ciudades. Si bien el saneamiento ambiental se estaba integrando a los centros de salud, esto sólo aplicaba a las zonas rurales y a comunidades pequeñas y pobres, cuya precariedad económica les impedía pagar las tarifas para garantizar los fines comerciales con que estos servicios, principalmente abastecimiento de agua y disposición de excretas, se venían prestando en las ciudades y localidades de mediano tamaño. El MSP reconoció, al comenzar la década que:

En Colombia la mayor parte del esfuerzo técnico y económico para solucionar los problemas de abastecimiento de agua y disposición de excretas se ha concentrado, hasta ahora, en las localidades de grande y mediano tamaño, donde los servicios de suministro de agua son comerciales. Ha sido relativamente poca la acción para solucionar estos mismos problemas en las comunidades pequeñas y en las zonas rurales, donde los réditos por concepto de suministro de agua escasamente podrían ser suficientes para el

sostenimiento de los servicios pero no para la financiación de los dineros invertidos en la construcción del sistema de abasto que, de esta manera, no serían recuperables (Colombia MSP, 1961: 12-13).

De allí que el Plan Decenal de Salud Pública definiera que “en estas pequeñas comunidades de las zonas rurales, habitualmente de tan precarias posibilidades económicas, el suministro de agua debe proveerse estrictamente con un criterio de servicio de salud pública de alta prioridad y, por tanto, sin ninguna finalidad comercial” (Colombia MSP, 1961: 13). Pero las primeras evidencias de proyectos de cooperación en saneamiento aparecen alrededor de 1964 y giran en torno a la dotación de agua potable y alcantarillados a zonas rurales a través del INSFOPAL creado en los años cincuenta para dar solución al suministro de agua en zonas urbanas de las ciudades mayores de 2.500 habitantes que no tenían empresas municipales propias. Para 1963 el total de población en Colombia se calculaba en 14'545.524 habitantes, de los cuales 6'438.637 se localizaban en zonas urbanas y 8'107.487 en zonas rurales. De la población rural, sólo 1'135.048 personas, el 14%, contaban con servicio de agua potable y sólo 810.748, o sea el 10%, contaban con alcantarillado (Colombia MSP, 1963).

De otra parte, en las evaluaciones hechas por el MSP sobre la construcción de viviendas por parte del Estado a través del Instituto de Crédito Territorial (INSCREDIAL), se evidenciaron serios problemas en los diseños y las construcciones de la infraestructura sanitaria. Además, el número de viviendas construidas por este Instituto era francamente insuficiente. La década del 60 se inició con un incremento importante del número de viviendas: de 18.793 viviendas construidas en 1961 se pasó a 31.898 en 1962. Pero ahora, el MSP se jactaba de haber prestado asesoría para el diseño de los servicios de agua potable y alcantarillado (Colombia MSP, 1963).

La OPS apoyó de manera importante la política de saneamiento desarrollada por el MSP. La cooperación técnica en diversos programas, ayudó a optimizar los

recursos que el Estado colombiano destinaba para tal propósito o los obtenidos de prestamos como los desembolsos del BID. En la Resolución N° 0879 de 1965, reglamentaria del Decreto-Ley 224 de 1964, se especificaban los diseños y normas a seguir para el abastecimiento de agua en zonas rurales. En la presentación de la Resolución, el ministro Gustavo Romero Hernández resaltaba la “utilización técnica de la ciencia sanitaria” para la solución de los problemas de salud. A partir de 1965, dos asesores en Ingeniería Sanitaria de la OPS se ubicaron de manera permanente en la División de Saneamiento del MSP. En el programa de dotación de agua potable y alcantarillado en áreas rurales se aplicaba la lógica de la planificación en salud, desde los altos niveles de jerarquía hasta los bajos, con tareas y actividades específicas (Colombia MSP, 1965). Los funcionarios asistían a cursos de capacitación con becas proporcionadas por la OPS. Asesores de la organización, como Hugo Chiriboga, Oswaldo Bahamonde, Edmundo Elbor realizaban frecuentes visitas a las regionales para supervisar el programa y conocer al personal involucrado (ACODAL/OPS, 2002: 7).

El programa de saneamiento se enmarcó dentro del Plan Decenal y fue, sin duda, uno de los frentes con mayores realizaciones. De acuerdo con una evaluación hecha alrededor de 1975 al desarrollo del programa de acueductos por parte del ingeniero sanitario de la OPS, Guido J. Acuario, se logró un aumento de cobertura de un 78% a un 84% en el área urbana y del 19% al 29% para el área rural, siendo la nueva población cubierta de alrededor de 2,5 millones de personas. Se avanzó en el propósito de instalar una infraestructura sanitaria en el país, especialmente en las áreas rurales, pero aún faltaba mucho para alcanzar la meta: en 1975 la cobertura de agua potable y alcantarillado de la población urbana era del 86% y el 60% respectivamente, mientras la de la población rural sólo alcanzaba el 29% y el 13% (OPS, 1975b).

Debido a la disponibilidad limitada de recursos, tanto humanos como financieros, para el desarrollo de los programas, se acudió al sistema de auto—construcción (Colombia MSP, 1965a). La capacidad de gestionar la integración de la comunidad

era punto central de partida para llevar a cabo la construcción de las infraestructuras de saneamiento. Como en muchos otros países, estas experiencias constituyeron la base de lo que poco después sería la estrategia de participación comunitaria en salud (Ugalde, 1987).

Atención materno infantil para el desarrollo

Si el saneamiento significaba crear la infraestructura necesaria para mejorar la capacidad productiva de la población, la atención materno infantil sería el área más promisoría para demostrar los aportes de la atención médica para el desarrollo socioeconómico. A finales de la década del 60, la OPS presentó los resultados de la “investigación interamericana de mortalidad en adultos, [la cual] mostró las graves consecuencias de los embarazos frecuentes para la salud de las madres y la supervivencia de sus hijos, comprobándose que el aborto era la primera causa de muerte en ciudades de muchos países” (Palacio Hurtado, 2002: 2). La relación entre explosión demográfica, salud y mortalidad materno infantil se hacía cada vez más evidente. En Colombia, tal evidencia apareció en el estudio de ASCOFAME sobre recursos humanos, en el cual se había encontrado que el aborto era la segunda causa de egresos hospitalarios. En estas condiciones, la Reunión de Ministros de Salud de las Américas celebrada en Punta del Este en 1968 recomendó la apertura de departamentos de Salud Materno Infantil en los ministerios de salud para ampliar la tradicional atención de madres y niños con programas de planificación familiar (Palacio Hurtado, 2002: 2).

El 9 de enero de 1969 el gobierno nacional y la OPS establecieron los términos de referencia para la cooperación internacional con el Programa de Atención Materno Infantil (PMI) en el período de enero de 1969 a junio de 1971. El convenio se prorrogó tres veces, en julio de 1970, julio de 1971 y noviembre de 1972, sin cambios en los compromisos de las partes. En 1973 se vincularon en la financiación la USAID y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), aunque OPS siguió siendo la instancia de cooperación técnica y

ejecución de proyectos hasta 1977 (Sarué y López, 1975). Cuando se inició en 1969, la denominación de Programa de Extensión de Servicios de Protección Materno Infantil (PESMI) mostraba un énfasis en la atención más que en el control de fecundidad. Pero, con el apoyo del UNFPA a partir de 1973, tomó el nombre de Programa Materno Infantil (PMI) y amplió aún más su estructura con los servicios de planificación familiar.

La participación del UNFPA no era extraña, si se tiene en cuenta que la política de población y la de salud deberían afectar tanto el ritmo de crecimiento poblacional como las tasas de morbilidad y mortalidad para contribuir al desarrollo socioeconómico. La forma de articulación de las dos políticas era entendida por el MSP en los siguientes términos:

La política de población anota que la reducción del ritmo de crecimiento de la población por medio de la disminución de la fecundidad, plantea acciones a nivel de la sociedad y de la familia. Las primeras se refieren a lograr cambios estructurales tendientes a una redistribución del ingreso y a elevar los niveles educativos de la población, como también a lograr una mayor participación de la mujer en la actividad económica. A nivel familiar la política de población está acorde con que 'la oportunidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos es un derecho fundamental', y establece que para que este derecho pueda ser ejercido plenamente es necesario: elevar el nivel educativo con el fin de lograr una mayor responsabilidad de las parejas; proporcionar la información objetiva y adecuada referente a la vida familiar y sexual, que permita a la pareja tomar una libre decisión; hacer asequible los servicios médicos necesarios con el fin de asegurar una correcta atención médica, garantizando el respeto debido a la conciencia de los solicitantes (Colombia MSP/DAM/DMI, 1975: 10-11).

Esta articulación era el resultado de la confluencia de, por un lado, los lineamientos formulados por los jefes de Estado sobre población auspiciados por las Naciones

Unidas (ONU, 1967), y por otro, del esfuerzo nacional iniciado por el ministro Ordóñez Plaja promediando su administración. El doctor Ordóñez recuerda que el presidente Lleras Restrepo lo convocó para la cartera de salud precisamente por la necesidad de desarrollar la política de población desde la de salud. “El presidente – afirma el ex ministro- necesitaba a alguien que conociera bien lo de la planificación familiar y que afrontara el debate interno, porque tenía muchos enemigos: la Iglesia, los conservadores más radicales y los comunistas” (Ordóñez, 2002: 4). En 1970 se creó el Consejo Nacional de Población, adscrito al Departamento Nacional de Planeación, y en 1973 pasó a llamarse Consejo de Población y Medio Ambiente. Esto mostraba los nexos cada vez más estrechos entre salud, población, ambiente y desarrollo socioeconómico.

El PMI buscaba dar respuesta a una situación de salud de la población materno infantil que, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud de 1968-1977, se caracterizaba por:

[...] altas tasas de mortalidad de la madre y el niño, derivadas en su mayor parte de causas reducibles; altas tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias; altas tasas de fecundidad; insuficiente cobertura de los servicios preventivos y asistenciales relacionada con la inadecuada distribución y utilización de los recursos humanos, institucionales y financieros en salud; alta prevalencia de la desnutrición protéico-calórica, en especial del grupo de niños en edad pre-escolar (Colombia MSP/DAM/DMI, 1975: 90).

Por eso, el objetivo general era reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, y mejorar el bienestar de la familia mediante la planificación familiar. Se planteaba como objetivos específicos aumentar la cobertura del control prenatal, de la atención del parto, del crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, prevenir el aborto provocado, aumentar la información y los servicios de control natal, la cobertura de la citología vaginal para mujeres en edad fértil, y la formación

de recursos humanos para la realización de las actividades del programa. Tres frentes de intervención serían prioritarios: la expansión de las coberturas de atención médica, la intensificación de las acciones de prevención (vacunación, saneamiento y nutrición), y el control de la fecundidad mediante acciones de planificación familiar, que hasta entonces venían siendo realizadas principalmente por el sector privado.

El PMI formó parte de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud, una de las tres direcciones que junto con Campañas Directas y Saneamiento Ambiental constituían el eje del trabajo del MSP. El Programa operaba en los espacios nacional, seccional y local, con presencia permanente de un asesor de la OPS en el nivel nacional, primero en lo que se llamó Grupo Materno Infantil del MSP, y luego en lo que pasó a llamarse División Materno Infantil y Dinámica de Población, al ser reestructurado el Ministerio de Salud en 1974.

Es interesante destacar el carácter operativo del nivel local y, al mismo tiempo, la concepción integral de las funciones de atención médica del personal involucrado en el mismo. Así, por ejemplo, el médico tenía las siguientes funciones: participación en el diagnóstico de salud de la comunidad; participación en la programación de las actividades del organismo de salud; prestación directa de los servicios a la madre y el niño, tanto en morbilidad como en los aspectos preventivos; participación en la formación de promotoras rurales de salud; supervisión y evaluación de las actividades del organismo de salud; información estadística de las actividades realizadas por el personal a su cargo.

Los resultados del programa en 1975 señalaban avances sustanciales. En términos de coberturas, entre 1970 y 1974 se pasó de 32% a 86% de los municipios; de 34% a 43% de las embarazadas; de 48% a 62% de los niños menores de un año; de 17% a 25% de los niños entre uno y cuatro años; y de 44.667 solicitantes nuevas de planificación familiar a 87.641. Estos avances, especialmente en lo que hace a planificación familiar, se obtuvieron a pesar de la oposición de la Iglesia Católica, de

los ataques hechos desde algunos medios de comunicación y de otros factores adversos. En el proceso, la OPS aportó todo su empeño a los resultados de este Programa. En recursos financieros, durante los cinco años de la evaluación tomados en 1975, se afirmaba que la OPS aportó por lo menos el 44.96% de las ejecuciones, cifra que “no incluye el aporte en especie, ni el costo de expertos” (Colombia MSP/DAM/DMI, 1975: 37). Como institución consultora la OPS fue representada inicialmente por los doctores Nora Bertoni y John Coury. En la evaluación de 1975, además de los expertos anteriores, participaron el Dr. Jorge Ossuna, la Dra. Sumedha Khanna, el Dr. Svend Broggar. En el ámbito internacional, desde 1970 la OPS había apoyado la creación del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en Uruguay. Con él se iniciaba un largo esfuerzo de investigación, desarrollo tecnológico y vigilancia epidemiológica en el área perinatal que sirvió de referencia para todos los países de la Región (Palacio Hurtado, 2002: 2).

En síntesis, el saneamiento y el área materno infantil se convertían así en los dos frentes estrella, tanto de la cooperación como de la política de salud pública nacional. No ocurrió lo mismo con los programas de erradicación de enfermedades transmisibles.

Integración de los programas de erradicación: problemas y soluciones

Como se vio en el capítulo anterior, la estrategia de la OPS desde 1950 frente a las enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla y la malaria fue la erradicación del vector y por tanto de la enfermedad, en una forma de organización centralizada. Pero en la década del 60, cuando todo parecía orientarse por la lógica de la integración, aparecieron nuevos problemas y necesidades para las campañas de erradicación. Esto no significaba el abandono de dichas campañas, pues la inversión acumulada no era despreciables y, en algunas de ellas, su efectividad era evidente.

Uno de los primeros intentos de articular estas campañas a los servicios de salud regionales y locales se presentó en Cúcuta, ante la resistencia del *Aedes* al DDT, como se mencionó. Pero esto no duró mucho. En 1966, el MSP devolvió la dirección técnica de las actividades *anti-Aedes* al jefe del Servicio de Fiebre Amarilla del Instituto Nacional de Salud, y la administración del programa al SEM (Colombia MSP/SEM, 1967: aedes-3). Hacia 1966, además de vigilar a la ciudad de Cúcuta, uno o dos de los inspectores jefes se dedicaban durante todo el año a trabajos de vigilancia en los puertos de la costa Atlántica y Pacífica y en los aeropuertos (Colombia MSP/SEM, 1967: aedes-4-5; Colombia MSP/SEM, 1969: 16). De hecho, la movilidad del vector obligaba a conservar la perspectiva nacional. Las actividades de información a las familias en las comunidades podrían haber sido asumidas por los servicios locales. Pero en 1969, las reinfestaciones se extendieron a varios puertos de la costa Atlántica, como Barranquilla y Cartagena. Esto obligó a la ampliación del personal con 41 funcionarios, justo en el momento en que el SEM reasumió totalmente la responsabilidad de dirigir y administrar la campaña. Además, el manejo de recursos para la campaña era complejo. Su costo, desde que se inició en 1950 hasta el 31 de diciembre de 1966, se estimaba en \$5'473.538,41 pesos (Colombia MSP/SEM, 1967: aedes-3; Colombia MSP/SEM, 1969: 16).

La campaña contra la malaria muestra mejor las vicisitudes de la integración. Al comenzar la década del 60, todo parecía avanzar de manera favorable. Luego de dos años en fase de ataque, en octubre de 1962 se pasó en algunas zonas a la fase de consolidación, cuando se suspendió el rociamiento en 60.000 km² con 657 mil viviendas y 4'000.000 de habitantes (Colombia MSP/SEM, 1969: 1). Sin embargo, entre 1963 y 1966 la campaña entró en declive, ocasionado por la devaluación de la moneda decidida por el gobierno Valencia. En 1963 se interrumpió la operación en la tercera parte del área malárica y se disminuyó considerablemente en el resto del país, hasta llegar a la interrupción total del rociamiento entre marzo y junio de 1964 (Colombia MSP/SEM, 1969: 1; Colombia MSP/SEM, 1971: 2). En julio de 1964 las operaciones de ataque se reanudaron concentrando los recursos en las regiones de mayor endemividad, dejando por fuera a los Territorios Nacionales (Amazonas,

Vaupés, Vichada, Caquetá) y el Litoral del Chocó (Colombia MSP/SEM, 1966: 7; Colombia MSP/SEM, 1969: 1). Aunque nuevas regiones entraron en fase de consolidación entre julio de 1964 y julio de 1966, con un área de 156.000 km², 522.000 viviendas y 3'000.000 de habitantes, la imposibilidad económica de establecer una vigilancia adecuada hizo imposible evitar la reinfestación de la mayor parte de esta área (Colombia MSP/SEM, 1969: 1).

Para 1966, y en contra del plan inicial que estipulaba una cobertura total, los trabajos estaban suspendidos en el 40,5% del área malárica original. Sólo el 30,2% se encontraba en fase de ataque, aunque contenía una proporción alta de población expuesta a la infección (79,8%). Para entonces, los principales focos de transmisión eran la región de Urabá, del San Jorge, del Magdalena Medio, del río Ariari, del río Catatumbo y del Alto Putumayo. El área en fase de consolidación representaba sólo el 29% de la extensión del área malárica original. Además de las eventuales dificultades económicas, uno de los principales obstáculos para el avance de la campaña y, en particular, para el paso de nuevas zonas a la fase de consolidación, fue el creciente proceso de colonización en zonas selváticas, todas ellas maláricas, y las migraciones (Colombia MSP/SEM, 1966: 7-8). Los procesos de colonización y migración están ligados entre sí y mantienen una estrecha relación con la violencia rural de nuevo tipo, marcada por la insurgencia y la siembra de cultivos "ilícitos", que se ha asentado en el país desde los años sesenta.

Según datos del sector agrícola, hacia 1966 un millón y medio de trabajadores del campo se movilizaban anualmente por el área malárica, agudizando el problema en las áreas de ataque y creando brotes epidémicos en las áreas de consolidación. Las áreas nuevas de colonización, además de colocar en riesgo de infección a los nuevos pobladores y de constituirse en foco de infección que podía extenderse hacia las áreas contiguas en fases más avanzadas del programa, representaban un reto importante, puesto que nuevas casas y localidades no estaban incluidas en los rociamientos planeados originalmente. Además, la construcción de viviendas provisionales primitivas no ofrecía una base sólida para la aplicación del insecticida

y su modificación constante agravaba la posibilidad de controlar y erradicar la malaria en estas regiones (Colombia MSP/SEM, 1966: 8).

Por ello, en 1967 la campaña debió reanudar la fase de ataque en las zonas que habían sido interrumpidas y más de la mitad del territorio que ya se encontraba en fase de consolidación debió regresar a la fase de ataque entre 1967 y 1968 (Colombia MSP/SEM, 1971: 2-5). Así las cosas, del 25% del área malárica total que se encontraba en fase de ataque en 1966, aumentó a 88% en 1969 (856.017 km²), con el 31% de los habitantes del total del área malárica (3.882.851 habitantes), mientras que las áreas en fase de consolidación disminuyeron de 29% en 1966 al 11,8% (114.832 km²) hacia 1969, con el 68% de la población en riesgo (8.579.794 habitantes) (Colombia MSP/SEM, 1969: 3).

La evaluación de las dificultades en el logro de la meta de la erradicación en varios países, no sólo en Colombia, condujo a que la OPS valorara cada vez más el papel de los servicios generales de salud en el cumplimiento de esa meta y a que promoviera la integración de la actividad de los malariólogos que trabajaban en las campañas nacionales con los administradores encargados del manejo de dichos servicios. La integración había adquirido particular urgencia por el creciente número de áreas y poblaciones que estaban pasando, ya en los primeros años del decenio de los 60, a la fase de consolidación, en la cual las labores de epidemiología eran fundamentales para mantener libres de transmisión las áreas conquistadas a la malaria. El Comité de Expertos en Malaria de la OMS, reunido en abril de 1962, había recomendado que se estableciera una relación lo más estrecha posible entre los servicios generales de sanidad y el servicio especial de erradicación del paludismo en todas las fases del programa, con el fin de que ambos pudieran contribuir eficazmente a su éxito en el plazo más breve posible y con el gasto mínimo. La XV Asamblea Mundial de la Salud de Ginebra, de mayo de 1962, hizo una recomendación similar y solicitó que los países con áreas en fase de consolidación tomaran disposiciones para que los servicios de salud pública estuvieran en condiciones de encargarse de las operaciones de vigilancia durante la

última fase. Igualmente, los Ministros de Salud Pública de los países de América reunidos en Washington en abril de 1963, para dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución A-4 de la Carta de Punta del Este, analizaron el problema de la malaria y la situación de los programas de erradicación, y se pronunciaron en el mismo sentido (OPS/OMS, 1965: 3).

Así pues, considerando que era universalmente aceptada la idea de que para el éxito de esas campañas era fundamental una íntima coordinación de estos dos tipos de servicios, la OPS convocó a los funcionarios encargados de los programas de erradicación de la malaria y a los administradores de salud de los países de América del Sur a un seminario entre el 26 de junio y el 4 de julio 1964 en Pocos de Caldas, Brasil. Una reunión similar se llevó a cabo en Cuernavaca, México, para los países de América Central, Panamá, México y el Caribe, en 1965 (OPS/OMS, 1965: 4). Al primero asistieron por Colombia Roberto Acosta Borrero, Director General del MSP y Hernando Cárdenas-Gutierrez, Director del SEM. En el seminario se elaboró un balance de la situación. Allí se señaló que, debido a que en muchos medios rurales de América Latina no se poseía ni siquiera una unidad sanitaria elemental a cargo de personal auxiliar, se hizo necesario reclutar personas de buena voluntad que, sin recompensa monetaria, aceptaran colaborar en la asistencia a las personas febriles, tomándoles muestras de sangre y dándoles tratamiento antimalárico. Éstos eran los célebres “colaboradores voluntarios”. La organización de la red de puestos de notificación implicaba también la organización de centros de diagnóstico microscópico en cada laboratorio de diagnóstico clínico del país, a cargo de instituciones gubernamentales, paraestatales y privadas, y estas funciones no se habían podido confiar a los servicios regulares de salud desde el inicio de las campañas, por lo que los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria (SNEM) debieron asumir la iniciativa de la organización y sostenimiento de la vigilancia epidemiológica, hasta que la campaña llegara a una fase de mantenimiento (OPS/OMS, 1965: 22-3).

Uno de los documentos de trabajo para el seminario de la OPS, recordaba el hecho de que la protección del área contra la reinfestación desde otras áreas, como era el caso de Colombia por los procesos migratorios y de colonización, podía estar asegurada por los mecanismos ordinarios de descubrimiento de casos y el empleo de medidas profilácticas normalmente utilizadas por los servicios generales de salud contra cualquier enfermedad transmisible (OPS/OMS, 1965: 27-28). Se hacía énfasis en que la lucha contra el paludismo, como el control de cualquier otra enfermedad, era parte de un programa general de salud. En el seminario, la OPS reconoció que, “por un razonamiento quizás demasiado simplista”, la adopción de la estrategia de erradicación en los países americanos se había hecho con base en una extrapolación de la experiencia de países como Estados Unidos, Canadá, Italia, Grecia y Puerto Rico, en donde su realización fue posible por la organización y extensión adecuada de los servicios generales de salud, así como por el alto nivel de desarrollo socioeconómico y educacional de las poblaciones en salud (OPS/OMS, 1965: 29-30).

Se creía que el factor más importante para la erradicación de la malaria era que las operaciones de la fase de ataque se desarrollasen meticulosamente. Las consecuencias administrativas y financieras fueron subestimadas, dejando de lado el hecho de que los países antes mencionados disponían de servicios de salud pública adecuados y capaces de llevar a cabo las actividades de vigilancia indispensables durante la fase de consolidación. La situación en los países americanos era diferente, por lo cual se justificó el establecimiento de organismos especiales dedicados a estas funciones, en razón de que los servicios nacionales de salud, por su estructura y organización, además de la penuria financiera, no estaban generalmente en condiciones de realizar la campaña en la escala y con la exactitud necesarias. Fue por ello que, según esta mirada retrospectiva, el sexto informe de la OMS de 1956 recomendó que la administración de la campaña estuviera en manos de personal autónomo, especializado, en un servicio especial de malaria, preferiblemente una división primaria del servicio nacional de salud, para garantizar la eficacia de las operaciones. Esto debía corresponder a una

organización central fuerte y su ejecución debía estar a cargo de organizaciones de campo del servicio, por fuera de la rutina normal del departamento de salud (OPS/OMS, 1965: 29-30).

En consecuencia, en varias áreas de malaria erradicada, el organismo especializado había seguido ejecutando la vigilancia epidemiológica, en vista de la imposibilidad de transferirla a los servicios generales de salud. Así, la maquinaria de la campaña no lograba desmontarse y fracasaba la promesa inicial de que a la larga salía mas barato concentrar altos recursos en corto tiempo para la erradicación que mantener prolongadas campañas de control (OPS/OMS, 1965: 34).

Como conclusiones, los seminarios estimaron que los servicios generales de salud debían ser llamados a participar de la campaña, que para algunos debía ser desde la fase inicial y para otros desde la fase de consolidación. Para el éxito de la erradicación no se aconsejaba la participación de los SNEM en otras campañas sanitarias durante las tres primeras fases porque ello perturbaría su desarrollo, especialmente peligrosa durante la fase de ataque. Se consideró que las actividades de educación sanitaria desempeñaban un papel fundamental. Dado que los servicios generales de salud debían responder por la vigilancia epidemiológica en la fase de mantenimiento, se recomendó reforzar los servicios de epidemiología en todos los niveles (central, intermedio y local), así como la transferencia de equipos y elementos en desuso de la campaña a los servicios locales de salud para aumentar su participación. Igualmente se esperaba que los fondos que se liberaran en las últimas fase de la campaña se destinaran a la ampliación de la red de los servicios locales. El adiestramiento debería ser continuo en los servicios generales de salud y se debía integrar los aspectos clínicos y epidemiológicos de la malaria en dichos servicios, al tiempo que los malariólogos debían familiarizarse con los problemas y técnicas de la administración en salud pública. También se recomendó que, dada la importancia de los programas de colonización, reforma agraria o industrialización en los países en vías de desarrollo, los representantes de los servicios de salud participaran de este proceso, con lo que se favorecería las fases

más avanzadas de los programas de erradicación de la malaria. Finalmente se acordó que en países donde la cobertura de los servicios generales aún no fuera suficiente para asumir eficazmente la fase de mantenimiento, tocaría a los SNEM seguir coordinando esta actividad mientras aquellos pudieran integrarlo a su rutina (OPS/OMS, 1965: 102-106).

Pocos días después del Seminario del Brasil, el 10 de julio de 1964, el gobierno colombiano firmó la “Enmienda al Plan Tripartito de Operaciones para el Programa de Erradicación de la Malaria en Colombia”, mediante la cual la vigilancia de las áreas que pasaran a fase de mantenimiento debían estar bajo la responsabilidad de los servicios regionales y locales de salud (Orejuela Bueno y Rueda Bernal, 1967). Ese mismo día se expidió el Decreto N° 1655 que –además de hacer del SEM una dependencia de la Sección de Campañas Directas, de la División de Epidemiología del MSP— ordenó que el director del SEM diera las bases a la División de Epidemiología para que elaborara las normas de mantenimiento de la campaña antimalárica que debían ser aplicadas por los servicios locales de salud (Colombia MSP, 1967: 386). Hasta ese momento, el SEM parecía no haber contemplado este aspecto. El plan de 1957 colocó todo el énfasis en la fase de ataque y durante el desarrollo de la campaña los servicios de salud participaron sólo como lugares de toma de muestras de sangre o como puestos de información. Las muestras eran analizadas por el SEM para su trabajo de evaluación epidemiológica. Aunque el plan de 1957 había contemplado que los servicios de salud pública asumirían la responsabilidad por la vigilancia epidemiológica en todo el territorio nacional una vez se declarara erradicada la enfermedad, no se hicieron explícitas las medidas que debían tomarse para ello (Colombia MSP/SEM, 1957: 163).

Con base en las recomendaciones del Seminario del Brasil, y en virtud de la enmienda al convenio tripartito, se comenzó a buscar la posibilidad de integrar los servicios generales de salud a la campaña. De acuerdo con los datos de estudios realizados en junio de 1966 por el MSP, con la Asesoría de OPS, existían en el país 647 establecimientos hospitalarios, 333 centros de salud y 779 puestos de salud.

Los hospitales se clasificaban así: oficiales 487, con 400 de ellos generales (26.171 camas) y 87 especializados (12.755 camas); descentralizados 38, con 18 del ICSS (2.487 camas) y 20 clasificados como “otros”; y particulares 122, de los cuales eran generales 95 y especializados 27. El SEM había enrolado como puestos de información a 1.146 establecimientos, es decir, 65,3% del total. Se consideró en ese momento que ya había ciertas zonas en el país donde la consolidación estaba avanzada como para pensar en el inicio de las actividades de integración con los servicios locales de salud, como medida preliminar y preparatoria para la fase de mantenimiento (Colombia MSP/SEM, 1966: 1-anexo I)¹⁴. Ese era el caso del Valle del Cauca que, a juicio de los funcionarios del SEM representaba, junto con Antioquia y el Distrito Especial de Bogotá, el conjunto más evolucionado dentro del país.

El Valle no sólo era líder en producción agrícola e industrial, según su opinión, sino que progresaba considerablemente en sus estructuras administrativas y sanitarias. Por ello se pensaba que cumplía con los requisitos básicos para que con la ayuda del SEM pudiera, después de un período de observación, tomar la responsabilidad de mantener la vigilancia epidemiológica hasta conseguir el registro de erradicación de la malaria. Por eso, en marzo de 1966, el SEM inició gestiones con las autoridades sanitarias de ese Departamento para establecer un convenio mediante el cual se adicionara la búsqueda de casos a las actividades propias de los servicios asistenciales y sanitarios. Luego de examinarlo con la Jefatura Departamental de Salud, el ministro de Salud Pública y el gobernador del Departamento del Valle firmaron un acuerdo, el cual entró en operación en mayo de 1966 (Colombia MSP/SEM, 1966: 2-anexo I). El acuerdo recogía parte de las conclusiones del

¹⁴ En el informe del director del SEM de 1966 aquí citado aparecen como anexos al final del mismo cuatro documentos con paginación independiente. Para facilitar su consulta se adoptará la siguiente convención: luego del número de página se indicará con la palabra ‘anexo’, y seguida de los números romanos I, II, III o IV según el orden en que aparecen en el informe, a cuál de dichos documentos se hace referencia. Así, para el caso del primer documento que se cita en este caso titulado “Comunicación sobre el grado de participación de los servicios generales de salud en la erradicación de la malaria” se colocará luego de la página, la expresión “anexo-I” ; para el segundo documento, que es la transcripción del convenio entre el MSP y el Departamento del Valle para la vigilancia epidemiológica en los municipios, se colocará la expresión “anexo-II”. Los otros dos documentos no son citados en este texto.

Seminario del Brasil. Se contemplaba que el MSP, por intermedio del SEM, elaboraría la planificación de la búsqueda y la atención de casos de malaria en los municipios que correspondía atender al respectivo organismo de salud. El objetivo final era que la responsabilidad del mantenimiento de la erradicación de la malaria en el Departamento del Valle quedara completamente a cargo de los organismos de salud del Departamento (Colombia MSP/SEM, 1966: 2-3-anexo II).

Así, las autoridades sanitarias del Valle se responsabilizaron de la búsqueda de casos a través de sus organismos, suspendiéndose entonces la atención de la red de colaboradores voluntarios (Colombia MSP/SSV, 1967). A pesar del optimismo inicial, una evaluación del acuerdo poco tiempo después mostró que, aunque el SEM y las oficinas centrales de la Secretaría de Salud del Valle habían cumplido sus compromisos, los servicios periféricos no habían colaborado en la debida forma en la recolección de muestras febriles. Además, las instituciones menos entusiastas para esta función habían sido los hospitales y las dependencias del ICSS (Colombia MSP/SSV, 1967).

Por la documentación disponible, no se sabe si se establecieron acuerdos de este tipo en otros departamentos durante el periodo 1964-1975. En los informes de los directores del SEM consultados, no se mencionan avances al respecto y da la impresión de que, salvo en este caso especial del Departamento del Valle, las dificultades en el progreso de la campaña, debidas a la escasa infraestructura rural de servicios de salud, a la amenaza constante de focos de infestación por las nuevas zonas de colonización y a la permanente vuelta a las medidas de ataque, hicieron que se perdiera de vista la intención de la integración de los servicios locales a la campaña. El SEM debió seguir con la función de la vigilancia epidemiológica, apoyado en los colaboradores voluntarios. Al respecto es significativo que en el programa de malaria que se incluyó en los proyectos para el Plan Nacional de Salud de 1968-1977 no se contempló ninguna política específica de mayor integración del SEM a los servicios locales de salud; se continuó con la tendencia de dejar para la fase de mantenimiento la participación de dichos

servicios, sin ninguna estrategia que obligara su preparación desde la fase de consolidación (Colombia MSP/SEM, 1967: malaria-4).

Dada la fragmentación de los servicios de salud en Colombia y la escasa cobertura en las áreas rurales, resultó más fácil utilizar la infraestructura del SEM para realizar otras “campañas directas” que venían funcionando de manera independiente a cargo del MSP. El SEM tuvo casi desde su creación y en diferentes periodos, la dirección técnica y administrativa de la campaña *anti-Aedes*. Luego de que el SEM fue reubicado como una sección de la dependencia de Campañas Directas de la División de Epidemiología del MSP en 1963, éste le confió desde el siguiente año la administración de los trabajos de la campaña antiplánica, campaña que había sido interrumpida en 1960 luego de diez años de trabajo en el litoral pacífico y el Golfo de Urabá (Colombia MSP/SEM, 1969: 14). También el SEM administró las investigaciones sobre la enfermedad del Chagas y la campaña contra la viruela. Por fin, en 1968, por el Decreto Extraordinario N° 2470, reorgánico del MSP, se creó la División de Campañas Directas con base en el SEM, para planear, dirigir, administrar y ejecutar ya no sólo la campaña de erradicación de la malaria sino también los programas de erradicación o control de otras enfermedades que, a juicio del MSP y de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y la situación epidemiológica del momento, debían realizarse directamente. A estas alturas era evidente que el personal del SEM era el único que en funciones de salud llegaba a gran número de localidades rurales dispersas y que era posible utilizar, tanto al personal como la estructura de este servicio, para llevar al campesino otras acciones de salud (Colombia MSP/SEM, 1969).

En últimas, el director del SEM se convirtió en el Director de la División. En cumplimiento del decreto antes citado se adscribieron a la División de Campañas Directas la dirección y administración de los siguientes programas: Erradicación de la Malaria, Erradicación del Pian, Erradicación del *Aedes aegypti*, Control de la Lepra, Campaña masiva de vacunación y Educación sanitaria. Este nuevo organismo mantuvo la autonomía técnica y administrativa que se le concedió al

SEM desde 1956. Por el Decreto 621 de 1974, la División de Campañas Directas se transformó en Dirección General: ya no sólo dirigiría y administraría las campañas que estaban a su cargo sino también se le daba la responsabilidad de planearlas y ejecutarlas. Cada nueva campaña había sido incorporada con presupuesto propio. En el caso de la campaña antiplánica, ésta se llevaba a cabo a un bajo costo, integrada a la campaña antimalárica. Las campañas de vacunación comprendían actividades contra viruela, tosferina, tétanos, difteria y tuberculosis y, posteriormente, contra el polio y el sarampión. Estas vacunaciones eran realizadas por el personal de búsqueda de casos de paludismo en las áreas rurales de consolidación o en las áreas de ataque, integradas a la actividad antimalárica. Aunque en el seminario de Brasil de 1964 se había considerado que no era conveniente la adhesión de otras funciones a los SNEM, en el caso colombiano esta situación se vio como algo positivo, pues no parecía afectar las labores del SEM y, antes bien, había servido de apoyo para que la población aceptara en mayor grado las actividades de la campaña de erradicación de la malaria (Colombia MSP/SEM, 1975: 17-18).

De hecho, los problemas de orden público, la evidencia cada vez mayor del conflicto armado en el país y el rechazo de las comunidades al uso del DDT, por muchas razones, hacían cada vez más difícil el trabajo del SEM y mermaba los resultados. Un balance de la campaña durante el periodo 1966-1975 muestra que, si bien se redujo de manera importante la transmisibilidad en las áreas de ataque, no se logró la ampliación del área en proceso de consolidación, y ninguna zona objeto del programa alcanzó la fase de mantenimiento. Y los recursos no aumentaron. Por el contrario, en 1973 el presupuesto apropiado para el SEM fue inferior a lo solicitado lo que significó una reducción del 25%. Como consecuencia de ello, el SEM se vio obligado a retirar 560 funcionarios entre visitadores, supervisores y microscopistas del área malárica menos vulnerable. Para 1974 el 79,7% del área malárica estaba en fase de ataque, con 773.148 km² y 4'007.196 habitantes (28,3%); el 11,7% estaba en fase de consolidación, que representaban 113.176 km² con 9'630.244 habitantes (68%); 84.525 km² (8,7%) se encontraba en subfase de

preconsolidación, pero, prácticamente, eran territorios en fase de ataque. Como se observa, estas cifras no variaron mucho respecto a los valores de 1969; incluso, el área en fase de consolidación era inferior a la de 1966 (Colombia MSP/SEM, 1975: 3-8, 15).

Aun cuando para 1975 no parecía cercana la erradicación y se superaba ostensiblemente el plazo inicial para alcanzarla, durante este periodo nunca se cuestionó la estrategia ni los métodos de la erradicación. La mayoría de los informes de los directores del SEM consultados para este período coincidían en la idea de que la campaña había abierto para el país diferentes frentes de explotación de riqueza en la agricultura, ganadería y minería, a pesar de que esto mismo complicaba el avance de la campaña (Colombia MSP/SEM, 1966: 8; 1969: 3; 1975: 3,10), por cuanto esta ampliación del área territorial productiva conllevaba desplazamientos de grupos humanos y, por consiguiente, riesgos de infestación y reinfestación.

El Sistema Nacional de Salud: una opción de integración

El planteamiento de la integración de servicios del Grupo Asesor sobre Atención Médica de 1962 fue revisado en 1965, para promover un proceso simultáneo, nacional y local, en programas específicos y frente a problemas concretos. También se esperaba avanzar en un proceso de transformación cultural y política de los servicios estatales, y desarrollar un plan general de financiamiento que debía coordinar las múltiples fuentes existentes (públicas, de seguridad social, filantrópicas, privadas) con un plan de gastos de atención médica ajustado al plan nacional de salud (OPS/OMS, 1966). Se puede inferir que en los dos momentos, el de 1962 y el 1965, había una inclinación manifiesta por la coordinación administrativa entre los servicios de protección y promoción de la salud bajo la responsabilidad de los ministerios o secretarías de salud, con los servicios de atención de enfermedades pertenecientes a las instituciones de seguridad social y a las beneficencias. Esta sería la forma de materializar la integración técnica de las

acciones de fomento y protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. Ésta era también la mejor manera de hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles y obtener un mayor rendimiento de los mismos, objetivo central del proceso de integración en curso. Pero no sería una “integración orgánica” de los subsectores en aras de la universalidad de la cobertura, sino una “integración funcional”, definida como la “coordinación entre los subsectores”, preservando la autonomía jurídica, administrativa y financiera de cada uno de ellos (OPS/OMS, 1967: 19). A mediados de la década de los sesenta se argumentaba que no estaban creadas las condiciones para la unificación técnica, administrativa y financiera de los servicios, lo que debería considerarse sólo como una aspiración en el largo plazo (OPS/OMS, 1966).

El caso colombiano mostraba las dificultades de semejante propósito. El debate que se venía dando en Colombia desde la declaratoria de inexequibilidad del Decreto Legislativo N° 3196 de 1965, ponía en evidencia la correlación de fuerzas relacionadas con los servicios de salud. Un nuevo gobierno del Frente Nacional, el de Carlos Lleras Restrepo (1966-1970), permitió dar un paso en la integración, aunque más en una vía funcional que orgánica. El gobierno de Lleras Restrepo se caracterizó por el esfuerzo deliberado hacia la modernización del Estado (Pécaut, ca.1989: 82). Modernizar significaba dotar de herramientas administrativas, políticas y financieras al Estado para intervenir y dirigir la economía por la senda del desarrollo económico y social, superando el inmovilismo de la clase política frente—nacionalista. De allí que la reforma constitucional adelantada por este gobierno en 1968 fortaleciera el poder ejecutivo a expensas del legislativo y desarrollara nuevos marcos normativos para la acción gubernamental (Cáceres, 1989: 471-5). Esta reforma, tecnocrática y presidencialista, hizo de la planeación un instrumento institucional para la formulación de las políticas estatales y trató de limitar el poder de los “feudos podridos” en el legislativo y en la toma de decisiones, además de intentar una reforma agraria que si bien no cambió la caduca estructura del campo colombiano, si, por lo menos, permitió tomar conciencia en torno a esta problemática (Palacios, 1995: 260). La promoción de la planeación desde el

Ejecutivo y su inscripción en la normatividad, fue de gran importancia para la cooperación internacional en salud en un momento en que los organismos internacionales en este campo, entre ellos, la OMS/OPS, insistían en este instrumento modernizante y racionalizador.

Desde este ideario y con base en la Ley 65 de 1967, que otorgaba facultades extraordinarias al presidente para reorganizar la administración pública, el presidente Lleras Restrepo emitió el Decreto N° 2470 del 25 de septiembre de 1968, “por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública”. Pero más que una reorganización institucional, el decreto enunciaba una forma general de organización del sector salud denominada Sistema Nacional de Salud (SNS), definida como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad”. Esta definición mostraba la decisión de adelantar una integración funcional que reconociera las autonomías institucionales en pugna.

Lleras Restrepo había acumulado un prestigio de “administrador y tecnócrata” que intentó afianzar durante su gobierno, en contraposición al “político profesional” (Silva Luján, 1989a: 237-9). Uno de los sectores en los cuales quiso introducir esta tendencia moderna de la administración técnicamente concebida y ejercida fue, precisamente, el de salud. Por primera vez en la historia nacional, un ministro permanecía los cuatro años de gobierno, y esto ocurrió con el doctor Antonio Ordóñez Plaja en el MSP. La estabilidad permitió cierta continuidad y coherencia en la política de salud, para lo cual Ordoñez se apoyó en un grupo de salubristas formados en la ENSP de Medellín en la lógica de la planificación en salud impulsada por OPS. Por esta razón, “el director del Departamento de Planeación Nacional del momento, Edgar Gutiérrez, comentaba [con el presidente Lleras] que el Ministerio de Salud era el único del gabinete en que se entendía la idea de la planificación” (Ordóñez, 2002: 1). El grupo de dirección del MSP se denominó jocosamente “la fonda antioqueña” y su principal líder era el doctor Luis Carlos Ochoa, quien había sido impulsado por la OPS en su carrera de salubrista y planificador, aún a pesar de

sus propias aspiraciones (Ochoa, 2002: 1-2; Ordóñez, 2002: 4). Uno de los integrantes del grupo, el doctor Francisco Yepes Luján, afirma: “Nosotros empezamos a hacer planes anuales de salud, a promover planes departamentales de salud, a traer a todos los secretarios de salud a Bogotá todos los años para trabajar con nosotros, a nivel central, el Plan Departamental de Salud” (Yepes Luján, 2002: 1).

En el marco de la modernización de la administración pública se esperaba que cada sector presentara su plan al poder legislativo y lo convirtiera en ley. Así lo hizo el Ministro Ordóñez en 1969, y en tiempo record su proyecto se convirtió en la Ley 39 de ese mismo año sobre “Plan Hospitalario Nacional”. Esta iniciativa, condensada en cinco artículos, proponía la construcción, dotación y operación de 54 hospitales, entre 91 que fueron considerados como prioridades por el MSP (Vega, 2001: 22). Poco después, la creación del Fondo Nacional Hospitalario, con base en el 10% de los recursos del ICSS para la construcción y dotación de hospitales públicos, se convirtió en una de sus principales herramientas financieras y en un nuevo mecanismo de integración funcional, por lo alto, entre la red hospitalaria pública y la seguridad social.

Pero el sistema no se reducía a algunos hospitales. De allí que se contratara el estudio de “Rediseño del Sistema Nacional de Salud”, al comenzar el último gobierno del Frente Nacional, el de Misael Pastrana Borrero (1970-1974), con el fin de dotar de instrumentos normativos y técnicos al nuevo concepto de sistema. El estudio fue apoyado financiera y técnicamente por UNICEF, la OMS y la OPS. Por ésta última participó el doctor Eduardo Sarué, planificador argentino, uno de los más destacados de la organización y motor de este proceso en Colombia (Castellanos, 2002; Colombia MSP, 1972). En la misma dirección se plantearon las conclusiones del IV Congreso Colombiano de Salud Pública, realizado en Pasto en 1971 con la participación de la OPS, representada por los doctores Alfredo Leonardo Bravo y el mismo Sarué. Bravo defendía la idea de un Sistema Nacional de Salud, dadas las limitaciones financieras, administrativas y políticas para desarrollar servicios únicos

de salud en los países latinoamericanos no socialistas, y no sólo en Colombia (Bravo, 1972: 9). Pero los salubristas exploraron con claridad tres opciones para la organización de los servicios de salud: la primera, consistía en separar los seguros económicos de la seguridad social e integrar toda la atención médica a cargo de un Servicio Nacional –léase único- de Salud; la segunda, separaba las acciones colectivas de las de atención individual, para dejar las primeras a cargo del MSP y las segundas a cargo de un Servicio Nacional de Salud, con la alternativa de los seguros médicos voluntarios; la tercera, optaba por la integración de todos los servicios por la vía de la seguridad social, también con la alternativa de los seguros voluntarios. En los debates no sólo se encontraban los salubristas. Como en otras ocasiones, participaron los médicos, algunas organizaciones sindicales como la Unión de Trabajadores de Colombia (UTC), y sectores parlamentarios ligados a las Beneficencias (Hernández Torres, 2001: 22-24).

La propuesta del equipo de salubristas ubicados en el MSP avanzaba hacia una opción de corte universalista que se aproximaba al modelo chileno desarrollado por el gobierno socialista de Salvador Allende. Y ésta fue su espada de Damocles. En los primeros debates en el Congreso, el proyecto fue considerado demasiado “estatista”, como solía denominarse a las opciones de corte socialista. En la legislatura de 1972, el gobierno decidió buscar la aprobación de facultades extraordinarias y presentar un modelo más funcional, apoyado en la teoría general de sistemas, de tal manera que la nueva estructura respetaría por completo las autonomías institucionales existentes. Cuando se llevó a cabo el golpe militar en Chile, se alejó aún más la opción de un servicio único y se afianzó la idea de la integración funcional del nuevo sistema (Quevedo et al, 1990: 68; Hernández Torres, 2001: 27).

Esta integración funcional significaba “coordinación, compatibilización y refuerzo interagencial”, en función de la optimización y mejora de la eficiencia de las instituciones que de él formarían parte, sin alterar la autonomía ni las estructuras básicas de las entidades existentes (Colombia MSP, 1972: 13). Sobre estas bases,

se formularon los decretos que dieron vida legal al Sistema Nacional de Salud (SNS), en especial, el Decreto-Ley 056 de 1975, que presentaba su estructura general. Respecto del origen del SNS y del proceso de rediseño, Yepes Luján (2002) ha señalado: “[ésta fue] una solución de compromiso [...] entre los tres subsectores: el privado, el de seguridad social y el oficial”. Pero el compromiso era demasiado frágil y la fragmentación continuó por muchos años, a pesar del ideal integrador que dio origen a los debates internacionales iniciales.

Capítulo 6: El SNS en el marco de la Atención Primaria de Salud, 1976-1985

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue difícil desde su constitución en 1975. Los problemas y obstáculos identificados en los debates de su formulación no irían a desaparecer en poco tiempo. Por el contrario, parecían profundizarse. Los tres subsectores que constituían formalmente el Sistema, esto es, el oficial, el de seguridad social y el privado, avanzaron cada uno por su lado, a su ritmo, según sus posibilidades. Al mismo tiempo, la dinámica mundial volvió a tener cambios importantes que se expresaron en salud con una gran meta, "Salud Para Todos en el Año 2000" (SPT-2000), y una estrategia global denominada Atención Primaria de Salud (APS). En estas condiciones, la relación ya sólida entre la OPS, el Estado y diferentes sectores de la sociedad colombiana no quedaría indemne. Algunos programas de cooperación se vieron fortalecidos, otros debilitados, y aparecieron nuevos frentes de trabajo que apenas se habían insinuado. Al final del período, hacia mediados de los años ochenta, toda la estructura del Estado colombiano comenzaba a cambiar por la vía de la descentralización y, otra vez, la salud y la cooperación entrarían en una nueva fase.

Límites del SNS y de la planeación en salud

Durante el debate en el Congreso de la República y en las instancias técnicas y políticas que participaron en el proceso de formulación del SNS se hizo cada vez más frecuente acudir a la imagen del Sistema como un paso obligado hacia un verdadero servicio unificado y universal. Para casi todos, comenzando por el Ministro de Salud, José María Salazar Buchelli y su equipo, pasando por los salubristas, los médicos, los trabajadores sindicalizados, la mayoría de los parlamentarios y los mismos asesores de OPS, era evidente la dificultad de articular instituciones tan diversas y fuentes de financiación tan distintas; pero, por lo menos en el discurso, todos aspiraban a una superación de la fragmentación y de la acentuada desigualdad (Hernández Torres, 2001: 22-28; Vega, 2001: 33-42). La

estructura del Sistema, producto del esfuerzo técnico del grupo que desarrolló el proyecto de "Rediseño del Sistema Nacional de Salud de Colombia", resultaba muy atractiva por su claridad y coherencia teórica. El respeto por las autonomías institucionales se concretó, como se ha mencionado, en la existencia de tres subsectores: oficial, privado y de seguridad social. Pero las instituciones estarían articuladas por "subsistemas", que vendrían a ser los vasos comunicantes que permitirían la "coordinación" o "integración funcional". En tal sentido, El Decreto Ley N° 526 de 1.975 establecía "las normas para los sub-sistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministros, personal e investigaciones". Se esperaba, entonces, cierta unidad en la manera de hacer las cosas, aunque se tratara de entidades muy distintas. Y como éste, cada uno de los ejes estructurales del SNS se definió con un Decreto Ley, en virtud de las facultades extraordinarias con que todavía contaba el Presidente de la República para este propósito.

Dos aspectos resultaban especialmente interesantes para los observadores internacionales: la organización por niveles administrativos y de atención, y las figuras de "adscripción" y "vinculación" para todas las instituciones. Para el primer aspecto, los viejos contratos para incorporar las instituciones de beneficencia y las secretarías de salud a la asistencia pública se redefinieron y precisaron con la constitución de los 33 "Servicios Seccionales de Salud" y las 107 "Unidades Regionales de Salud", por medio de los Decretos-Ley números 056 y 350 de 1975. De esta forma, se definía una estructura de cuatro niveles administrativos -nacional, seccional, regional y local- y tres niveles de atención, según la complejidad tecnológica de las instituciones de atención, siguiendo las indicaciones de las reuniones internacionales promovidas por OPS. Para el segundo, los Decretos-Ley números 356 y 695 de 1.975 definieron dos regímenes o formas de pertenencia de las instituciones de salud al SNS: el régimen de "adscripción", que incluía a todas las instituciones de derecho público, recibieran o no aportes del Estado, lo que implicaba una relación de dependencia de las instancias administrativas del Sistema y el carácter de empleados públicos de sus trabajadores; y el régimen de "vinculación", para la incorporación de las instituciones de derecho privado, con o

sin ánimo de lucro. En sentido estricto, todas las instituciones estarían adscritas o vinculadas al Sistema, con alguna relación administrativa y, sobre todo, con franca dependencia normativa del remozado Ministerio de Salud Pública (MSP). Esto también resultaba muy atractivo internacionalmente porque resolvía, por lo menos en el papel, el problema de la conciliación entre la diversidad institucional y la unidad normativa y de gobierno del Sistema, compartido por varios países de la Región. Con este instrumental normativo, se podía ser optimista y pensar que Colombia estaba adoptando las mejores recomendaciones de las reuniones técnicas y políticas promovidas por OPS en esta materia.

Al respecto, la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Santiago de Chile en 1972, había hecho el balance del primer plan decenal de salud y había reconocido los problemas de la metodología OPS/CENDES. En particular, los ministros resaltaron “el hecho de que la ausencia de una política explícita para organizar sistemas de salud había debilitado la planificación como instrumento para ordenar la administración de los servicios” (OPS, 1992: 447). Con este reconocimiento se estaba aceptando la necesidad de impactar en la organización de los servicios de salud de acuerdo con una política pública clara y una planificación ajustada a ella. Éste fue el sentido del modelo de formulación de políticas de salud desarrollado en 1975 por el Centro Panamericano de Planificación de la Salud de Santiago de Chile, patrocinado por OPS (OPS, 1992: 477). Colombia parecía estar, entonces, en las mejores condiciones institucionales y legales para desarrollar este ideario.

De hecho, el Plan Nacional de Salud elaborado por la Oficina de Planeación Sectorial del MSP, cuyo titular era Haroldo Calvo Núñez, durante los primeros años del gobierno del presidente Alfonso López Michelsen (1974-78), se planteaba la ambiciosa meta de cubrir a los “9 millones de personas que en Colombia no tienen aún acceso a servicios suficientes de salud”. Para lograrla, se imponía “utilizar el Sistema y el Plan Nacional de Salud para incrementar los Servicios de Salud a todos los grupos de población, dando preferencia a las personas que están

domiciliadas en las áreas rurales, a las que forman las poblaciones marginales de las ciudades y a la población inaccesible” (Colombia MSP, 1975: 1 y 9). De allí la lógica de organizar la ampliación de cobertura por niveles de atención, a través de los famosos “Módulos Anuales de Cobertura (MAC) 1, 2 y 3”, en los que se desplegaban los más minuciosos detalles de la metodología de planeación aplicada a los servicios de salud. Se esperaba que un MAC-1 estuviera conformado por 6 unidades de cobertura, cada una de las cuales prestaría atención a 1.000 personas o a 200 familias, en tres modalidades de organización y con los recursos humanos, materiales y de infraestructura minuciosamente calculados. Los objetivos del Plan volvían al ideal *integrista*, con términos como “promover el desarrollo del Sistema Único Nacional de Salud [...] incorporar en un Plan Nacional de Salud Único a las instituciones [...] incorporar la totalidad de los trabajadores [...] a un Estatuto Único de Personal [...]” (Colombia MSP, 1975: 10-11, 32-37; Colombia MSP, 1975a: 27-45).

La Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) se encargó de apoyar la implantación de todos los componentes del nuevo Sistema. Incluso desarrolló experiencias novedosas de integración como el proyecto de Integración Operacional de Abajo Hacia Arriba (IOPAA), dirigido por el Dr. Gustavo Molina, médico chileno, exiliado, exprofesor de la Escuela de Salud Pública de su país, asesor de la OPS y docente de la ENSP, quien comenzó a desarrollar este modelo en esta última con apoyo de las facultades de odontología y medicina, el ICSS, la Caja Seccional de Antioquia, la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, el ICBF, la Caja Nacional de Previsión y el Hospital Universitario San Vicente de Paul (Gómez y Correa, 1999).

Sin duda, la aplicación de la planificación en salud al subsector oficial permitió desarrollar una serie de procedimientos y decisiones que mejoraron la capacidad operativa y permitieron aumentar la inversión pública y la red de servicios. El gasto público en atención médica directa del subsector oficial del SNS creció, en pesos constantes de 1975, de \$2.628,4 en 1972 a \$5.645,5 pesos por habitante en 1984 (Vivas Reyna et al, 1988: 323). De 825 instituciones hospitalarias con que contaba

en país en 1975, se pasó a 920 en 1985 (Colombia DNP, 1980: tomo 2, 393; Yepes Luján, 1990: tomo 2, 368). La incorporación de la planificación en el sector salud del país fue un producto claro de la interacción con OPS. Por esto, no es extraño que el ex ministro de salud pública Antonio Ordóñez Plaja afirme, en un balance retrospectivo, que “la OPS cumplió un papel fundamental en todos los países latinoamericanos, no sólo en Colombia: logró que los países vieran la importancia de la salud pública, de la planificación de la salud y de la administración hospitalaria” (Ordóñez Plaja, 2002: 6).

A pesar de los logros, la realidad sociopolítica e institucional del país fue imponiendo su tozuda presencia. Varios sectores sociales, instituciones y organizaciones se pronunciaron en contra de esta perspectiva integrista y planificadora, a pesar del aval técnico internacional. Por ejemplo, la Unión de Trabajadores de Colombia (UTC), una de las centrales obreras más importantes del momento, le expresó al ministro Calvo Núñez sus argumentos para oponerse a la adscripción del ICSS al nuevo Sistema, en una comunicación pública. El más importante y reiterado argumento, utilizado en muchas ocasiones posteriores, era el siguiente:

Cuando la ley describe al ICSS como entidad de derecho social y no establecimiento público, no lo hace graciosamente. El patrimonio del ICSS proviene de particulares: los trabajadores y los empleadores. Ellos son pues los propietarios y sus dineros en este caso no tienen carácter de impuesto sino de aporte con destino a cubrir riesgos sociales [...] la comunidad puede subsidiar los regímenes de salud pública pero los trabajadores como tales no tenemos por qué recibir en transferencia su financiación directa que corresponde al Estado [...] (*El Tiempo*, 15 de septiembre de 1976: 8A, citado por Hernández Torres, 2001: 30).

La diferenciación entre la asistencia pública para pobres y la seguridad social para asalariados, presente en los debates nacionales sobre servicios de salud desde las

primeras décadas del siglo XX (Hernández, 2000), seguía indemne y sólida en el ideario de muchos trabajadores colombianos, y se convertía en uno de los principales obstáculos para avanzar en el primer paso señalado para la universalización del acceso a la atención médica en Colombia: el SNS. Debe reconocerse también que el ICSS era todavía una institución joven, poderosa económicamente y con grandes posibilidades de inversión, a pesar de la deuda acumulada del aporte estatal. En estas condiciones, no era fácil entregar este poder económico, prácticamente privado, a instancias del Estado como el MS (Castellanos, 2002: 7).

Otro proceso favoreció el aislamiento del ICSS del SNS. Al finalizar formalmente el pacto del Frente Nacional en 1974, llegó a la presidencia Alfonso López Michelsen, del Partido Liberal, quien había criticado el arreglo frente—nacionalista, aunque mantuvo el sistema que repartía los cargos públicos de forma paritaria entre conservadores y liberales. En el terreno económico, sin que variara seriamente la tendencia macroeconómica de los primeros gobiernos del Frente Nacional, promovió su consigna de convertir al país en el “Japón de Sudamérica”, rescatando lo que él llamaba la “vocación agro—minera” de Colombia (Palacios, 1995: 268-270). Pero tan elevada aspiración terminó siendo substituida por una retórica que promovió las críticas iniciales a las políticas desarrollistas y del bienestar, promovidas por el BM, al lado de sus llamados a la descentralización fiscal, la privatización de los servicios y la liberalización del comercio. El gobierno de López poco avanzó realmente en este proceso, pero sí permitió el agravamiento de serios problemas económicos, fiscales y sociales que arrastraba el país, en parte por la liberalización que impulsó en el sector financiero. De ellos logró salir más o menos bien librado gracias a una casi inesperada bonanza cafetera debida al repunte del mercado internacional del grano, la cual se utilizó preferentemente para reforzar al poderoso gremio de los cafeteros, y no en el gasto social que el país demandaba (Leal, 1995: 414, 415).

En consecuencia, el gobierno de López desarrolló dos “planes masivos de estabilización” orientados a reducir el déficit fiscal, reordenar el sistema financiero y reducir la inflación. Pero no se hablaba de industrialización desde el Estado, la promoción de las exportaciones menores quedó aplazada por la bonanza cafetera y el énfasis se puso en el control monetario (Ocampo et al, 1994: 268-270). En este marco de la política económica, la ministra de Trabajo y Seguridad Social, María Elena de Crovo, avanzó en una reforma del ICSS por el Decreto N° 148 del 24 de febrero de 1976, que, precisamente, lo definía como “establecimiento público”. De esta forma, los trabajadores del ICSS, en especial los profesionales de la salud, deberían pasar de la condición de “trabajadores oficiales” a “empleados públicos”, y renunciar a las convenciones firmadas previamente con la institución. La medida permitiría, según la ministra, la flexibilización laboral necesaria para ampliar los servicios y las coberturas del ICSS a la población trabajadora. Los primeros en protestar fueron los médicos, sindicalizados en ASMEDAS y en FACOLMÉDICAS, con el argumento central de que esta “flexibilidad” sólo conduciría a aumentar el clientelismo político y disminuiría la calidad de los servicios. El desacuerdo se convirtió en conflicto y, poco después, en la más larga huelga de los servicios de salud que se hubiera visto en el país. En ella participaron otros profesionales y trabajadores de hospitales y centros de la red pública, profesores y estudiantes universitarios, y algunas centrales obreras de orientación izquierdista.

Después de una intensa confrontación, se produjo un proceso de reestructuración del ICSS, en el que la OPS participó con un asesor en desarrollo administrativo de los servicios de salud, el Dr. José María Marín, quien hizo parte del “grupo de estudio de la reestructuración” liderado por Carlos Agualimpia, de la División de Atención Médica del ICSS (Marín, 1981). Después de pasar por varias instancias, el proceso culminó en 1977 con medidas que produjeron graves fisuras en la incipiente estructura del SNS (Hernández Torres, 2001: 31-37). En particular, la condición de “funcionario de seguridad social” para los profesionales (Colombia MTSS/ISS, 1984: 50), esto es, el carácter de empleado público especial que permitía a los médicos conservar la doble contratación en entidades públicas de

salud, generó serios problemas para alcanzar el ideal del "estatuto único de personal" del Sistema. Además, el nuevo Instituto de Seguros Sociales (ISS) ponía barreras a la normatividad que venía desarrollando el Ministerio para el funcionamiento de los subsistemas, y la contratación de los servicios con la red pública por parte del seguro se presentó de manera irregular y marginal (Vivas Reyna et al, 1988: 249).

Otro factor en contra de la integración definida por el Sistema fue el desprestigio de las inversiones en la construcción y dotación de hospitales, aún en el marco del Fondo Nacional Hospitalario. Los funcionarios de esta entidad se veían presionados por los políticos regionales para dedicar recursos a obras no planeadas o innecesarias y, con frecuencia, aparecían denuncias o situaciones sospechosas de corrupción en las construcciones o dotaciones de hospitales. Esto generaba una enorme desconfianza en que las adscripciones y vinculaciones de las instituciones al Sistema pudieran quedar protegidas de estas prácticas, a pesar del discurso técnico de la planificación (Vivas Reyna et al, 1988: 119).

En estas condiciones, no era extraño que el Senador Víctor Cárdenas Jaramillo, en medio del debate sobre la reforma del ICSS en 1976, presentara un mal augurio al recién nacido SNS:

[...] en la práctica no ha funcionado, ni funcionará porque las instituciones que atienden la salud son innumerables, tienen estructuras jurídicas distintas, objetivos imprecisos, regímenes administrativos obsoletos y políticas contradictorias. A pesar de que legalmente está creado [...] la realidad es que nos encontramos frente a un Sistema sin unidad de planificación general, sin coordinación, con atomización de los pocos recursos existentes (citado por Hernández Torres, 2001: 37).

Las condiciones nacionales eran adversas y lo siguieron siendo por muchos años. Entre tanto, el contexto internacional también presentó serios cambios que vinieron a plantear nuevas necesidades y demandas en la política nacional de salud y a la cooperación técnica con la OPS.

La APS: adopción de una estrategia

En el primer lustro de la década del 70, la economía global presentó un reordenamiento dramático, tan importante como el desencadenado por la crisis de 1929. La “edad de oro” de la postguerra se terminó de manera abrupta a mediados de los 70 (Hobsbawm, 1996: 279-284). El Plan Marshall para la reconstrucción de Europa en los primeros años de postguerra permitió una movilización de recursos que favoreció cada vez más a la economía estadounidense, en especial, a sus grandes compañías industriales y comerciales, que comenzaban a ser transnacionales. Este dinamismo fue impulsado por los pactos monetarios de alcance mundial celebrados en Breton Woods en 1944, que dieron origen a los organismos financieros multilaterales, el FMI y el BM (Lichtensztejn y Baer, 1989: 24-5), y que establecieron el patrón dólar-oro con tipos de cambio fijos, clave de los intercambios entre las economías nacionales. Pero a finales de la década del 60, en especial desde 1968, las empresas transnacionales habían acumulado lo suficiente como para presionar los controles financieros. En particular, el mercado de eurodólares experimentó una expansión explosiva, alimentada por las inversiones de las transnacionales, en especial estadounidenses. En un breve lapso, el gobierno de los Estados Unidos experimentó serias crisis en todos sus frentes: en el militar, con el descalabro en Vietnam; en el económico, con la enorme inversión de sus empresas en el exterior, en especial, en el mercado de eurodólares; y en el político, con la pérdida de legitimidad de su cruzada anticomunista. A esta situación, se sumaron dos elementos más: el aumento del costo de la mano de obra como consecuencia del aumento de los salarios en los años sesenta, y el aumento del precio del petróleo, el cual se duplicó entre 1970 y 1973, y se triplicó en 1974 (Arrighi, 1999: 360-76). En estas condiciones, la economía mundial sufrió una de

sus más severas crisis. La inflación se desbordó y la competencia por el control económico mundial se trasladó de los estados nacionales a las empresas transnacionales. De esta forma, aparecía lo que Martínez González-Tablas (2000: 31-48) denomina, la “globalización económica”, que vendría a favorecer la “globalización objetiva” propiciada por el desarrollo tecnológico de las dos décadas anteriores.

Dadas las nuevas presiones mundiales, todos los estados nacionales se vieron en la necesidad de modificar sus reglas de juego, en especial, los Estados Unidos. La perspectiva bipolar del mundo de postguerra se convertía en multipolar. En un lapso breve se acuñó el término “nuevo orden mundial”, como una descripción sintética de la situación, y la función de los organismos multilaterales de Naciones Unidas no pasaría inadvertida. En salud, el director de la OMS, Halfdan Mahler, puso en evidencia la nueva realidad mundial en los siguientes términos:

La escena mundial ha estado dominada en 1974 por la inestabilidad económica: en la mayoría de los países industrializados ha reinado un malestar económico-social sin precedentes desde la última guerra, que ha repercutido en los países en desarrollo, pese a que algunos de éstos hayan registrado una alza notable en sus posibilidades de desarrollo. La inflación general ha impuesto en algunos países una severa reducción en los gastos públicos, que amenaza con tener consecuencias de vasto alcance para los servicios sociales, y no menos para los servicios de salud, en cuya situación repercute además el pronunciado aumento de los costes (Mahler, 1975: 223).

El reconocimiento de estas restricciones obligaría, tanto a los países desarrollados como a los países en vías de desarrollo, a adoptar “sistemas de asistencia sanitaria más racionales” (Mahler, 1975: 223). Pero no se trataba sólo de un ajuste fiscal debido a una crisis económica. A estas alturas el debate sobre el Estado de Bienestar era candente, y las críticas provenían tanto de posiciones políticas de izquierda como de derecha, en todo el mundo, acumuladas desde el comienzo de la

posguerra (Laurell, 1997: 13-19, Anderson, 1997: 354). Aunque no hubo una repercusión inmediata en el gasto social, se preveía una disminución progresiva. De hecho, desde mediados de los setenta, las políticas keynesianas intervencionistas comenzaron a relajarse y el sector financiero y el control de cambios se flexibilizaron (Child, 1992: 207-8). De manera que la idea de sistemas de salud de cobertura universal y alto costo ya no se veían económicamente viables.

Desde la OMS, Mahler propuso dar prioridad a las poblaciones para desarrollar programas de “asistencia primaria” o de servicios básicos de salud, “para cuya ejecución basta utilizar los procedimientos más sencillos, [para] sacarle el máximo partido de los recursos escasos disponibles” (Mahler, 1975: 230). Con tal propósito, la OMS lideró una serie de reuniones regionales que pretendían recoger experiencias exitosas de reorganización de los sistemas en diferentes partes del mundo. Precisamente en este período se venía desarrollando, bajo distintas modalidades de sistemas de salud, una experiencia de “asistencia primaria de salud” en diferentes países en desarrollo, como Cuba, China, Tanzania, Irán, Níger, Venezuela, Guatemala, India e Indonesia, denominada “la salud por el pueblo”, que fue considerada exitosa para los propósitos de la nueva política sanitaria mundial en ciernes. Ésta experiencia pretendía demostrar que la asistencia primaria podía funcionar como puerta de entrada de los sistemas de salud y ser el eje de una política de desarrollo y transformación de los mismos, tanto en los países pobres como en los más desarrollados.

A una conclusión similar llegó un estudio de expertos del UNICEF y la OMS sobre “los factores que han contribuido decisivamente al éxito de ciertos sistemas de prestación de asistencia básica o primaria” en los países en vías de desarrollo. Este estudio señaló la importancia de la asistencia sanitaria primaria, entendida como asistencia curativo-preventiva, con técnicas de asistencia médica unificadas y sencillas y aplicadas por personal dedicado a ese tipo de asistencia primaria. Señaló, además, que las medidas que promovieran el desarrollo, como lo son el saneamiento, la provisión de vivienda, la nutrición, la educación y las

comunicaciones, además de la participación de la comunidad, se constituían en factores que contribuyen a mejorar la calidad de la vida y de la salud de los pobres. Esto indicaba la necesidad de introducir nuevas orientaciones al conjunto del sistema sanitario, convirtiendo la asistencia primaria en la puerta de entrada para ampliar la cobertura a toda la población. “Pese a los enormes problemas y a la angustiosa situación económica –se afirmaba- los recursos disponibles permiten atender ciertas necesidades sanitarias básicas de las poblaciones de los países en desarrollo, ofrecerles una asistencia sanitaria más general y completa, y mejorar su estado de salud” (UNICEF/OMS, 1975: 177-8).

Por su parte, el BM presentó sus propias recomendaciones. En su primera publicación de amplia divulgación sobre política de salud, el Banco afirmaba que los sistemas de salud en este período deberían “extender la cobertura a las comunidades rurales y a los pobres de las zonas urbanas [por medio de] medidas ambientales y preventivas destinadas a controlar la incidencia de las enfermedades, combinándolas con el uso de medicamentos estándar y procedimientos simples para el tratamiento de las enfermedades” (BM, 1975: 49). De esta forma, el mismo año convergieron la OMS, UNICEF y el BM en una política desarrollo social y sanitario que movilizara los recursos mundiales en apoyo de los países en vías de desarrollo, por medio de tecnologías costo-efectivas, baratas, culturalmente aceptables, accesibles a las necesidades de las poblaciones pobres desprotegidas y que, en el caso de salud, no repitieran la experiencia de los sistemas de salud de los países desarrollados y ricos, considerados esencialmente curativos y cimentados en el uso de tecnologías de alto costo (BM, 1975; OMS, 1975; UNICEF/OMS, 1975).

En 1977 se celebraron los Comités Regionales de la OMS y la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, donde se decidió que “la meta social más importante de los Estados Miembros y de la OMS en el sector salud es conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Mahler, 1977: 548). Esta fue la

formulación sintética de la meta SPT-2000 y que se traducía en indicadores de expectativa de vida, de mortalidad y de accesibilidad a servicios y a condiciones de vida favorables para toda la población mundial. La APS se anunció, al año siguiente, como la estrategia para alcanzar la meta de SPT-2000, con base en las experiencias y modelos de “asistencia primaria” o de “servicios básicos de salud” existentes.

La APS se promulgó como estrategia mundial en septiembre de 1978, en Alma-Ata, Capital de la República Socialista Soviética de Kasakstán, durante la Conferencia Internacional que sobre el tema convocaran la OMS y UNICEF (OMS, 1978: 13-15). Que la conferencia fuese en un país de la URSS constituía un símbolo del nuevo orden mundial. Además, la preparación de la conferencia a través de reuniones regionales en todos los continentes durante 1977 ayudó a construir acuerdos previos que se concretaron en la Declaración Final, como se aprecia cuando ésta se compara con el documento previo elaborado por las organizaciones convocantes. La contribución de la región de las Américas a la Conferencia se construyó en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Washington en septiembre de 1977 (OPS/OMS, 1978), teniendo como referencia el Plan Decenal de Salud formulado en 1973 (OPS/OMS, 1973) y el trabajo de tres grupos de expertos de 16 países, encargados de recoger las reflexiones y experiencias de todo el continente. Según el doctor Jorge Castellanos, quien participó en las reuniones de los grupos de expertos, el aporte más importante de la Región a la Conferencia de APS fue el planteamiento de que ésta debía ser una estrategia para reestructurar los sistemas de salud y no sólo el primer nivel de atención.¹⁵

El documento de la Reunión de Ministros reconocía que “el enfoque predominantemente curativo de los servicios, que ha conducido a una separación o paralelismo de las acciones preventivas y de fomento, impidiendo la necesaria integración con que deben realizarse”, junto con “la utilización indiscriminada de tecnologías importadas [...] el aumento significativo de los costos de atención

¹⁵ Comunicación personal.

médica [...] la inadecuada capacitación del personal”, entre otros factores, se convertían en obstáculos para lograr la ampliación de la cobertura en las condiciones culturales, económicas y sociales de los países de América. Por esto se decidió que la APS constituiría la estrategia principal de extensión de la cobertura de los servicios de salud, entendida como “el conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades” (OPS/OMS, 1978: 24-26).

En la Declaración de Alma-Ata se ratificaron varios conceptos de larga trayectoria, como la definición de salud de 1948, entendida como bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad, la acepción de la salud como “derecho humano fundamental” y las relaciones entre salud y desarrollo socioeconómico. En el punto sexto, se definió la APS de la siguiente manera:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, 1978: 3-4).

Con esta extensa definición, los países participantes trataban de ir más allá de la prestación de servicios de salud de baja complejidad. Incluso, el documento previo preparado por la OMS y UNICEF hacía constar que,

Ese concepto –el de APS- ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia, positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud (OMS/UNICEF, 1978: 45).

En el mismo sentido se incorporó la estrategia en la región por parte de la OPS (OPS/OMS, 1980: 189-190). La APS significaba también una nueva relación entre salud y desarrollo, en el marco del “nuevo orden económico” (NOE). En su informe de 1975 a la Asamblea Mundial de la Salud, Mahler había asociado la emergencia de la concepción de asistencia sanitaria primaria con la del NOE. En este programa político la cooperación internacional marcaría un nuevo rumbo en las relaciones internacionales, distinto del de la confrontación que prevalecía entre países ricos y pobres, y mejor definido por la mutua cooperación. De ahí la relación de la APS con la búsqueda de la paz mundial proclamada en la Conferencia de Alma-Ata de 1978. En lo que a salud se refiere esa cooperación debería promover “el esfuerzo internacional dirigido a mejorar las condiciones sanitarias en los países en desarrollo dando prioridad a la prevención de las enfermedades y la malnutrición y prestando servicios sanitarios primarios a las comunidades, incluso en materia de salud de la madre y del niño y de bienestar familiar” (Mahler, 1976: 231)

Como se ha visto en los períodos anteriores, en Colombia existían experiencias previas de prestación de servicios básicos de salud o de asistencia primaria que podrían asimilarse a los sugeridos por la APS. Desde la creación del año de “medicatura rural” en 1949, pasando por los centros pilotos del proyecto de cooperación de 1956, por la experiencia de las promotoras rurales voluntarias del doctor Héctor Abad Gómez en el municipio de Santo Domingo, Antioquia, en 1957, integradas a los servicios en 1965 por el ministro de Salud Pública, Gustavo Romero Hernández (Quevedo et al, 1990: 56-57), y por los centros de salud que más tarde constituyeron las “unidades primarias de atención” (UPA), se hablaba en

el país de ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud (Ochoa, 2002). A la Conferencia de Alma-Ata el Ministerio de Salud (MS) envió una delegación del grupo que trabajaba en el diseño del MAC-1 y como delegado oficial se registró el doctor Roberto Liévano Perdomo (OMS, 1978: 18). El doctor Luis Carlos Ochoa, quién había sido Secretario General del Ministerio y se encontraba en ese momento trabajando para OPS, fue enviado como delegado por el Director, Héctor Acuña, en representación de los funcionarios de la Oficina que hacían trabajo de campo en toda la región (Ochoa, 2002).

Probablemente por ese acumulado, la incorporación del término y de la orientación general de la APS en Colombia parecía sencilla. De hecho, el ministro de salud, Alfonso Jaramillo Salazar, informaba al Congreso de la República en 1980 que:

Dado que la historia reciente de la salud pública en Colombia nos muestra la incorporación de la comunidad desde la década del sesenta en el proceso de prestación de los servicios de salud, a través de la Promotora Rural, así como la progresiva delegación de funciones al personal auxiliar de salud, fue realmente expedita la aceptación de los conceptos fundamentales de la atención primaria dentro del plan de salud citado antes, como una de las estrategias de mayor prioridad para solucionar en un corto plazo el mayor conjunto de problemas de salud en los grupos prioritarios de población (Jaramillo Salazar, 1980: 22).

Dos elementos sobresalen en la afirmación del ministro: de un lado, la concepción de la APS como la prestación de servicios de muy baja complejidad por parte de personal auxiliar; de otro, la idea instrumental de la participación comunitaria expresada en las acciones de la Promotora Rural. Así, a pesar del optimismo expresado por el ministro, su discurso mostraba una concepción muy limitada de la APS que, precisamente, en Alma-Ata se había intentado evitar a toda costa. Para nada se habla de las relaciones con el desarrollo socio-económico ni de las formas de articulación con todo el sistema de salud. Poco después, el Ministerio fue aún

más explícito en presentar su definición de la APS para Colombia, en los siguientes términos:

Estrategia que permite ampliar la cobertura de servicios de salud tanto a las personas como al ambiente, mediante la realización de acciones simples que tiendan a satisfacer las necesidades elementales de la comunidad en relación con la promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación (Colombia MS, 1981: tomo 1, 32).

Por esta concepción limitada, el ministerio informaba al Congreso el cumplimiento de sus metas en APS como la “instalación en el período comprendido entre 1976 y 1979, de 700 Unidades Primarias de Atención, para una tasa de cumplimiento de la meta propuesta de 84,6%, y aumento de la oferta de servicios de salud a 5'259.856 habitantes, el 58,4% de la población objeto del programa, con un costo total de \$1.915 millones” (Jaramillo Salazar, 1980: 31). A las UPA correspondía realizar siete tipos de actividades (Colombia MS, 1980):

- Atención médica delegada al personal auxiliar y promotoras, que incluía primeros auxilios, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal y del puerperio, atención del parto, manejo de patologías básicas y prevalentes como la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria.
- Suministro de medicamentos ya formulados por médico.
- Educación nutricional.
- Vacunación y vigilancia epidemiológica.
- Promoción de la construcción de sistemas de abastecimiento de agua, instalación de filtros caseros.
- Promoción de la instalación de sistemas de eliminación de excretas

- Educación para la disposición de basuras, zoonosis y mejoramiento de la vivienda.

La Representación de OPS en Colombia, junto con UNICEF, el BID, el BM y el gobierno holandés, participó en el fortalecimiento de la APS y de la infraestructura del SNS, a través de programas específicos como los de atención materno-infantil, planificación familiar, información en salud, administración y planificación de salud, fármaco-dependencia y medicamentos esenciales, entre otros (OPS/OMS/Colombia, 1984: C-9.1). Entre los programas de apoyo más importantes se destaca el que se desarrolló en 1980, junto con el MS, UNICEF y el Instituto Nacional de Salud (INS), sobre rehidratación oral para menores de 5 años a través de la producción de sales de rehidratación oral. “Mediante Resolución del MS (número 9063 del 4 de Agosto de 1982) se reglamentó la distribución de las sales de rehidratación oral a través de los Servicios Seccionales de Salud mediante la constitución de Fondos Rotatorios” (Colombia MS, 1983: 55). Se calculaba la población objetivo en 2.2 millones de niños y niñas, de los cuales en 1980 consultaron por diarrea en las instituciones del sector aproximadamente 334.278 y fueron hospitalizados 56.423. El país trabajaba en la producción de sales con una planta que era insuficiente para abastecer las necesidades, por lo cual se solicitó a la OPS que ayudara en la instalación de una planta más con el fin de aumentar la producción de sales. Se logró instalar y poner en marcha una planta en el INS. Hasta el primer semestre de 1983 se habían distribuido 800.000 unidades en los 33 servicios seccionales de salud existentes en el país, a un costo de aproximado de 10 millones de pesos (OPS/OMS/Colombia, 1984: C-3.2).

En el terreno de la participación comunitaria, en 1977 ya se había elaborado el primer “Plan de Participación Comunitaria”, como un componente del primer nivel de atención para ampliar la cobertura, generar cambios en la actitud de las comunidades hacia los servicios y educar a éstas en la práctica de la prevención y la curación de la salud (Colombia MS/DPC, 1977). Sin embargo, esa participación no fue más allá de los aspectos organizativos, por lo que el Plan Nacional de

Participación de la Comunidad en Atención Primaria de Salud de 1981 se propuso hacer énfasis en la capacitación de la comunidad para la administración de los recursos locales de salud, el desarrollo de actividades de atención primaria y la planeación integral de la salud (Colombia MS/DPC, 1981). No obstante, el plan de 1985 consideró que la responsabilidad de organización de la participación de la comunidad no era del sector salud, y que tampoco la comunidad debía ser co-gestora de los servicios de salud a nivel local, por lo que su objetivo fue promover el auto cuidado de la salud y la demanda racional de los servicios de salud (Colombia MS/DPC, 1985: 4; Colombia MS/OPS, 1988).

En el aspecto de la intersectorialidad que implicaba la estrategia de APS, se enunciaron formas de articulación entre los MAC y las UPA y los programas desarrollados para zonas marginales rurales durante los gobiernos de los presidentes Alfonso López Michelsen (1974-1978) y Julio César Turbay Ayala (1978-1982), con los programas de Desarrollo Rural Integrado (DRI) y Plan de Alimentación y Nutrición (PAN). Cerca al final del período del gobierno Turbay, se anunciaba que el PAN había logrado atender “a tres millones cuatrocientas mil personas con acciones en salud, saneamiento ambiental, distribución subsidiada de alimentos, apoyos técnicos y crediticios a la producción de alimentos de autoconsumo y educación nutricional” (*El Tiempo*, viernes 28 de marzo de 1982: 7E). De esas personas 2.847.800 se beneficiaron con acciones específicas de salud a través de 465 unidades primarias de salud y 121.000 se beneficiaron con acciones de saneamiento a través de 276 acueductos y sistemas de tratamiento. Además, se logró distribuir “12.200 toneladas de alimentos y atender 23.500 parcelas familiares, con una inversión total de 3.360 millones de pesos”. A pesar de las cifras, no podría afirmarse que se trataba de una articulación orgánica entre instituciones y programas para poblaciones específicas. Cada instancia tenía sus procedimientos, entidades responsables y recursos diferentes, y era difícil coordinar sus acciones con el sector salud, como se reconocía en el diagnóstico que sirvió de base a la formulación del programa de “atención integral a la familia” del Plan de Desarrollo del gobierno de Belisario Betancur (1982-1986) (Colombia DNP, ca.1982: 271).

Así las cosas, Colombia no adoptó, sino adaptó la APS a su propia realidad histórica e institucional. Pero el resultado dejaba mucho qué desear, por la reducción de la estrategia al primer nivel de atención y a acciones simples desarrolladas por personal auxiliar y promotoras de salud.

Control de enfermedades transmisibles en el marco de la APS

Uno de los programas más afectados por la estrategia de APS en todo el mundo fue el de la erradicación de la malaria. En Colombia, este programa presentó serias transformaciones que constituyen una buena muestra de lo que ocurrió en otros de su tipo, como se verá a continuación.

A pesar de que el informe rendido por la secretaría de la OMS a la XXII Asamblea Mundial de la Salud, de 1969, se constituía en un precedente para seguir aceptando la erradicación como un objetivo final, ya también en ese momento se contemplaba la viabilidad de operaciones de control. Pero solo fue a partir de 1978 que se oficializó dentro de OPS/OMS una modificación sustancial del objetivo de las acciones contra la malaria. Se buscaba convertir las campañas de erradicación en programas de control. Puede decirse que esta transformación resultó de la confluencia de dos procesos: por un lado, y el más importante, el reconocimiento explícito del fracaso de la erradicación a escala mundial, a pesar de que se venía cuestionando desde finales de los años 60; y por otro, el surgimiento de la estrategia de la APS, con la cual se pretendía integrar a las acciones básicas de salud, las actividades dirigidas contra las enfermedades transmisibles. La forma en que las campañas de erradicación comenzarían su transformación hacia programas de control fue diferente en cada país, según las condiciones socioeconómicas y políticas particulares en que se desarrollaron los SNEM y la manera como se asimiló la APS.

En Colombia, la transformación ocurrió en tres momentos: el primero, de 1975 a 1978 aproximadamente, cuando los programas de erradicación, no sólo en Colombia sino en otros países de la región y con la participación de la OPS,

iniciaron una modificación de la campaña inicial a través de la llamada “flexibilización operativa”, como mecanismo para solucionar los problemas identificados en el modelo de erradicación. El segundo, de 1978 a 1993, que incluyó la definición de la nueva estrategia de control por parte de la OPS/OMS y las transformaciones derivadas del intento de su puesta en práctica por parte del SEM en el decenio de los 80, en medio de las primeras reformas del Estado hacia la descentralización en 1986. El tercero, de 1993 hasta hoy, se ha caracterizado por la cristalización del proceso de descentralización del SEM, en el marco de la reforma del sistema de salud de 1993. Debido a que esta reforma ocurrió al margen de la cooperación de la OPS, aquí sólo se tratarán los dos primeros momentos, quedando el tercero por fuera de este estudio.

La “flexibilización operativa” puede describirse como una estrategia intermedia entre la erradicación y el control, pero todavía regida por el marco de la primera. Varios autores han señalado que era evidente, desde finales de los años 60, que el programa mundial de erradicación no podría cumplirse en un corto plazo (Franco, 1990: 253; Nájera, 1991). Como se señaló, desde 1961 se había cuestionado la erradicación y se había señalado la necesidad de apoyar la vigilancia en los servicios de salud ordinarios. (Nájera, 1991: 139). En 1967, luego de examinar en detalle la estrategia, la OMS reafirmó la erradicación completa como objetivo final, pero reconoció que en las regiones donde no parecía todavía viable, se debía fomentar la lucha antimalárica con los medios disponibles. Con la colaboración de OPS/OMS y otros organismos como UNICEF y US-AID, casi todos los programas fueron evaluados por grupos multidisciplinarios con el fin de decidir si cabría esperar que fueran capaces de lograr la erradicación a corto plazo o si, en caso negativo, sólo debían considerarse programas de control. Según Nájera, esos grupos estaban sujetos a muchas presiones. En sus conclusiones influyó el interés de muchos programas en mantener su organización y autonomía, actitud que en varios casos contó con el apoyo de las autoridades de salud, ante el temor de que la interrupción de las operaciones sistemáticas sobre el terreno originara problemas laborales.

Aún así, la puesta en duda de la erradicación mundial del paludismo debilitó la afirmación de que ésta era una inversión de capital y no un gasto ordinario. En Colombia, el resultado fue dramático: en 1973, UNICEF retiró su apoyo financiero al programa. Este organismo aportaba más que OPS en recursos directos. Entre 1966 y 1973, UNICEF había aportado US\$ 3.267.000, mientras que OPS llegaba a US\$ 1.947.000; esto es, el 62,7% y el 37,3% de los recursos externos respectivamente. El vacío fue cubierto por el gobierno y por un crédito sectorial de la AID por 32 millones de pesos para 1975 y 1976. Si bien el programa no sólo dependía de recursos externos, el impacto fue fuerte. El balance de gastos entre 1958 y 1977 lanzó una cifra total aproximada de US\$ 72 millones, de los cuales el gobierno colombiano había aportado cerca del 82% (Colombia MS/DCD, 1978: 36-38). Pero el aumento del costo de los insecticidas y del transporte en los años 70 redujo drásticamente la capacidad operativa del programa, la calidad de las actividades y la moral del personal. Esta situación no era excepcional de Colombia.

A pesar de ello, en el decenio del 70, la política de OPS/OMS frente a la malaria siguió siendo la de mantener los programas de erradicación, pero con algunos ajustes (Nájera, 1991: 140-141). El mecanismo de ajuste recomendado fue la denominada "flexibilización operativa". Esta alternativa consistía en el establecimiento de prioridades dentro de las áreas maláricas, que debían definirse de acuerdo con las circunstancias epidemiológicas, sociales y económicas de cada país, "sin abandonar la meta de la erradicación" (OPS/OMS, 1981: 34). El Consejo Directivo de la OPS, durante su 24ª reunión de 1976 ratificó lo aprobado por el Comité Ejecutivo de la OPS, en el sentido de recomendar a los países el establecimiento de una estrategia flexible para el programa de malaria (Colombia MS/DCD, 1978: 11).

En Colombia se presentaron dificultades tanto técnicas como financieras. Desde el retiro del apoyo de UNICEF en 1973, los aportes del gobierno sólo alcanzaron para cubrir el aumento de costos de los bienes y los servicios. En ese momento, el programa se vio obligado a concentrar los recursos para evitar un retroceso en lo

que se había alcanzado. En la práctica era evidente que la meta de la erradicación en todo el territorio nacional se convertía en un objetivo a largo plazo. Así lo expresaba en 1975 el jefe del proyecto de erradicación de la malaria de la OPS en Colombia, el Dr. L. J. Uribe, en uno de sus informes de actividades (OPS/OMS/Colombia 1975: 1-2). En la segunda mitad de los años 70, la tendencia fue limitar las actividades de campo -que seguían siendo fundamentalmente de rociamiento intradomiciliario y evaluación epidemiológica del mismo-, a lo que los recursos existentes permitían ejecutar y aplicadas en las áreas de más alta endemividad (OPS/OMS/Colombia, 1978).

El deterioro de la situación epidemiológica desde 1976 también contribuyó de manera más clara a la introducción de cambios operativos en el programa de acuerdo con la estrategia de racionalización de coberturas y flexibilidad operativa, lo cual significó la disminución del programa de medicación masiva (OPS/OMS/Colombia, 1977: 3). La medicación masiva, que consistía en la aplicación masiva y simultánea de varios medicamentos antipalúdicos en dosis quincenal, se aplicó desde finales de los años sesenta en regiones en donde las dificultades epidemiológicas como la resistencia de ciertos vectores al DDT y del *plasmodium falciparum* a los medicamentos, así como también las dificultades generadas por el 'comportamiento humano', como el tipo de vivienda construida, hacían más difícil el avance de la campaña. Se inició en 1969 en el Bajo Cauca utilizando amodiaquina, primaquina y pirimetamita y, posteriormente, se hicieron campañas similares en Urabá, Catatumbo, Sarare y Putumayo de tal forma que en 1971 ya eran cinco los programas de medicación masiva que funcionaban en el país (Colombia MSP/SEM, 1971: 8, 10-11).

Adicionalmente, los problemas de renuencia de la población y de alteración del orden público continuaron, obligando a interrumpir rociamientos en algunas áreas. Para 1978, éstas representaban el 10% del total del área malárica (OPS/OMS/Colombia, 1977a: 4 ; OPS/OMS/Colombia, 1978a). El deterioro de la endemividad que se registró en los informes durante el último lustro de los años 70

se debía, ya no sólo a las dificultades en la ejecución de las actividades de campo, sino también a los retos de la colonización irregular, la inestabilidad del personal y, en últimas, el franco deterioro de la infraestructura del SEM. Por ello, no es extraño que en el informe del jefe del proyecto de malaria de la OPS del primer trimestre de 1978, se señalara la urgencia de recibir nuevos fondos para “reconstruir el programa” (OPS/OMS/Colombia: 1978).

En estas circunstancias, la Dirección de Campañas Directas (DCD) presentó un proyecto de financiación al BID para los siguientes cuatro años. Si bien, al parecer el proyecto no se concretó, su diseño mostró que el programa entraba en una flexibilización operativa y era la primera propuesta en la que se consideraba la posibilidad de incorporar acciones de control, antes de que se oficializara en la OPS/OMS la transición de las campañas hacia programas de control. El proyecto, cuya segunda versión es de febrero de 1978, proponía metas a corto y a mediano plazo: dentro de las de corto plazo estaba la de reducir la endemividad; y dentro de las de mediano plazo figuraba la de evitar la mortalidad, a través de medidas de rociamiento intradomiciliario típicas, pero también, de otros métodos de control para detener o limitar la reproducción del vector en los criaderos. En todo caso, no se abandonaba la meta de la interrupción total de la transmisión (Colombia MS/DCD, 1978: 48). Algunas medidas eran sólo consejos que se daban a la población, y no estrictamente de control. Éste era el caso del desbrozamiento de los alrededores de las casas y el mejoramiento de la vivienda y, aún, el uso del toldillo, que era recomendación permanente por parte de los mismos trabajadores de la campaña (Pinzón, 2002). Igualmente, y siguiendo la estrategia de la flexibilización operativa, dicho proyecto pretendía concentrar sus acciones a las áreas de mayor problema, es decir, coberturas selectivas, prioritarias y flexibles, determinadas por la endemividad e incidencia en el desarrollo económico, en especial, en las áreas de colonización. Como justificación para obtener el apoyo financiero, el proyecto contemplaba, como otros de sus objetivos, la extensión de la cobertura por los MAC diseñados para el SNS y el fortalecimiento de los objetivos del programa de

Desarrollo Rural Integrado y del Plan Nacional de Nutrición (Colombia MS/DCD, 1978: 54-57).

En 1975, se calculaba que existía, dentro del área malárica, un territorio de 23.368 km² con 113.215 habitantes, en donde las operaciones se encontraban temporalmente suspendidas por razones de fuerza mayor (OPS/OMS/Colombia, 1975a: 1). Para julio de 1978 las cifras, aunque evidencian un avance de las actividades, no se alejaban mucho de los logros alcanzados desde 1969: el área en fase de consolidación aumentó de 11.8% a 16.16% y el área en fase de ataque disminuyó de 88,2% a 83%. (Colombia MS/SEM, 1979a). Dado este escaso avance de las acciones, no resultaba extraño que la situación del programa en Colombia hacia finales del decenio del 70 fuera de las peores dentro de la región. En la III Reunión de Directores de los SNEM de las Américas, celebrada en Oaxtepec, México, entre el 26 y 31 de marzo de 1979, se presentó una estratificación de los países según la gravedad de la situación epidemiológica. En el primer grupo estaban los países que habían logrado la erradicación al cual pertenecían 12 países como Chile, Estados Unidos y Cuba, entre otros. En el segundo, integrado por los países en los que la transmisión prácticamente se había interrumpido, se ubicaban 8 países, entre ellos Argentina y Paraguay, aunque conservaban riesgos de importación y alta receptividad. El tercer grupo, conformado por 5 países -entre ellos Brasil, México y Ecuador-, correspondía a países en los que, continuando la erradicación a escala nacional, la transmisión se había logrado interrumpir en gran parte del territorio, aunque persistiendo algunos focos; se consideraba que los gobiernos de los países de este grupo daban recursos adecuados y que las dificultades técnicas eran superables. El cuarto y último grupo -al que pertenecía Colombia junto con Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú-, se caracterizaba por una situación epidemiológica difícil como consecuencia de serios problemas técnicos, administrativos y financieros. La mayoría de los países de este grupo había mostrado un deterioro considerable en su situación epidemiológica, asociada al movimiento interno de población, a las viviendas precarias y la colonización, y la inestabilidad del personal. En el caso particular de

Colombia se anotaba que los recursos asignados no permitían la aplicación de DDT con la intensidad y extensión deseadas aunque el vector fuera susceptible, lo que hacía que la situación tendiera a deteriorarse. A diferencia de los otros miembros de su grupo, Colombia presentaba problemas debido a la resistencia que oponían núcleos de población a las medidas antimaláricas, a lo cual se sumaban los desplazamientos de población cada vez más masivos y frecuentes debidos a una endémica situación de violencia cuyos efectos en todos estos programas de salud está aún por estudiarse y valorarse. Además jugaba un papel importante en el agravamiento de la situación la resistencia del falciparum a la cloroquina. En los países del grupo cuatro, se aplicaría con más rigor la estrategia de “flexibilización operativa” (OPS/OMS, 1981: 29-36).

La flexibilización también implicó en Colombia la reducción de la cooperación con OPS entre 1975 y 1978. Para éste último año sólo quedaban algunos asesores a nivel central, insuficientes para cubrir las necesidades del país, en contraste con el promedio de diez personas de OPS de los años anteriores, entre inspectores sanitarios y malariólogos, que apoyaban no sólo a la oficina central sino también las labores de los jefes de las zonas en que estaba dividido el país para la campaña (Colombia MS/DCD, 1978; Pinzón, 2002).

En 1978, la 31ª Asamblea Mundial de la Salud revisó la evolución del problema de la malaria desde 1969. En esta ocasión se hizo la declaración oficial del fin de la política erradicacionista como meta a corto plazo y se formuló lo que se llamó la “nueva estrategia” de control. Ésta consistía en la estratificación del área malárica de los países de acuerdo con la situación epidemiológica, para determinar las prioridades de acción acordes a las situaciones locales. Con ello, la OMS y la OPS renunciaban oficialmente a un modelo único de acción, como había sido lo característico de la era erradicacionista. Ahora se reconocería la variabilidad de las condiciones nacionales y regionales relacionadas con la enfermedad y se dejaría a cada país la definición de sus prioridades y metas a corto plazo. En este marco, la OPS trataría de orientar las acciones hacia la toma de medidas de control en el

manejo de la enfermedad. Esto significó el desplazamiento de hacia delante de la meta de la erradicación como un objetivo a largo plazo, hasta quedar en el limbo de los ideales a alcanzar (OPS/OMS, 1981: 4,17-18, 105). Si la erradicación de la malaria se planteó en 1954 como una alternativa más económica, eficaz y de corto plazo frente a los altos costos y la larga duración de los programas de control, luego de 20 años de trabajo erradicacionista se invirtió el argumento: “no se llegará nunca a insistir demasiado en que un progreso mantenido, aunque lento, es preferible a la rápida efectividad espectacular, pero imposible de mantener” (OPS, 1988: 106).

La estrategia de control se recomendó a los países americanos durante la III Reunión de Directores de los SNEM de México en 1979. Pero en la “nueva estrategia” no se planteó acabar con los SNEM. Por el contrario, estos servicios deberían ajustar tanto sus actividades como la forma en que debían articularse a los servicios de salud. Como señaló el director de la OPS, el mexicano Héctor Acuña, en dicha reunión, los esfuerzos de los malariólogos y salubristas no debían dedicarse más a tratar exclusivamente una enfermedad que en muchas regiones no era prioritaria; antes bien, debían dedicar los recursos a aquellas regiones donde hubiera una incidencia de malaria que repercutiera en el desarrollo socioeconómico y no como campaña vertical ni con los criterios de cobertura total (OPS/OMS, 1981: 5).

En Colombia, la “nueva estrategia” comenzó a examinarse desde 1979, año en que se hicieron dos evaluaciones del programa con miras a adaptarlo al nuevo movimiento. La primera de ellas fue realizada por los funcionarios del SEM y el personal OPS/OMS que participaba en el programa de malaria en Colombia¹⁶, cuyo fin fue el de servir de marco de referencia para el grupo de asesoramiento nacional e internacional que el MS convocó para realizar la segunda evaluación. La malaria seguía siendo un problema grave de salud pública, si se tenía en cuenta la pérdida de cerca de 2.800.000 días laborales y 3.000 muertes por malaria al año; además,

¹⁶ Ellos eran Oscar Juan Beltrán, jefe del proyecto de erradicación de la malaria para Colombia, y los oficiales técnicos Ramón Ocegüera del Toro y Teófilo Partida Godínez.

la malaria era la tercera causa de morbilidad dentro de las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria después de las diarreas, enteritis e infección gonococcica, y la 27ª causa de mortalidad general (Colombia MS/SEM, 1979a: 1, 16-33). La segunda evaluación fue realizada por un comité *ad hoc* conformado por un grupo multidisciplinario nacional y otro de OPS/OMS y el Servicio de Salud de Estados Unidos. Los nacionales: por parte del Ministerio de Salud, Héctor Gómez Triviño, de la Dirección de Vigilancia y Control, Camilo Dávila, de la Oficina de Planeación, y Angela Roa de Gómez, de la Secretaría General; por parte del Departamento Nacional de Planeación Germán Perdomo, de la División de Salud del mismo; los extranjeros fueron Augusto Noguera, Jefe de la Unidad de Programación y Adiestramiento del Programa de Acción Contra la Malaria de OMS, José A. Nájera, Oficial Responsable de Malaria, Otras Enfermedades Parasitarias y Control de Vectores de OPS/OMS, y Jessé Hobbs, Responsable de Adiestramiento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Centro de Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Colombia MS/SEM, 1979: I-II). Este comité confirmó la apreciación de que la situación epidemiológica era “sumamente grave”, en parte por la falta de cobertura de los rociamientos, pero también, por la insuficiente cobertura de la evaluación epidemiológica (Colombia MS/SEM, 1979: 1-13, 20-24).

Aunque la transformación de la estrategia de erradicación a la de control era recomendada por el comité, en Colombia se conservó la estructura vertical y centralizada del programa, y la autonomía administrativa del SEM, dado que éste organismo se venía consolidando dentro de la estructura del MS, desde cuando asumió la realización de otras campañas en 1968. Pero este crecimiento no significaba un lugar central en la estructura presupuestal del Ministerio, a pesar de los 16 programas que manejaba la DCD en 1975, donde se ubicaba el programa contra la malaria. Además, todavía era escasa la coordinación con otras instituciones del sector salud, e incluso, con otras dependencias del MS. La excepción era la participación del SEM en las campañas de vacunación a la población rural. Las relaciones con los Servicios Seccionales de Salud eran

precarias y estaban orientadas a racionalizar los recursos en algunos departamentos. Pero esta situación no obedecía a una relación formal de instituciones sino a nexos personales. Lo mismo ocurría con algunos hospitales y centros de salud (Colombia MS/SEM, 1979: 45-50).

Las recomendaciones del comité trataban de superar estos problemas, por medio de una estrecha cooperación con los servicios primarios de salud y la participación activa de las comunidades para las actividades de control del SEM. También se insistió en la necesidad de establecer mecanismos formales de coordinación intra e intersectorial, y se sugirió la posibilidad de reestructurar las zonas del SEM para que coincidieran con los servicios seccionales de salud, para favorecer la coordinación (Colombia MS/SEM, 1979: 52-53, 57-58). A partir de estas recomendaciones, durante los primeros años de la década del 80, la DCD/SEM comenzó a trabajar sobre la metodología de la estratificación epidemiológica con el apoyo de funcionarios de OPS/OMS y de algunas universidades, como la del Valle y la Nacional (Colombia MS/DCD, 1982 y 1985).

La nueva metodología se enmarcó dentro del modelo denominado “Planeación Estratégica Focal” (PEF), en el marco de la planeación del MS. La idea era partir del diagnóstico de la situación en un área de trabajo o “foco”, con base en aspectos como morbilidad, cobertura, administración, infraestructura física y recursos disponibles, para definir las acciones, ejecutarlas y evaluarlas de acuerdo con las condiciones particulares de las localidades de dicha área. Se esperaba que la PEF descentralizaría y fortalecería la decisión a todo nivel, facilitaría la coordinación con los servicios seccionales de salud y con otros sectores de desarrollo, así como la participación de la comunidad en las etapas del proceso administrativo, racionalizando y optimizando los escasos recursos. Así, la PEF parecía dar cabida a la inserción del control de la malaria en los programas de la APS.

La 31ª Asamblea Mundial de la Salud de 1978 había recomendado que el control de la malaria fuera desarrollado como parte integrante de la estrategia de APS y que

las responsabilidades de los programas de malaria fueran transferidas a los servicios generales de salud, contando con la guía y supervisión de malariólogos. Se reconocía que esa transición sería lenta y que en algunos casos se necesitaría aún la estructura de los SNEM hasta que los servicios de salud estuvieran en capacidad de asumirlos. Así lo entendieron los Directores de los SNEM en su III Reunión de 1979. Allí se interpretó que los objetivos y las acciones que constituían la APS coincidían con las que se requerían para la aplicación de programas eficaces de control de la malaria: la prevención y control de enfermedades endémicas locales que implicaba a todos los sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario, la participación y autosuficiencia de la comunidad, así como la participación tanto de trabajadores de la salud como de practicantes tradicionales. Para cada uno de estos niveles se ofrecieron algunas medidas (OPS/OMS, 1981: 101-102).

Colombia parecía, entonces, estar cumpliendo otra vez la tarea. Pero no fue así. En el informe que presentó Colombia para la discusión de los programas de prevención y control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (ETV) en países del Área Andina, llevada a cabo en Lima entre el 28 y 30 de noviembre de 1984, se dudaba todavía si el “Programa de Control de Paludismo” podría considerarse como parte de la APS o si era conveniente conservarlo como un programa aislado. Tampoco se veía claro el papel del programa en el desarrollo nacional, ni cómo se vería afectado por el diálogo de paz y la amnistía que entonces adelantaba el gobierno nacional con los grupos insurgentes¹⁷. Con excepción de la experiencia del Servicio Seccional de Antioquia, en el primer lustro de los años 80 la APS sirvió más como una retórica con la cual se justificaba la necesidad de la participación de la comunidad, que como una estrategia de base efectiva en el terreno de la salud. El proceso de participación de la comunidad en este campo, como en otros, seguía siendo muy precaria (Colombia MS/DCD, 1984: 14, 26). No

¹⁷ Durante el gobierno de Belisario Betancour (1982-1986) se iniciaron en firme los diálogos con diversos grupos insurgentes, que dieron algunos resultados parciales, y que abrieron el camino para un complejo y difícil proceso de paz que logra consolidarse.

es extraño, entonces, que en el informe de actividades de la DCD/SEM de 1986 no se mencione siquiera la APS y únicamente se haga referencia a la intención de motivar a las comunidades para su participación en la solución del problema (Colombia MS/DCD, 1986: 1). Sólo sería con la reforma fiscal y administrativa de la ley 12 de 1986, mediante la cual se buscaba fortalecer la autonomía de los municipios, que el SEM comenzaría a contemplar más claramente su papel dentro de la APS y a discutirse la necesidad de su descentralización, como se verá.

Esta paradoja ocurrió porque la “nueva estrategia” había sido asumida en el país como una reducción de escala de las actividades erradicacionistas, de corte militarista y jerárquico tradicional, más que como una verdadera integración de las medidas de control al nivel local (Colombia MS/DCD, 1985). Según el mismo informe del director de la DCD/SEM, las actividades de control de la malaria aún se hacían tomando como medida básica la aplicación intradomiciliaria de insecticidas de acción residual para interceptar la transmisión de la enfermedad, junto con la búsqueda y tratamiento de enfermos para reducir el reservorio de plasmodios, aunque no dejaron de incluirse algunos mecanismos de participación de la comunidad (Colombia MS/DCD, 1986: 8-9).

Entre tanto, la endemia no parecía retroceder. Un balance hecho en 1986 sobre la situación epidemiológica de la malaria en los últimos años mostraba que, hasta 1976, la incidencia promedio anual era de 30 mil casos aproximadamente; pero desde 1977 se había acentuado, llegándose a registrar 105 mil casos en 1983 con casi 2.000 defunciones. El reservorio endémico de la enfermedad seguían siendo las regiones de colonización y las mismas regiones maláricas tradicionales, con una población cercana a 2 millones de habitantes. Las causas de la persistencia de la endemia, además de la existencia de las especies vectoras y la resistencia de algunas cepas de falciparum a las cuatro aminoquinoleínas utilizadas en el país, continuaba explicándose por los mismos factores de orden económico, político y social.

Pero no todo resultó tan poco esperanzador para las enfermedades transmisibles en el marco de la APS. Un programa que se vio favorecido fue el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a pesar de sus tropiezos iniciales. El PAI se consolidó en 1977, como una iniciativa de la OMS frente al recrudecimiento de varias enfermedades inmunoprevenibles (OPS, 1992: 422). Este programa tenía el propósito explícito de reducir la morbi-mortalidad causada por seis enfermedades: sarampión, tos ferina, poliomielitis, tuberculosis, tétanos y difteria; su objetivo en el mediano plazo era el de lograr la inmunización de todos los niños del mundo contra estas enfermedades en 1990. La propuesta del PAI surgió en el marco político y discursivo de la SPT-2000 y de la conferencia internacional de Alma-Ata.

La OPS asumió el carácter de oficina regional de la OMS para desarrollar las actividades del PAI en las Américas, orientando sus actividades hacia cinco grandes campos: capacitación; operación de un fondo rotatorio para facilitar la compra de vacunas; desarrollo de la “cadena de frío”¹⁸; información y evaluación de los programas y divulgación de información (OPS, 1992, 422). El PAI planteó tres estrategias básicas para lograr la más amplia cobertura de vacunación posible: concentrar las vacunaciones en niños menores de un año y embarazadas, realizar simultáneamente el mayor número de vacunaciones posibles y convertir la inmunización en una acción “integrada y regular de los servicios de salud” (OPS/OMS/Colombia, ca.1986: 4). Pero integrar las actividades del PAI a los servicios de salud no era un asunto simple en varios países americanos, entre los cuales se incluía Colombia, dadas las características de estos servicios.

El PAI se implantó en Colombia en 1979 (Colombia MS/OPS, 1982: *Seccional Atlántico*, 1)¹⁹, en el marco de una visión bastante crítica sobre los resultados logrados por las metodologías de vacunación previas, en gran parte basadas en campañas de vacunación masiva, la cual era compartida en ese momento por la

¹⁸ La cadena de frío es el sistema de almacenamiento y transporte de vacunas a las temperaturas necesarias para que éstas no pierdan su potencial inmunizador.

¹⁹ Algunos de los documentos consultados constan de varias secciones con paginación independiente. El nombre de la sección correspondiente se indica en cursiva.

mayoría de los organismos de salud internacionales. El resultado de este tipo de actividades en Colombia fue juzgado como “irregular” por los funcionarios del PAI, y sus efectos sobre la morbi-mortalidad de las enfermedades que cubría dicho programa fueron calificados, en forma quizás suave, como “muy variables”. Tales apreciaciones se fortalecieron con estadísticas que indicaban que hasta 1968 la cobertura de vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles en los menores de un año, definidos como grupo de acción prioritario para el PAI, no había llegado al 10% para ninguna de éstas (Colombia MS, 1983a: *Aspectos generales*, 1).

La cooperación de la OPS en el desarrollo del PAI en Colombia jugó, en sus primeros años, un papel muy importante. En noviembre de 1980 el MS y la OPS adelantaron una primera evaluación del PAI en Colombia, en la que se concluyó que existían problemas que “estaban impidiendo el desarrollo del programa” (Colombia MS/OPS, 1982: *Informe Preliminar*, 1). En dicha evaluación se reportó una situación aparentemente contradictoria, pues aunque se estimó que varios recursos claves como la cadena de frío, las existencias de biológicos y la capacitación de los funcionarios se hallaban en un buen nivel, y que la red de servicios cubría cerca del 80% de la población (Colombia, MS/OPS, 1982: *Nivel Central*, 1), simultáneamente existía una gran preocupación por el bajo nivel de cobertura alcanzado en la inmunización con vacunas de dosis múltiple a menores de un año, el cual era inferior al 20% de la población objetivo. Tal discordancia entre la amplia cobertura atribuida a la red de servicios de salud y los decepcionantes resultados alcanzados hasta ese momento por el PAI puede estar relacionada con una de las observaciones efectuadas por el equipo evaluador de 1982, según la cual “la mayor parte del esfuerzo y de los recursos en salud son utilizados para la recuperación del individuo, en contraste con una marcada debilidad en las acciones propias de Salud Pública en lo que respecta con las acciones de promoción y prevención en relación con las necesidades no sentidas” (Colombia MS/OPS, 1982: *Nivel Central*, 2).

En vista de los pobres resultados en la cobertura de vacunación, el gobierno colombiano solicitó un mayor apoyo a la OPS. Esta solicitud fue respondida por la organización con el nombramiento, en marzo de 1981, del ingeniero Carlos Pacheco como oficial técnico para el PAI y el mayor involucramiento en el programa, tanto del representante como del grupo asesor de OPS en nuestro país “con el fin de reforzar el desarrollo de las actividades de Atención Primaria con énfasis en el PAI”, pues en este plan los funcionarios empleaban en 1982 cerca de la mitad de su tiempo en terreno. El gobierno colombiano por su parte incrementó el personal técnico vinculado al PAI y triplicó su presupuesto respecto a 1979. No obstante, todavía se señalaban restricciones presupuestales que podrían obstaculizar el cumplimiento de las metas propuestas (Colombia MS/OPS, 1982: *Nivel Central*, 7).

Los resultados obtenidos en cobertura de vacunación hasta 1981 mediante las estrategias tradicionales de vacunación por concentración masiva, vacunación “casa por casa” y vacunación por demanda institucional fueron considerados de muy pobre rendimiento. En la evaluación se subrayó el elevado costo que tenían los dos primeros métodos y el hecho de que la vacunación por demanda institucional solo cubría a “la población disciplinada, la cual conoce la necesidad de la vacunación” (Colombia MS, 1983a: *Aspectos generales*, 2). Sin duda, esta “población disciplinada” representaba un porcentaje notoriamente minoritario de la población que pretendía cubrir el programa. Ante este preocupante panorama, el grupo técnico PAI del ministerio de salud y la Representación de OPS en Colombia se dieron a la tarea de diseñar un mecanismo que permitiera la vacunación de toda la población susceptible. El resultado de este trabajo fue la elaboración y puesta en práctica de la estrategia de vacunación llamada “canalización”. Algunas de las actividades propuestas en esta estrategia parecen estar relacionadas con las dificultades específicas que, para sus evaluadores, padecía el programa PAI. Se hacía énfasis, por ejemplo, en la importancia de la “racionalización de los recursos disponibles, actividades extramurales del personal de salud y una búsqueda de la participación activa de la comunidad” (Colombia MS/OPS, 1982: *Informe Preliminar*, 1).

El objetivo más importante de la canalización era lograr la formación de un “vínculo evidente” entre los servicios de salud y las poblaciones, fuera de su área inmediata de influencia. El mecanismo principal para forjar dicho vínculo era conseguir la cooperación de los llamados “líderes” de las comunidades con los funcionarios de salud. Los “líderes” se definían como personas que por su posición social, entendida en un sentido amplio, ejercieran suficiente influencia sobre la comunidad como para cumplir una intermediación eficaz entre ésta y los funcionarios de salud, apoyando a éstos últimos en las labores de promoción de vacunación, educación en salud y, sobretodo, en la organización de jornadas de vacunación en sus entornos de influencia. De esta manera se pretendía lograr “la prestación del servicio [de vacunación] en forma organizada, oportuna y accesible” (Colombia MS, 1983a: *Estrategias de vacunación*, 1). Éste sistema buscaba lograr, entre otros objetivos, la racionalización de los recursos humanos y la “organización y disciplina” del sistema de vacunación.

Para la implantación de esta estrategia se desarrollaron normas de acción elaboradas y complejas. A nivel local, la canalización comenzaba con la elaboración, por parte de los funcionarios del programa, de un “diagnóstico de recursos y actividades” de los organismos de salud que operaran en el área bajo su responsabilidad. Éste buscaba recoger información sobre gran cantidad de aspectos del funcionamiento local de los servicios de salud, que se pueden agrupar en las siguientes cuestiones básicas: recursos de salud (físicos, humanos, etc.) de los organismos de salud existentes en la zona y presencia de otras “agencias de salud” con servicio de vacunación, por ejemplo la Cruz Roja o el ISS, que no entraban dentro del organigrama de la campaña; población a cubrir en el área de trabajo; estado de la cadena de frío; y coberturas de vacunación alcanzadas durante el año que corría o en el año inmediatamente anterior. Tras la evaluación de los resultados del diagnóstico, se seleccionaban los organismos de salud en que se implementaría la estrategia de canalización y, si era necesario, se tomaban decisiones sobre redistribución del personal dedicado a la vacunación. (Colombia MS, 1983a: *Metodología de Implantación*, 1-3).

La siguiente etapa en el procedimiento era la capacitación de los encargados de realizar la vacunación, entre los que no sólo se incluían los vacunadores sino también los “líderes” de la comunidad y “representantes de los comités de salud”. Incluso se mencionaba la necesidad de involucrar otros actores en algunos aspectos del programa, como las parteras, que eran consideradas como posibles intermediarias entre las mujeres embarazadas y los encargados de la vacunación (Colombia MS, 1983a: *Metodología de Implantación*, 3-4). Los encargados de esta tarea eran los miembros del equipo de salud local del PAI, con la colaboración de los responsables regionales del programa. Además de los medios de comunicación masiva, se pretendía utilizar otros canales de información que pudieran brindar un mayor cubrimiento geográfico, como asambleas comunitarias y avisos parroquiales. Se planteaba que la divulgación del programa, aunque dirigida a “la comunidad”, debía enfocarse más específicamente en algunos actores, como “parteras, maestros, juntas de acción comunal, promotores de desarrollo, comités de salud, empleados de farmacia, defensa civil, Sena, organizaciones culturales, deportivas, religiosas, asociación de padres de familia, etc.”. (Colombia MS, 1983a: *Metodología de Implantación*, 3-5). El paso a seguir era cartografiar y sectorizar la zona de trabajo. Para efectos de la canalización, las zonas de trabajo se dividían en “sectores”, conformados por un número específico de casas (600 en zona urbana), los que a su vez se subdividían en “áreas de trabajo”, definidas como la cantidad de viviendas visitadas en un día por el funcionario de salud, con base en un rendimiento propuesto de 50 viviendas/día en zona urbana, y de 12 a 25 viviendas diarias en zona rural. Esta meticulosa delimitación de las áreas de trabajo estaba destinada a optimizar el trabajo de campo de los funcionarios pero también a ejercer un control más cercano sobre la población, como lo muestra el que uno de sus fines fuera identificar las viviendas de los “inasistentes” a la vacunación, para insistir a las familias a través de los líderes comunitarios. Los funcionarios de salud debían concluir el andamiaje informativo diligenciando en formularios oficiales la información referente a los resultados del censo, a la canalización como tal y a los

registros de vacunación individuales, diarios y mensuales (Colombia MS, 1983a: *Estrategias de vacunación*, 2-5).

Para junio de 1982, la “canalización” se había aplicado en diez departamentos y la Intendencia de San Andrés y Providencia (Colombia MS/OPS, 1982: *Nivel Central*, 4). A pesar de que para junio de 1982 las coberturas de vacunación en el nivel nacional se estimaban como inferiores al 30% de la población susceptible, el incremento logrado en éstas, respecto a la evaluación de 1980, fue considerado por los funcionarios del MS y la OPS como prueba suficiente de las bondades de la canalización. Este esquema se convirtió en el eje central del desarrollo del PAI durante el primer lustro de los 80, y la OPS fue parte responsable de coordinación y apoyo para extender el programa de canalización a otros departamentos del territorio nacional. Al finalizar 1983 se había logrado completar la vacunación de algo menos del 40% de la población objetivo, con la notable excepción de la vacuna BCG que, debido a su aplicación obligatoria a los recién nacidos en los organismos de salud dotados de refrigerador, alcanzaba una cobertura del 78% de los menores de un año según fuentes oficiales (OPS/OMS/Colombia, 1984a: *Informe Colombia*, 5). A pesar del incumplimiento del objetivo proyectado del 80%, estas cifras significaban que la cobertura de vacunación se había doblado respecto de la evaluación realizada en 1980, aumento que fue atribuido por los responsables del programa a la canalización.

A pesar de este balance positivo, a principios de 1984 el MS planteó la estrategia de las “Jornadas de Vacunación”. Este enfoque consistía en programar tres días, a lo largo del año, con intervalos de aproximadamente dos meses. Se suponía que un niño que asistiera como máximo tres veces durante el año a las jornadas quedaría cubierto con el esquema de inmunización del PAI. En los informes sobre esta nueva actividad se menciona de manera reiterativa el número de niños a cubrir, calculado en cerca de un millón para 1984, como el “indicador” más relevante tanto de la importancia asignada al PAI como del éxito alcanzado por este nuevo esquema (Colombia MS, 1984: *Introducción*, i). Este cambio de estrategia podría atribuirse a

que algunos altos funcionarios del Ministerio, encabezados por el ministro Jaime Arias, perdieron la paciencia ante el lento aumento de las coberturas de vacunación y se plantearon “lograr impacto a corto plazo en el nivel de salud” (Duque, 1986: 9). El cambio también hacía parte de un enfoque general sobre las prioridades del ministerio, que deberían traducirse en acciones que permitieran generar un gran impacto en el corto plazo sobre el nivel de salud y, además, sobre la sociedad en general, dado el gran despliegue informativo y publicitario incluido como parte integral del diseño de estas acciones (Arias Ramírez, 2002: 3; Yepes Luján, 2002). Para este programa, “la OPS/OMS además de la asistencia técnica suministró recursos económicos importantes e hizo posible la obtención de vacunas en el mercado internacional en plazos extremadamente cortos, superando las trabas burocráticas. El papel del fondo rotatorio de la OPS fue en este caso un factor fundamental para el éxito de las Jornadas, ya que sin él no hubiera sido posible garantizar la disponibilidad de las vacunas necesarias en el lugar y en el tiempo requerido” (Duque, 1986: 21). Según el ministro Arias, “la OPS mostró una gran flexibilidad, se dio cuenta que esta era una gran idea para el continente y la apoyó rotundamente [... decidió después] transmitirla en muchos países de América Latina. (Arias Ramírez, 2002: 3).

No obstante, el cambio de énfasis puso en alerta a los sectores “técnicos” más vinculados con la puesta en práctica de la canalización, los que presionaron para obtener un compromiso formal, tanto de otros “técnicos” como del “nivel político”, de “garantizar el fortalecimiento y la ampliación de la canalización en el país” (Duque, 1986: 13-14), ante el temor de que esta estrategia quedara sepultada por los nuevos esquemas de vacunación masiva. Al parecer el esquema de canalización había adquirido suficientes partidarios en sus cuatro años de aplicación, como lo sugieren algunas formulaciones finales respecto a las jornadas nacionales de vacunación que fueron definidas como una “agilización rápida, ordenada y masiva del proceso de canalización” (Colombia MS, 1984: 8)

Las Jornadas Nacionales de Vacunación de 1984 cumplieron los objetivos planteados por sus impulsores oficiales: ampliar en un 50%, o más, las coberturas de vacunación preexistentes en niños menores de cuatro años, y fortalecer la canalización en las áreas en las que era operativa e implementarla en la mitad de las áreas donde todavía no se realizaba, dentro de las que se incluían las tres mayores ciudades del país: Bogotá, Medellín y Cali (Duque, 1986: 26). A partir de esta experiencia, considerada exitosa en varios ámbitos internacionales, entre los que se incluía OPS (Pastor, 2002), la estrategia de las jornadas masivas entró a formar parte del acervo de experiencias en vacunación de Colombia.

Plan Nacional de Control de la Fiebre Aftosa y la Brucelosis

En cuanto a la fiebre aftosa, en 1972 se registró un cambio significativo en las actividades de lucha contra esa enfermedad, que consistió en la puesta en marcha del Plan Nacional de Control de la Fiebre Aftosa y la Brucelosis, con la colaboración del CPFA y el apoyo financiero del BID. Este plan permitió la construcción de una importante infraestructura de sanidad veterinaria, que hacia 1981 se había concretado en “un laboratorio de control de calidad, una Estación Cuarentenaria en Barranquilla, 30 centros de diagnóstico, 96 oficinas locales de sanidad, el fortalecimiento del Laboratorio de Diagnóstico de Enfermedades Vesiculares y varios puestos de control de tránsito de animales” (OPS, 1983: 63).

La cooperación de la OPS en los años setenta para el control de la fiebre aftosa estuvo representada en la continuidad de las actividades de asesoría técnica –a cargo del consultor Aldo Gaggero del CPFA, hasta por lo menos 1978— y en la capacitación a becarios, además de prestar servicios de referencia en cuanto a diagnóstico y control de calidad de vacunas (OPS, 1975: 1-3). Estas son las actividades reportadas oficialmente como cooperación de la OPS con el proyecto de control de fiebre aftosa en los informes anuales que la representación en Colombia envió a Washington entre 1975 y 1978. Sin embargo, varias de estas fuentes también dan cuenta detallada de los avances en cuanto a la construcción de

infraestructura, a pesar de no existir fondos de la OPS comprometidos en estos ramos, lo que insinúa la posibilidad de que la OPS cumpliera algún tipo de función de auditoría de los recursos girados a Colombia por el BID (OPS, 1977: 2-3).

Los propósitos del Plan de Control de la Fiebre Aftosa y la Brucelosis se planteaban en 1975 de la siguiente manera:

vacunación obligatoria, periódica y controlada de la población bovina con una cobertura mínima de un 80%, en calendarios fijos. Se establecerán áreas del país en programas de vacunación masiva, atendiendo con preferencia las zonas de mayor concentración ganadera. Se aplicarán medidas de control sanitario como asistencia a predios afectados por la enfermedad, control de la movilización de los animales susceptibles, control de ferias y exposiciones ganaderas y vigilancia epidemiológica. Producción de vacunas y el control de eficacia del 100% de los lotes producidos. Prevenir la enfermedad en las áreas adyacentes a la frontera Panamá-Colombia. Adiestramiento del personal profesional y técnico en centros especializados (OPS, 1975: 1).

Sin embargo, hacia 1977 los informes del programa no ofrecían un panorama muy satisfactorio respecto al cumplimiento de los objetivos formulados. En cuanto al punto más álgido en los programas de vacunación, las coberturas alcanzadas, se afirmaba: “La zona de campaña, Costa Atlántica, (...) ha tenido una baja cobertura de vacunación, 20% en el primer ciclo y 18% en el segundo. En el resto del país no se vacuna en ciclos y la cobertura no llega al 20%” (OPS, 1977: 3). El asunto era particularmente grave, puesto que el programa de control de la aftosa se enfocaba de manera especial en el Caribe colombiano, donde se habían ordenado ocho áreas programáticas y se había organizado la vacunación por ciclos (OPS, 1977: 1). Otros reportes eran aun más críticos respecto a la situación de la aftosa en el país:

El Programa Nacional de Control de la Fiebre Aftosa (...) entra en su sexto año de operación sin mostrar mayores avances en la cobertura de vacunación y en la incidencia de la enfermedad (...) Siguen las deficiencias en el sistema de

vigilancia epidemiológica, movilización de animales, control de ferias y exposiciones, control de predios afectados, establecimiento de cuarentenas y participación de la comunidad (OPS, 1977b: s.p.).

Las únicas labores cumplidas a satisfacción en este periodo fueron el mantenimiento del área libre de aftosa en la frontera colombo—panameña y las actividades de control de vacunas y adiestramiento de personal, tareas estas últimas en que la OPS se hallaba oficialmente involucrada. Cabe reseñar también la existencia de coberturas de vacunación notoriamente mayores que el promedio nacional en dos reducidas áreas que, a semejanza de la zona fronteriza con Panamá, estaban sujetas a convenios especiales: Urabá, donde operaba un acuerdo entre el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), con coberturas sobre el 90% y la frontera Colombo—Ecuatoriana donde las coberturas alcanzaban el 70%. Fuera de estos reducidos aunque estratégicos sectores, la morbilidad de la enfermedad no se redujo durante los años setenta, y por lo menos hasta 1981 se registró un incremento sostenido en los brotes de enfermedades vesiculares, que aunque fue atribuido en parte a la mayor cantidad de información epidemiológica, también se atribuyó a problemas en el control de la calidad de las vacunas (OPS, 1983: 64).

Por los mismos años en que se iniciaba, de manera accidentada, el plan nacional de control de fiebre aftosa, las actividades de control de esta epizootia en el continente americano iban adquiriendo un grado de complejidad cada vez mayor. En 1977 se constituyó el “Sistema Continental de Información y Vigilancia Epidemiológica” de la aftosa (OPS, 1983: 44). En el plano interamericano, los problemas causados por esta enfermedad tenían un foro específico de discusión en las reuniones ministeriales periódicas que se llevaban a cabo con el nombre de “Reunión Interamericana a nivel Ministerial para el control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis” (RICAZ). A partir de 1979, su nombre cambió por el de “Reunión Interamericana de Salud Animal a nivel Ministerial” (RIMSA) (Cárdenas, ca.2002).

A pesar de los informes negativos de la década del setenta sobre el Plan Nacional de Control de Fiebre Aftosa y Brucelosis, su adopción produjo un aumento cuantitativo de gran magnitud en varios de los indicadores con los que se evaluaban las actividades antiaftosa en el plano nacional e internacional. Un estudio del CPFA fechado en 1981 muestra que comparando los trienios de 1967-69 y 1979-81 Colombia aumentó en más del 100% su producción de vacuna antiaftosa (de 11'440.000 dosis a 26'500.000), prácticamente triplicó la vacunación de bovinos (de 9'037.000 dosis aplicadas a 26'153.000) y aumentó de manera importante el personal empleado en programas de control de aftosa (OPS, 1981: 37 y 43). En este campo se pasó de ocupar 175 profesionales y 294 auxiliares en el primer periodo a emplear 260 profesionales y 687 auxiliares a comienzos de la década de los ochenta. En este sentido se debe anotar que la elevada relación numérica entre auxiliares y profesionales, que al parecer era considerada por OPS como un indicador negativo, aumentó en forma significativa (de 1,7 en el primer periodo a 2,6 en el segundo) (OPS, 1983: 52). No obstante este notorio aumento de infraestructura y personal, la campaña de control de la fiebre aftosa no logró, por lo menos en sus primeros años, cumplir exitosamente los propósitos planteados por el programa.

Incursiones más allá del saneamiento básico

Uno de los frentes de la salud pública colombiana que sufrió serios cambios en el nuevo contexto internacional y el marco del SNS fue el del saneamiento ambiental. De hecho, uno de las áreas de implantación del Sistema fue la de atención al medio ambiente; las dos restantes fueron, la atención a las personas y la infraestructura (Colombia MS, 1976). Dentro de estas tres áreas, las instituciones relacionadas con el saneamiento como el INPES y el INSFOPAL, adscritas al MS en 1968, fueron reorganizadas con el fin de que abandonaran la ejecución directa de las obras y se encargaran de la dirección y formulación de las políticas respectivas de cada uno (Hernández Torres, 2001: 20). Los puntos sobre los que trabajaba la cooperación de OPS continuaban siendo los mismos que para el periodo inmediatamente

anterior. En general los esfuerzos del trabajo se dirigían a promover y facilitar la dotación de infraestructura sanitaria por parte el Estado, lo cual era tarea fundamental. Sin embargo a medida que pasaban los años, otras realidades implicadas en la problemática ambiental, comenzaron a tomar fuerza y necesitaron atención política y presupuestal, a la vez que fueron objeto de proyectos específicos de cooperación. Por tanto, la disposición de desechos sólidos, la contaminación del aire y de las aguas por la actividad agrícola y petrolera, el manejo de radiaciones, entre otros, se comenzaron a convertir en problemas que requirieron atención, no porque antes no existieran, sino por un cambio político en las estrategias mundiales frente al medio ambiente.

La Conferencia de Naciones Unidas sobre el Ambiente Medio Humano, celebrada en Estocolmo en 1972, marcó derroteros importantes sobre lo que sería la atención del medio ambiente (OPS, 1992: 412, Escobar, 2002: 11). La Conferencia concluyó que todos los gobiernos debían tomar decisiones para garantizar la calidad del medio con el propósito de asegurar el bienestar humano en el largo plazo, como uno de los primeros pronunciamientos de lo que más tarde se denominó “desarrollo sostenible”. Por esto, el trabajo de cooperación técnica tendría que regirse por algunas nuevas normas que reorganizaban el trabajo en la atención al medio ambiente dentro del MS. En Colombia ya se habían iniciado varios frentes de acción más allá del saneamiento básico, como se puede apreciar en el conjunto de programas de atención al medio ambiente en 1975: “control de contaminación de recursos hídricos, control de contaminación ambiental, fluoruración de aguas de consumo público, aseo urbano, dotación sanitaria en zonas rurales y marginadas urbanas, control de la calidad del agua para consumo público, control de alimentos, control de zoonosis, saneamiento básico rural, acueducto y alcantarillado en zonas urbanas” (Colombia MS, 1978: 114).

Uno de los principales frentes de interés fue el agua. Dotar de agua potable a la población se convirtió en propósito nacional, en el cual el INSFOPAL, el INS y los servicios seccionales de salud estaban involucrados. A estas instituciones se

sumaron la Federación Nacional de Cafeteros y las corporaciones autónomas regionales. Con dicho propósito, el Decreto N° 2804 del 19 de diciembre de 1975 definió la reorganización del INSFOPAL, sustrayéndolo de la construcción de acueductos y demás obras sanitarias. Al mismo tiempo, se fortalecían los organismos ejecutores, creando una División de Operación y Mantenimiento para llevar a cabo las tareas de campo. La cooperación técnica de la OPS se concentró entonces en el Programa de Adiestramiento de INSFOPAL, dirigido a la formación de personal que pudiese operar, mantener y administrar adecuadamente los servicios de agua y alcantarillado manejados entre el MS y los organismos adscritos. Pero la construcción estaría a cargo de organismos ejecutores o empresas sanitarias seccionales (OPS/OMS/Colombia, 1976). De esta forma, la OPS brindaba su cooperación a entidades implicadas en todas las funciones y en los diferentes niveles, por medio de la capacitación en administración y gestión de recursos en empresas públicas, el adiestramiento en aplicación de flúor y monitoreo de la calidad del agua, visitas técnicas de campo y becas de formación para personal colombiano en el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS), organismo especializado de la OPS. Al terminar los años setenta, la OPS promovió la declaración del Decenio Internacional del Agua Potable y Saneamiento Ambiental entre 1980 y 1990, proceso en el que tuvo una participación especial Antonio Ordoñez Plaja, ex ministro de salud de Colombia (Ordóñez, 2002: 6). En este período, el CEPIS organizó la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) y “cooperó con los Gobiernos en el establecimiento de intercambios de información como base para la transferencia de tecnología” (OPS, 1992: 425).

Pero los resultados de cobertura en Colombia seguían siendo escasos, e incluso, negativos: entre 1982 y 1985, la cobertura de agua potable para la población urbana bajó del 81 al 78%, y en la población rural, del 20 al 19%. En dotación de alcantarillado, el resultado mostraba una ampliación de la brecha rural/urbana: en el mismo período, la cobertura urbana había aumentado ligeramente de 62 al 63%, mientras la rural descendió de 14 al 10% (Colombia MS, 1986). Esto tenía que ver

con los desafíos para el medio ambiente provenientes de las migraciones y la industrialización. Las migraciones del campo a la ciudad –en buena parte debidas a la exacerbación de la violencia en las zonas rurales-, pusieron en evidencia que el programa de saneamiento básico rural, a cargo del INS, se hacía cada vez más impracticable, al dedicarse a poblaciones muy dispersas y menos representativas desde el punto de vista poblacional, mientras en las zonas urbanas la cantidad de población crecía de manera sostenida. La ampliación de las redes de acueductos y alcantarillados en áreas urbanas se hizo más urgente y con mayor perspectiva de utilidad hacia el futuro, si se querían invertir los pocos recursos disponibles. Al igual que el proceso de migración, la industrialización –aunque limitada por razones estructurales y por el mismo modelo de desarrollo dominante- generaba núcleos de población con crecimientos desordenados, aumento del parque automotor y otros problemas ambientales de los núcleos urbanos, todo lo cual requirió la atención del gobierno nacional y de la cooperación de la OPS. Por ejemplo, con la Red Panamericana de Muestreo Normalizado de la Contaminación del Aire -conocida como RED-PANAIRE, creada en 1965- se instalaron 54 estaciones en el país para monitorear la calidad del aire, constituyéndose en el número más grande de estaciones en la Región (Colombia MS, 1978: 116). Gracias a estos muestreos, se tuvo la posibilidad de fijar algunas políticas para el control de las emisiones, especialmente de la industria.

En el mismo período se iniciaron otros proyectos de cooperación de la OPS de enorme interés ecológico, como el manejo de los desechos sólidos y el reciclaje por medio del Programa Nacional de Aseo Urbano (PRONASU), los estudios sobre contaminación del río Magdalena, del Cauca y de la ciénaga de San Silvestre por los vertimientos de la industria petrolífera, el deterioro ambiental de la Bahía de Cartagena, que se pueden considerar como los más importantes. Pero los resultados y, sobre todo, el impacto en las decisiones era todavía muy pobre. Al respecto, el ministro Orejuela Bueno mencionaba en su informe que “los recursos a estas áreas de reciente prioridad no son de gran magnitud” (Colombia MS, 1978: 127). Por ello se formularon, con el apoyo de la OPS, solicitudes de créditos

externos al BM y a la AID. Sin embargo, y a pesar de algunos logros significativos en el terreno del saneamiento ambiental, el país entraba en el proceso de la descentralización, lo que implicó la desaparición de instituciones centrales a través de las cuales se brindaba la cooperación y la introducción de cambios institucionales que desembocarían en dificultades para la negociación de la OPS, en tanto organismo de cooperación internacional, con una contraparte nacional fragmentada, como se verá más adelante.

Recursos humanos: entre el SNS y la estrategia de APS

A lo largo de los años setenta el desarrollo de los recursos humanos se vio atravesado por procesos complejos y contradictorios que posibilitaron, por un lado, la intensificación de los modelos propuestos en los años anteriores, desde enfoques planificadores y referentes norteamericanos y, por otro lado, la emergencia de un discurso crítico frente a los esquemas foráneos y las pautas desarrollistas. Esta polarización de los discursos se articuló de manera diversa con los dos grandes procesos del período: la creación del SNS y el desarrollo de la estrategia de APS. El primero de ellos se constituyó en punto de referencia ineludible para el despliegue de la labor de todo el recurso humano en salud. El segundo propició una reformulación de los propósitos del accionar en salud y brindó una nueva consigna para la formación del personal sanitario. Con las nuevas exigencias, se renovaron las críticas hacia un sector salud demasiado lento en sus transformaciones y distante en su meta de solucionar las necesidades de la población. La formación profesional se consideraba muy tradicional y ajena a las dinámicas comunitarias, con una capacidad técnica insuficiente y poco estimada. Con base en estos elementos de crítica y los esfuerzos desplegados para solucionarlos, se intensificó y fortaleció el discurso y la práctica de la planificación de los recursos humanos en salud, tendencia que no sólo se desarrolló a nivel nacional sino que fue estandarte de la salud en toda América Latina. De hecho, se realizaron estudios sobre recursos humanos en Perú, Chile y Argentina, sobre la profesión médica en El Salvador y sobre la profesión odontológica en Venezuela (Andrade, 1973).

Los estudios llevaban un cuestionamiento implícito a la forma en que se establecían las prioridades y las orientaciones de la formación de recursos humanos, en general, y de la educación médica, en particular, en los diferentes países. También suscitaban grandes interrogantes frente a las instituciones encargadas de diseñar las políticas de formación de personal en salud y al papel que asumía el Estado en este vital proceso. En este debate, la OPS se constituyó en un importante escenario, en un difusor de las múltiples inquietudes e interrogantes que surgían frente al futuro de los recursos humanos en salud y en un impulsor de diversas propuestas para la solución de los principales problemas en la formación del personal sanitario. En 1972, durante la III Reunión de Ministros de Salud, se definieron los principales problemas en la formación del personal de salud, que debían ser afrontados en el marco del Plan Decenal. Estos eran, la escasez de información sobre recursos humanos, la insuficiente “estructuración” del recurso humano, la creciente evolución de este recurso hacia niveles superiores de formación, y el aumento de la inversión requerida para el desarrollo de los recursos humanos. Entre las estrategias formuladas para enfrentarse a los problemas, se postularon las siguientes: desarrollo de la planificación del recurso humano, fortalecimiento de las instituciones y programas de formación de personal de salud y ampliación del uso de los servicios de salud para la formación del personal (OPS/OMS, 1973).

Sobre el desarrollo educacional, se propuso toda una serie de actividades de educación que no estaban dirigidas a un determinado nivel de formación o a un tipo específico de personal en salud, inscritas en el concepto de “integración trabajo–enseñanza”. Como resultado de la experiencia en diversos programas de este campo, la OPS planteó un programa latinoamericano de desarrollo educacional para la salud que contemplaba la creación de núcleos de investigación y desarrollo en educación y salud. Ese programa, iniciado en 1975, constituyó un impulso para forjar nuevas ideas para encarar la acción docente—asistencial y para fortalecer el vínculo entre los centros de formación de personal y los servicios de salud. Así mismo, la OPS siguió impulsando y colaborando con los programas de tecnología

educacional dentro del contexto del desarrollo educacional interdisciplinario y multiprofesional. Ejemplo de ello fue el auge de los dos Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa (CLATES), en México y Brasil (OPS, 1975b).

En educación médica, en el segundo lustro de los 70 se fortalecieron las tendencias en educación médica instauradas desde los años anteriores, que incluyeron transformaciones profundas en las lógicas organizativas de las facultades de medicina, una formalización de la enseñanza de las especialidades médicas, llamados permanentes al desarrollo científico—técnico y al impulso a la investigación médica. Todo esto inscrito en un interés planificador de los recursos humanos y en un ideal de formación médica científico—humanista, difícil de concretar. Sin embargo, este período fue prolijo en cuanto a críticas frente a la educación médica. En términos generales, ellas se centraron, principalmente, en la falta de vínculo entre la medicina y las necesidades reales de la sociedad colombiana; en la desorientada formación profesional del médico que le impedía adecuarse de manera óptima a los escenarios laborales y en la casi inexistente infraestructura investigativa. En particular, la crítica frente a la orientación de la formación profesional del médico fue muy importante, sobre todo, en tres aspectos fundamentales: en primer lugar, si bien se reconocía que el médico egresado de las universidades salía con un gran bagaje de conocimientos, también era claro que no tenía la suficiente formación para practicar algunas intervenciones, en especial de cirugía menor, sin la asistencia del especialista (Gartner, 1974). Esta crítica se extendió al sentido que se le daba a la formación profesional, cuyo énfasis en estudiar patologías “raras” y grandes complicaciones, no le suministraba al médico la suficiencia necesaria para enfrentarse a los principales problemas sanitarios del país.

En segundo lugar, se cuestionó el poco conocimiento que de la estructura sanitaria del país adquirirían los profesionales en su formación universitaria. Aquí es importante señalar que, una vez se inició la implantación del SNS a partir de 1975, uno de los problemas que surgió fue el de la vinculación de los profesionales del

área de la salud. Este problema nunca se solucionó cabalmente, en la medida en que, como se mencionó, el SNS no se consolidó como estaba previsto. Un ejemplo de esta desarticulación fue la queja de doctor Antonio Yepes Parra, Jefe de la Seccional Antioquia del ICSS, en un seminario organizado por ASCOFAME en 1974, sobre los objetivos de la educación médica. En esa ocasión, Yepes afirmaba que los médicos que ingresaban al ICSS no tenían ninguna preparación sobre seguridad social, que desconocían las implicaciones de una medicina socializada y que su formación era débil en aspectos importantes como la medicina legal, la salud ocupacional y la medicina del trabajo (Yepes Parra, 1974).

En tercer lugar, se puso en tela de juicio la insuficiente e insatisfactoria formación del médico para asumir un trabajo comunitario que trascendiera el ámbito del hospital o el puesto de salud. De hecho, muchos de los llamados a la configuración de una formación integral del médico así como también al fortalecimiento de los Departamentos de Medicina Preventiva tenían como trasfondo el reconocimiento de esta incapacidad (Restrepo Molina, 1974).

Frente a estos problemas se intentó, de manera insistente, articular mejor la acción educativa con los servicios de salud y fue ésta una de las directrices de acción fundamentales para la Oficina de Administración de Recursos Humanos para la Salud del MS, posteriormente constituida como Dirección General de Recursos Humanos. El esfuerzo desplegado para racionalizar la formación de los recursos humanos en salud, que se venía adelantando desde el decenio anterior como parte integral del discurso del desarrollo, se materializó en la reglamentación que dio lugar al SNS.

En el proceso de configuración del SNS, se insistió en la necesidad de planificar y utilizar de una mejor manera los recursos humanos y, para el caso de los médicos, se intentó acoplar los objetivos nacionales para la formación de médicos con los requerimientos del Sistema. Dichos objetivos fueron definidos, inicialmente, en un Seminario especial convocado por ASCOFAME en 1970, y discutidos durante todo

el decenio de los años setenta en varios eventos abanderados por la mencionada Asociación (ASCOFAME, 1974; 1978). Los objetivos nacionales para la formación de médicos, formulados como directriz decenal, estipulaban que un médico egresado de una facultad de medicina debería tener las siguientes características: capacidad para resolver o contribuir a resolver integralmente problemas de salud individual y colectivos; capacidad para contribuir a la difusión de la cultura y, para el caso del médico especialista, capacidades para resolver problemas que requirieran conocimientos y destrezas en campos bien delimitados y para impartir docencia en el campo de su actividad (ASCOFAME, 1974). Según las opiniones presentadas por los participantes del seminario convocado por ASCOFAME en 1974, la educación médica necesitaba transformarse de manera importante para afrontar problemas como el divorcio existente entre “el subsistema educativo que prepara personal de salud y el sector encargado del diseño y ejecución de la prestación de servicios” (ASCOFAME, 1974: 37). Para enfrentar este problema, las facultades de medicina realizaron grandes esfuerzos para crear mecanismos adecuados que permitieran utilizar la red asistencial de los servicios de salud en el entrenamiento médico, en modelos cada vez más desarrollados de vínculo docente—asistencial (ASCOFAME, 1978; Galán Morera, 1986).

Otro de los aspectos críticos que volvió a discutirse en ese momento fue el problema de la mala distribución geográfica de los médicos. Para 1976 se estimaba en 13.000 el número de médicos en el país. De estos, el 30% eran especialistas certificados, aunque se consideraba, teniendo en cuenta el subregistro, que los médicos especialistas llegaban al 40% (Jiménez Rozo, 1978). Pero sólo una mínima parte de ellos ejercía su profesión en zonas rurales y en ciudades pequeñas, generando un gran desequilibrio frente al acceso a la atención médica en las diferentes regiones del país. Con base en las ideas de regionalización, racionalización e integración que sustentaban el SNS, se buscó superar los problemas y las críticas arriba mencionadas, y generar un proceso de planificación de los recursos humanos a partir de las necesidades sanitarias de la población.

Pero ésta fue más una buena intención que una efectiva estrategia de transformación de la situación sanitaria.

La OPS participó en esta dinámica de análisis y debate de la situación de la educación médica en el país, de varias maneras. Por otra parte, continuó desarrollando sus proyectos continentales de distribución de libros de texto para estudiantes de medicina, de becas y la publicación de su revista especializada sobre educación médica, *Educación Médica y Salud*, cuya importancia vale la pena resaltar. También dio a conocer su publicación científica No. 341, titulada *Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe*, que se distribuyó extensamente y se convirtió en material de referencia en las reuniones nacionales (OPS, 1973a, 1977, 1979).

Una labor importante de la OPS, en el terreno de la educación médica, se orientó a impulsar los “departamentos de Medicina Preventiva y Social”, con el fin de incluir la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la medicina en la formación de pregrado. Esto llevó a incentivar cambios y ajustes en los currículos de las facultades de medicina con un énfasis en los componentes “sociales” y propició el desarrollo de modelos extramurales de enseñanza. Según lo señalan los miembros del Comité del Programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de América Latina, quienes se reunieron en Washington en 1974,

Anteriormente la preocupación radicaba en preparar un médico que estuviera capacitado para “ver” al enfermo de forma integral. Para esto la medicina preventiva desarrolló programas de enseñanza tendientes a formar en el profesional una mentalidad “preventiva” y llamó la atención sobre los aspectos bio-psico-sociales de las enfermedades. Ahora se trata de que la medicina social estudie las instituciones que proporcionan atención de salud y los esquemas de acción médica que de ellas resultan. Esto permitirá al futuro

profesional tener clara conciencia del resultado de su actividad dentro del contexto social en que se ubicará (OPS, 1975c: 215).

Este giro, que intentó permear la formación médica clásica de las facultades de medicina, sólo tuvo un influjo parcial en los departamentos de medicina preventiva y social, los cuales no dejaron de ser marginales frente al grueso de la formación clínica. Con todo, muchos de los conceptos desarrollados desde la medicina preventiva y social fueron incorporándose en los discursos oficiales y en las formulaciones políticas generales.

En el terreno de la formación en enfermería, por estos años, ya estaban consolidadas varias escuelas. Sin embargo, el problema de la insuficiente cantidad de enfermeras profesionales y de personal auxiliar, así como de calidad de éste último y la formación a nivel de postgrado se constituyeron en retos fundamentales para la planificación de los recursos humanos en enfermería. Según lo refiere Ana Luisa Velandia, la educación en enfermería de esta época se vio fuertemente influida por el macro-diagnóstico de enfermería realizado por el MSP en 1972. Las propuestas de cambio suscitadas por este estudio estaban enfocadas a conseguir tres grandes objetivos:

Conformar una estructura piramidal cuyo vértice estaría ocupado por licenciadas y enfermeras especializadas y la base por personal auxiliar (promotora, ayudante y auxiliar de enfermería).// Definir las características de la enfermera general –que aparece como el recurso del nivel intermedio- e incrementar el número de egresos para alcanzar por lo menos la relación de 1:3 entre licenciada-enfermera general.// Reevaluar la formación de auxiliares en tal forma que se perfile una relación de personal profesional / personal auxiliar de 1:6. (Velandia, 1995: 138).

Para llevar a cabo estos cambios, se planteó establecer un organismo de carácter nacional cuya función estaría centrada en definir criterios y directrices para determinar el número necesario de programas de licenciatura, descontinuar

programas, establecer la orientación curricular de los programas de enfermería y del personal auxiliar, definir incentivos económicos para atraer personal a los estudios técnicos y establecer mecanismos de transferencia de los egresados de los Institutos Técnicos de Educación Media Diversificada (INEM) hacía programas de enfermería general (Velandia, 1995). Para 1975, se contaba con 2.649 enfermeras de 9 escuelas de enfermería, de las cuales 93% ejercían; respecto de los auxiliares de enfermería, de las 31 escuelas existentes egresaron 11.823 de las cuales ejercían 11.523 (Colombia MSP, 1975b). Estos hallazgos y el interés en fortalecer la formación técnica en enfermería, junto con la política de ampliación de la matrícula en instituciones tecnológicas, llevaron a la proliferación de programas de formación tecnológica de tres años de duración. A su vez, y como estrategia para ampliar coberturas de los servicios, acercar la enseñanza a la realidad sanitaria del país e incorporar a los egresados a los servicios asistenciales del nivel local y regional del SNS, se formalizó la práctica rural de los estudiantes de últimos semestres de la carrera de enfermería y se estableció el Servicio Social Obligatorio (Velandia, 1995). Con todos estos cambios, los programas de formación de enfermería adquirieron un enfoque más clínico-asistencial, dejando un poco de lado el enfoque administrativo y educativo que tuvo en los años 50 y 60. También en este frente, la OPS colaboró en todo el continente, en el acercamiento entre las escuelas de formación y los servicios de salud, como una línea del desarrollo docente—asistencial, en la revisión y reorganización de los planes de estudio para introducir los conceptos de atención primaria y desarrollo comunitario, en la capacitación de personal auxiliar y en la implantación y desarrollo de nuevas tecnologías educativas (OPS, 1973; 1975a; 1979).

Con la implantación de la estrategia de la APS, y las metas de ampliación de coberturas de los servicios, se concibió la necesidad de utilizar de mejor manera el recurso humano en enfermería. Para ello se estableció una reorientación de su formación con el propósito de fortalecer la enseñanza clínica, en la perspectiva de que las funciones de la enfermera “se concentren en los aspectos clínicos en lugar de los de carácter administrativo” (OPS, 1979: 98). Más directamente, la acción de

colaboración de la OPS en el país, en este campo, se llevó a cabo mediante la puesta en marcha de algunos proyectos, la ejecución de varias asesorías y el apoyo de diversos cursos, seminarios y talleres. En 1975 la OPS ofreció un curso regional sobre programación en enfermería, con la participación de 22 enfermeras de 12 países latinoamericanos, el cual se realizó en Bogotá, y en la Universidad del Valle se adelantó una serie de cursos cortos para el adiestramiento de enfermeras en Atención Primaria y expansión de sus funciones (OPS, 1976). En 1976, la OPS apoyó la realización, en la Universidad de Antioquia, de un taller sobre la enseñanza de la enfermería en salud comunitaria, área de particular interés en una época en que se le atribuía especial importancia a la declaración de Alma-Ata (OPS, 1977a).

Para ésta época, el interés internacional y parte del nacional estuvo orientado, en una buena medida, al desarrollo y fortalecimiento de la formación del recurso humano en áreas como la salud pública, el saneamiento ambiental, la ingeniería sanitaria, la nutrición y el adiestramiento de personal auxiliar. Esto debido a la preocupación creciente por cualificar la acción técnica del personal no-profesional y al reconocimiento de la importancia de las acciones dirigidas a la dimensión colectiva de la salud. En particular, la administración sanitaria, como una herramienta de la acción planificadora desplegada en los años setenta, fue una de las áreas más incentivadas y apoyadas con recursos nacionales e internacionales. Una de las instituciones más favorecidas con este impulso a la administración sanitaria, y a la salud pública en general, fue la ENSP, la cual, como ya se comentó, fue un escenario de gran importancia en el desarrollo de la salud pública y de la planificación en salud en el país. Claro está que otras instituciones, como la Universidad del Valle y el Instituto Nacional de Programas Especiales (INPES)²⁰ también recibieron apoyo de la OPS.

²⁰ El INPES se creó mediante el Decreto-Ley 470 del 2 de abril de 1968 y fue una institución descentralizada adscrita al MSP que surgió de la fusión de los Institutos “Carlos Finlay” y “Samper Martínez” con los Programas Especiales de Salud y el Programa Nacional de Saneamiento Básico Rural del Ministerio. Posteriormente, y por toda una serie de transformaciones, el INPES se transformó en el actual Instituto Nacional de Salud.

Para la segunda mitad del decenio de los 70, y como apoyo al trabajo intenso de la ENSP en relación con la instauración del SNS, se estableció un proyecto de cooperación técnica de OPS para el avance de la Escuela entre 1978 y 1980. Este proyecto se concretó para dar cumplimiento a los objetivos de racionalización de recursos y capacitación de personal docente para la implantación del SNS. Como parte de este proyecto la ENSP desarrolló el curso especial de Epidemiología diseñado para responder a las necesidades del SNS; el de Planificación de Salud, al que se le incorporó el modelo de normas de programación del Ministerio; el de Control de Drogas, como área electiva con el apoyo directo de la OPS, y con cambios en el programa de orientación en Odontología, para el de Administración de Programas de Salud Oral (Gómez y Correa, 1999).

En el marco de la APS, se generó dentro de la ENSP un marcado interés por incrementar el análisis, la construcción de teoría y la práctica sobre los temas que se relacionaban con esa estrategia, tan en boga en este momento, y con uno de sus sustentos básicos, la participación comunitaria. Para adelantar este trabajo se utilizó la evaluación de la experiencia del programa IOPAA, en el cual se aplicaban técnicas de participación de la comunidad. La metodología y los instrumentos de trabajo utilizados, así como su difusión, constituyeron un aporte a la formación de personal de salud y dirigentes comunales, promoviendo realmente la participación de la comunidad. Según Gómez y Correa, el carácter novedoso de esta experiencia determinó que esta institución hubiera sido elegida por la OPS como base para la realización de un taller y un curso internacional entre 1976 y 1977. Así mismo, la ENSP fue escogida como una de las cuatro áreas de América Latina para el estudio sobre Atención Primaria y participación popular, auspiciada por el gobierno de Holanda y sirvió al proyecto de integración docente—asistencial aprobado por la OPS como parte del programa Latinoamericano de Enseñanza de Salud (PLADES–NIDES) (Gómez y Correa, 1999).

De esta forma, se concretaba una característica de la relación entre la OPS y el Estado colombiano que venía operando desde la década del 60, pero ahora

encontraba muchos más instrumentos y proyecciones. Se trata de la cooperación de doble vía. La OPS impulsaba procesos, pero también recogía sistemáticamente experiencias nacionales y locales para su difusión en otros contextos. Los expertos colombianos fueron solicitados y reconocidos en toda la región gracias a este mecanismo. Un buen ejemplo de ello se expresó en la publicación del libro *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*, elaborado por los doctores Juan José Barrenechea y Emiro Trujillo (1987), el primero de larga experiencia en planeación en salud desde la OPS y el segundo, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública. Este texto, de amplia difusión en los países de la región, incorporó la planeación estratégica en el ámbito de los servicios de salud, con especial atención a las realidades locales, para el logro de la meta de SPT-2000 en el ámbito latinoamericano. El director de OPS, doctor Carlyle Guerra de Macedo, hacía visible el norte de la cooperación mutua en el prólogo del libro: “Ese deseo [planeación para la SPT-2000], lo hacemos nuestro, con el convencimiento de que podrá ser una realidad para la Región” (Barrenechea y Trujillo, 1987: 12).

Capítulo 7: La descentralización y el modelo de los SILOS, 1986-1993

Una coyuntura crítica en la política de salud del país y en la relación entre la OPS y el Estado colombiano ocurrió entre 1986 y 1993. Durante el segundo lustro de los años ochenta, se inició una transformación que todavía no termina y que se refiere a la reforma del Estado por la vía de la descentralización política, administrativa y fiscal. No se trata de un evento, simplemente. Es el resultado de un proceso complejo que merece atención especial, porque tuvo efectos muy importantes para la organización del sistema de salud colombiano y afectó todos los frentes de la cooperación técnica en salud desarrollada por la OPS. Uno de los más importantes efectos fue el ambiente propicio que implicó la descentralización para el desarrollo de una decisión adoptada por la OPS en 1988 para el logro de las metas de SPT-2000 y la mejor implantación de la atención primaria desde una perspectiva sistémica. Tal era el modelo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que en Colombia se incorporó con mucha fluidez, sobre el camino abierto por experiencias nacionales.

Al mismo tiempo, aparecían en el panorama internacional las primeras formulaciones del BM en materia de política de financiamiento de los sistemas de salud, que se incorporaron en los escenarios de debate nacional de varios países como parte de lo que se llamó “reformas sanitarias”. En Colombia, al comenzar la década del 90, un proceso adicional aportó sus propios elementos. Éste fue la promulgación de una nueva Constitución Política en 1991, que se convirtió en punto de partida para una reforma estructural del SNS y para constituir un Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de un Sistema de Seguridad Social más amplio. Dicha reforma se definió por la Ley 100 de 1993. La descentralización del sector salud parecía correr por canales diferentes, pero simultáneos, respecto de aquellos por los que transitaba la reforma a la seguridad social, y es necesario detenerse un tanto en los dos procesos para examinar con

algún detalle los rasgos específicos de cada uno. Por esta razón, en este capítulo se hará énfasis en el primero, el de la reforma del SNS en el marco del proceso de descentralización, mientras en el capítulo 8 se profundizará en el segundo, la constitución del Sistema de Seguridad Social.

Reforma del Estado por la vía de la descentralización

Para entender los antecedentes de la descentralización del Estado colombiano es necesario retroceder un poco. Durante los años ochenta confluyeron varios procesos en los ámbitos internacional y nacional que significaron cambios profundos en la estructura del Estado y de la sociedad colombiana en su conjunto. En el contexto internacional, puede decirse, siguiendo a Hobsbawm, que “hasta la década de los ochenta no se vio con claridad hasta qué punto estaban minados los cimientos de la edad de oro” (Hobsbawm, 1996: 403). Las presiones financieras sobre los controles estatales continuaron y se profundizaron, buscando fortalecer la globalización económica. El sector terciario de las economías, representado por los servicios, en especial de las telecomunicaciones y del sector financiero, se convirtió en el propulsor de la economía global, a lo que se denominó “proceso de terciarización”. De otra parte, las fluctuaciones del mercado financiero, cada vez más inmanejables, sirvieron de base para el florecimiento de viejas críticas “ultraliberales” a los Estados de Bienestar, y se produjeron las primeras experiencias de gobierno con lineamientos de la propuesta neoliberal en dos países centrales: Estados Unidos, con Ronald Reagan, e Inglaterra, con Margaret Thatcher.

Si bien las ideas eran tomadas de los planteamientos de economistas como Friedrich von Hayek y Milton Friedman, ambos premiados con el Nobel de Economía a mediados de los setenta, en esos gobiernos las decisiones no fueron neoliberales del todo, aunque inauguraron un estilo neoliberal de gobierno en planos que iban más allá de la economía. De hecho, no ha habido en el mundo un solo gobierno totalmente neoliberal, en el sentido de negar radicalmente la intervención

del Estado en la economía o en la política social. Por el contrario, las variantes y mezclas entre formas de liberación e intervención parecían la regla. Lo único visiblemente similar en las economías centrales fue un aumento del crecimiento económico, la flexibilización de los controles, acompañado de fluctuaciones críticas coyunturales cada vez más profundas, el aumento progresivo del desempleo y, lo más preocupante, la ampliación de las desigualdades entre ricos y pobres (Hobsbawm, 1996: 403-415).

En los países latinoamericanos la situación fue distinta, si se tiene en cuenta que casi todos los países de la Región registraron una disminución alarmante del crecimiento económico, lo que dio lugar a que se hablara de “la década perdida” aún antes de haber terminado los años ochenta. El crecimiento logrado a expensas del endeudamiento comenzó a pasar su cuenta de cobro. “Entre 1970 y 1980, América Latina incrementó su deuda externa de 27.000 millones de dólares a 231.000 millones, con unos pagos anuales (intereses más amortizaciones) de 18.000 millones” (Skidmore y Smith, 1996: 70). La deuda acumulada que parecía imposible de pagar se convirtió en el fundamento de una política sistemática impulsada desde los bancos y los organismos financieros multilaterales, en especial el BM y el FMI, conocida como “el ajuste estructural”, basado en medidas aparentemente simples: abrir las economías a los productos y a la inversión extranjera, controlar el déficit fiscal por medio de la disminución del gasto público, impulsar nuevas exportaciones y controlar la inflación (Skidmore y Smith, 1996: 71). Pero cada país asumió el ajuste con particularidades y temporalidades diferentes: Chile en los setenta, México en los ochenta, Brasil y Argentina en los noventa (Tavares, 1999: 27-30). A mediados de los años ochenta, Colombia también entró en las medidas de ajuste con su propio bagaje y especificidad.

La década del 80 comenzó con una de las peores crisis económicas para el país, aunque fue menor que en otros países de la región. La caída de los precios del café, el deterioro progresivo de la balanza comercial y la crisis financiera, sin mayores recursos e instrumentos para la recuperación, condujeron a una fase de

incertidumbre profunda. El crecimiento del PIB en 1982 sólo llegó al 0,9% y la deuda externa aumentó en 4.100 millones de dólares entre 1980 y 1982 (Ocampo et al, 1994: 271); en 1984 la deuda bordeaba los 11.000 millones (Junguito, 1985: 21). El gobierno de Belisario Betancur (1982-1986) decidió entonces, acudir al FMI, con el recién posesionado Ministro de Hacienda, Roberto Junguito. Al regreso de su visita a los organismos financieros multilaterales, el ministro Junguito le informaba al presidente:

La principal conclusión que se obtuvo en las reuniones de Washington es la urgencia de que el país adopte medidas que impliquen ajustes lo suficientemente amplios, en el campo fiscal y el ordenamiento monetario, como para evitar la total erosión de las reservas internacionales, a comienzos de 1985, un desbordamiento monetario y una inflación descontrolada. Tanto el Banco Mundial como el FMI y el Federal Reserve insistieron en la necesidad de adoptar estas medidas en el curso de las próximas semanas (Junguito, 1985: 25).

El plan de ajuste se realizó y, en principio, detuvo el deterioro del sector externo y amainó la crisis fiscal y financiera. Pero el desempleo se mantuvo en 14%, el subempleo aumentó y la deuda externa creció a 13.400 millones de dólares al terminar el periodo presidencial de Belisario Betancur (Ocampo et al, 1994: 272). En estas condiciones, se profundizó la tendencia a la disminución de la participación del sector salud en el presupuesto nacional, del 10,2% alcanzado en 1977 al 5,9% de 1986, similar al 5% de 1966 (Yepes Luján, 1990: tomo 2, 183).

En el marco de este plan de ajuste, un componente más vendría a apoyar los propósitos de disminución del gasto público central y de disminución del déficit fiscal. Este era el proceso de descentralización política, administrativa y fiscal hacia los municipios. Si bien desde el gobierno de López Michelsen se había hablado de trasladar a las regiones y los municipios ciertos gastos, fue en el Informe Wiesner—Bird de 1978 sobre la estructura de las finanzas públicas y el control del gasto

público, donde se expresó la relación entre disminución del gasto público y la descentralización (Restrepo, 1992: 57). Según dicho informe, “sólo cuando cada nivel es responsable de generar sus propios recursos se puede esperar eficiencia en el gasto” (Ruiz y Tenjo, 1986: 27). De esta forma, la descentralización aparecía como una alternativa de control fiscal, más que de carácter político.

No obstante, también lo político importaba. El crecimiento de los grupos insurgentes, en especial con experiencias urbanas como el Movimiento 19 de Abril (M-19) y la tendencia hacia la conformación de una coordinadora guerrillera hizo necesario profundizar el proceso de negociación. Al mismo tiempo, el aumento progresivo de los movimientos sociales denominados “cívicos”, relacionados con las demandas por servicios públicos, infraestructura, educación, vivienda y salud, entre otras, recrudesció el tema de la legitimidad del Estado colombiano (Múnera, 1998: 403-458). El Frente Nacional se resistía a transformaciones profundas y el artículo 120 de la Constitución, mediante el cual se sostenía la paridad bipartidista en los cargos públicos, seguía en pie, a pesar de la finalización “oficial” del sistema de alternación y bipartidismo durante el gobierno de López Michelsen en el decenio anterior. En estas condiciones, no era extraño el diagnóstico del Ministro de Gobierno del presidente Betancur, Jaime Castro, quien afirmaba que “esa falta de articulación entre el Estado y la sociedad ha conducido a la clientelización de la política, medio atípico de participación ciudadana, y ha creado formas, también atípicas, de expresión colectiva como la abstención, el paro cívico y parcialmente la guerrilla” (Castro, 1986: 16). En este diagnóstico, el ministro coincidía con varios sectores populares e intelectuales: “Los movimientos populares tales como las protestas urbanas de las grandes ciudades y los paros cívicos han reclamado una ampliación del marco democrático, han exigido apertura democrática en las instituciones” (Santana, 1989: 95).

El gobierno de Betancur se dedicó, en buena medida, al logro de la firma del primer acuerdo de paz entre el gobierno y un grupo de insurgentes, en abril y agosto de 1984, lo que le costó la cerrada oposición de sectores importantes de la dirigencia

nacional y de los militares, pero mostró que es posible avanzar en el diálogo hacia una solución política de un problema mayor, el de la violencia.

Parecía haber un consenso entre diversos sectores sociales en torno a la descentralización política, administrativa y fiscal hacia los municipios —con la idea de acercar las decisiones públicas a las demandas de la población— como “la solución” a esta situación de cierre del sistema político y de ilegitimidad progresiva del Estado. Pero no debe olvidarse que la descentralización también debía servir para rediseñar el gasto público, descongestionar el nivel central y hacer más “eficiente” la asignación de recursos. Por esta segunda vía, “se eleva a los municipios a la categoría de eficientes, olvidándose de su poco o nulo desarrollo administrativo y su altísima propensión a la influencia política” (Ruiz y Tenjo, 1986: 27).

Las decisiones para la descentralización municipal se iniciaron al comenzar el gobierno de Belisario Betancur y se consolidaron al terminar ese mismo gobierno, con un conjunto de leyes y normas. Primero, la Ley 14 de 1983 avanzó los pasos iniciales de la descentralización fiscal por medio del establecimiento de “topes” máximos y mínimos para la fijación de impuestos de industria, comercio, predios, entre otros, por parte de los municipios. Esto no significaba una autonomía municipal para fijar y recaudar impuestos. Sólo un incremento discreto de los recursos disponibles y un mayor control central sobre su ejecución (Restrepo, 1992: 51). Posteriormente, la Ley 76 de 1985 abrió el camino para la planeación regional, mediante la creación de la “región de planificación de la Costa Atlántica” y de los “Consejos Regionales de Planificación”, con capacidad para “definir y aprobar la asignación del gasto de inversión de los recursos del Fondo de Inversiones para el desarrollo regional [...]” (Colombia República de, 1986: 20). Poco después, en el mes de enero de 1986, se aprobaron cuatro decisiones legales que vendrían a completar el marco normativo de la descentralización municipal²¹: el Acto

²¹ Una recopilación de esta legislación se encuentra en “Descentralización administrativa y desarrollo regional”, *Economía Colombiana*, Serie Documentos, Separata N° 6, junio de 1986.

Legislativo Número 1, por el cual se reformaba la Constitución para incorporar la elección popular de alcaldes; la Ley 03, que redefinía las funciones departamentales y de las entidades descentralizadas; la Ley 11, que establecía el “estatuto básico de la administración municipal”; y la Ley 12, que definía la participación de los municipios en el gasto del Impuesto al Valor Agregado (IVA), de manera progresiva hasta en un 50% de 1992 en adelante.

El aspecto que generó más expectativa y confianza en las posibilidades de la descentralización fue el político. Esto es, la elección popular de alcaldes. Se suponía que las posibilidades de elegir la máxima autoridad del poder ejecutivo local permitiría a las “fuerzas vivas” de la sociedad acercar las decisiones públicas a las necesidades de la población. Incluso, la Fedecafé se pronunció favorablemente e instó a sus comités departamentales para apoyar a los municipios para el fortalecimiento de su capacidad de gestión y a las comunidades para mejorar su participación (Fedecafé, 1987: 63-73). Pero la historia no se cambia por decreto. Si bien la elección popular de alcaldes contribuía a permitir la entrada de nuevas fuerzas sociales y políticas al sistema político y al poder del Estado, también sería funcional a las prácticas clientelistas y de corrupción administrativa de vieja data. Aún así, todo el aparato estatal debía reorientarse para avanzar por la vía descentralista adoptada constitucional y legalmente.

El impulso de la APS en medio del ajuste

Si bien la crisis fiscal comenzaba a afectar la disponibilidad de recursos en salud, la idea de garantizar los servicios básicos de salud para toda la población se vio fortalecida. Se hacía necesario profundizar la APS por medio de programas de alto impacto y bajo costo, combinando recursos públicos, privados y de cooperación internacional. En el segundo quinquenio de los años ochenta, esta estrategia produjo resultados importantes en el terreno de la atención de poblaciones prioritarias, en especial del área materno infantil, y en el control de enfermedades prioritarias.

El Programa Materno Infantil y Dinámica de Población (PMIDP), producto de la articulación entre la atención de la madre y el niño y la política de control de población, se vio seriamente estancado hacia 1983, después de un comienzo exitoso -como se mencionó- registrado al finalizar la década anterior. Por esta razón, en febrero de 1984 se estableció una Comisión Asesora para evaluar el programa y definir estrategias de fortalecimiento. La Comisión estableció un criterio desde el cual se debía reorientar el programa: “Entendida en su sentido más profundo –afirmaba la Comisión- la planificación familiar lleva consigo una acción real de gobierno y comunidad en pro del bienestar del individuo y la familia y presupone la coordinación de esfuerzos y programas de salud, especialmente en las áreas de asistencia al individuo en edad reproductiva, a la madre y al niño” (citado en Colombia MS/DAM/DMIDP, 1985: 6). Después de una reunión de expertos en “planificación familiar”, el proyecto de cooperación internacional fue evaluado por una misión técnica, conformada por los doctores Duncan Pedersen, por OPS/OMS, Roberto Belmar, por UNFPA y el señor King Morgan, auditor de OPS. La misión trabajó entre el 30 de julio y el 11 de agosto de 1984 y encontró el incumplimiento de metas importantes en las tres áreas del programa, esto es, salud materna, salud infantil y planificación familiar. Había problemas en el liderazgo de la Dirección del programa en el Ministerio de Salud, pero también en el seguimiento técnico y administrativo por parte de OPS, y en el desempeño de los servicios seccionales, en especial, los más precarios administrativamente y más necesitados del apoyo del nivel central (Colombia MS/DAM/DMIDP, 1985: 28-31).

Este diagnóstico originó una reorientación y recomposición del programa que implicaba la articulación a una política de salud más amplia. Y no otra cosa era el impulso de la APS, en el marco de la conciencia progresiva de la escasez de recursos en un contexto de ajuste fiscal y de problemas crecientes. El gobierno de Belisario Betancur definió cinco grandes políticas que pretendían priorizar la intervención estatal en materia de salud: 1. Reducción de la morbimortalidad, por medio de la identificación de los “enemigos de la salud”, correspondientes a los diez principales problemas de salud de la población; 2. Educación en salud y

participación de la comunidad; 3. Ampliación de coberturas con Atención Primaria; 4. Desarrollo institucional y modernización administrativa; y 5. Activación técnica y científica del sector (Palacio Hurtado, 1986: 2-3). El eje de la política sería, sin lugar a dudas, la APS.

En el capítulo anterior se mencionó el papel de la estrategia de canalización del PAI y el impulso que tomó la cobertura con las jornadas de vacunación. Antes de 1980 la cobertura de vacunación no lograban el 20%; con la estrategia de canalización, se habían logrado una cobertura cercana al 40% en 1983; después de la Jornada Nacional de Vacunación de 1984, la cobertura se calculó en 60% de los niños menores de cinco años (Colombia MS, 1984a: 4). La estrategia de canalización había tenido el reconocimiento por parte de los directores de la OMS y el UNICEF, cuando escogieron a Colombia, junto a India y Senegal, para obtener el apoyo de estos organismos para alcanzar la meta de SPT-2000, como ejemplo para los países del tercer mundo (Colombia MS, 1984b: 6). Las jornadas recibieron también el aval internacional y con ello, la APS adquirió mayor prestigio entre los actores nacionales del sector salud. En septiembre de 1984, el MS reunió al sector académico, al UNICEF y a la OPS/OMS para definir una estrategia en la que se concretaran las políticas del Plan de Desarrollo en materia de salud. Este fue el principal insumo para la formulación del “Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia”, presentado por el presidente Betancur y aprobado en un documento específico del Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES, en diciembre de 1984, con el apoyo técnico de los dos organismos internacionales (Colombia MS, 1985: 7).

El Plan, denominado poco después como “Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil” (PNSDI), se concentró en los niños menores de cinco años, por medio de acciones orientadas a prevenir y atender oportunamente sus principales problemas de salud. De allí que las áreas de acción fueran mortalidad perinatal, enfermedad diarreica aguda-EDA, infección respiratoria aguda-IRA, enfermedades inmunoprevenibles, malnutrición y privación psicoafectiva. Las estrategias del

Plan eran la canalización ampliada, la focalización con base en el criterio de “riesgo epidemiológico” de las poblaciones objetivo, movilización social amplia, medios masivos de comunicación, y medios innovativos de educación interpersonal. La participación comunitaria y el uso de “tecnologías apropiadas” vendrían a complementar las estrategias centrales. En este marco, se adelantó uno de los programas más publicitados en el ámbito internacional denominado “Vigías de la Salud”. Estos personajes eran estudiantes de los últimos dos años de educación secundaria quienes se capacitaron para ejercer una labor educativa en las familias de mayor riesgo sobre los componentes centrales del Plan, con base en una fuerte articulación entre los ministerios de salud y educación (Colombia MS, 1986a: 3-6).

Precisamente, uno de los aspectos más interesante y ponderados del Plan fue su capacidad para integrar esfuerzos y recursos de instituciones nacionales y de organismos internacionales. En octubre de 1985, en el PNSDI participaban, del orden nacional, el MS, el Ministerio de Educación, el DNP, el ICBF, la Cruz Roja Colombiana, la Policía Nacional, Scouts de Colombia y la Pastoral Social de la Iglesia; y del orden internacional, UNICEF, OPS/OMS y UNFPA (Colombia MS, 1985: s.p).

El Plan y la política de fortalecimiento de la APS prosiguió en el gobierno del ingeniero liberal Virgilio Barco (1986-1990), de manera que tanto el área materno infantil como la cooperación técnica de OPS se vieron fortalecidas. Además de la atención materno infantil y de la planificación familiar se comenzó a hablar de “salud reproductiva” (Colombia MS/DAM/DMIDP, 1988: 13-20), incluso antes de que el término fuera utilizado por OPS/OMS como parte de su política de población (OPS/OMS, 1993: 1). En particular, el proyecto de cooperación técnica UNFPA-OPS/OMS se renovó para el período 1989-1991, con un énfasis particular: dado el proceso de urbanización del país, el programa se enfocaría a la población urbano marginal de las seis ciudades más grandes del país y sus municipios satélites, donde se encontraba cerca de 40% de la población colombiana (Colombia MS/UNFPA/OPS/OMS, 1989: 11).

En estas condiciones, la APS adquiriría un lugar preponderante como eje de la política de salud, dadas las precarias condiciones económicas del país para afrontar los profundos problemas de salud de una población agobiada por la pobreza, el conflicto armado y la reciente lucha contra el narcotráfico.

Proyecto de consolidación del SNS y Ley 10 de 1990

El ajuste y la descentralización tuvieron efectos sobre la estructura de las políticas sociales en conjunto y no sólo de la de salud. El gobierno de Virgilio Barco Vargas avanzó un tanto en la democratización del sistema político por medio del esquema partido de gobierno—oposición y la búsqueda de la incorporación de la insurgencia al juego político legal, proceso que había iniciado Belisario Betancur en el periodo anterior (Ossa Escobar, 1989 [1987]: 58-61). En principio, el presidente Barco logró parcialmente el objetivo: el Frente Nacional tuvo su golpe mortal, pero la guerrilla no se incorporó en su totalidad (Hartlyn, 1993: 15-17). Entre tanto, el narcotráfico pasó de ser un elemento pintoresco y útil del paisaje social a constituirse en un enemigo mortal e invisible. En este contexto, la descentralización de la salud, entre otros sectores similares, se convirtió en una prioridad, en razón de su posible aporte en dos frentes: el de la legitimidad y el del ajuste fiscal y financiero. El gobierno planteó en su Plan de Desarrollo la meta de satisfacer las “necesidades básicas” de la población en salud, por medio del programa de “Salud Básica para Todos”. El Plan afirmaba que “la atención en salud es un derecho fundamental de la población, considerado como una prolongación de su derecho a la vida”; pero la cobertura universal se entendía como el acceso a “servicios básicos de salud”, que recordaban los del primer nivel de atención. Para lograr la cobertura universal de estos servicios se buscaría la familia como unidad de cobertura, con la participación de los tres subsectores del SNS, por la vía de la contratación entre ellos; además, se impulsaría el aseguramiento voluntario o privado para trabajadores independientes de ingresos medios, y se promovería la ampliación de la participación comunitaria. También, se incluyeron algunos programas complementarios que tenderían a fortalecer la prestación de servicios de segundo y

tercer nivel para algunas enfermedades prioritarias como el cáncer y las del complejo cardio-cerebro-vascular. Como estrategia central de apoyo al programa de Salud Básica, el plan pretendía “modernizar la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”, con especial énfasis en el objetivo de “descentralizar la prestación de servicios de salud a nivel local, por medio de la incorporación de los municipios al SNS” (Colombia, DNP, 1987: 81-88).

A esta altura, era evidente que el SNS no era un verdadero sistema y que cada uno de los subsectores se había desarrollado con total autonomía, produciendo serios desequilibrios e inequidades. Como ejemplo de ello, los datos contenidos en el diagnóstico para el plan del gobierno Barco:

La financiación de la atención de salud de las instituciones de seguridad social [en la década del 80] creció en términos reales a una tasa promedio anual de 1,5%, mientras que la de las entidades adscritas al Ministerio de Salud fue de -2,5%. De otro lado, del total de recursos que se destina a la prestación de servicios de salud, el 61% financia la atención al 16% de la población, la cual está afiliada a las instituciones de seguridad social (Colombia, DNP, 1987: 75).

Sobre estas bases, desde 1986 el gobierno Barco destinó una parte de los recursos de un préstamo del BM, que se venían gestionando desde el gobierno Betancur (Arias Ramírez, 2002), a la realización de un proyecto central para el sector salud. El proyecto recibió el título de “Consolidación del Sistema Nacional de Salud” (Otero Ruiz, 2002; Yepes Luján, 2002) y fue “financiado parcialmente por medio del contrato de préstamo BIRF 2611-CO, suscrito entre el Gobierno de Colombia y el BM el 21 de Agosto de 1985” (Colombia, MS, 1989: 58). El proyecto se organizó en dos frentes bien diferenciados: de una parte, un grupo de “consultores” elaboró documentos que sirvieron de base a un proyecto de ley que el gobierno llevó al Congreso para la modernización del SNS, orientado hacia la descentralización y la integración funcional, después de varios intentos fallidos (Colombia MS/ACOMSAP,

1990: vol. 2, 187-397). Por otra parte, se realizó el Estudio Sectorial de Salud, un esfuerzo de diagnóstico crítico de los aspectos centrales de la salud en Colombia, con información secundaria y con la participación de un selecto grupo de investigadores y especialistas en temas previamente definidos (Yepes Luján, 1990: tomo I, 37-39).

Estos insumos sirvieron para realizar un proceso de consulta nacional y de debate en el Congreso de la República de un proyecto de ley que se convirtió en la Ley 10 de enero 10 de 1990, “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”. El eje de esta Ley era la descentralización de los servicios de salud a cargo del Estado, de la Nación hacia los departamentos y, especialmente, hacia los municipios, como se había pensado en el Plan de Desarrollo. Pero el alcance de la descentralización sólo llegó a influir a la red pública, sin afectar a los subsectores de seguridad social y privado, dada la autonomía institucional, técnica y financiera de cada uno de ellos²². No obstante, la Ley 10 abordó otros aspectos considerados favorables, como la enunciación de la atención en salud como un “servicio público” a cargo del Estado, nuevas fuentes de financiación de la asistencia pública y aspectos centrales de la carrera administrativa de los trabajadores de la salud (Colombia MS/ACOMSAP, 1990: vol. 1, 107-129).

En este punto es necesario llamar la atención sobre las relaciones entre este proceso de descentralización de la salud en Colombia y la cooperación técnica internacional. Primero, cabe resaltar el hecho de que el proyecto de Consolidación fue financiado con recursos del BM, lo que implicaba una participación de funcionarios de ese organismo en la definición de los criterios centrales del proyecto. Por la misma época, el BM presentó a la comunidad internacional los resultados de un estudio comparado sobre la financiación de los servicios de salud y de educación de provisión estatal en diferentes países en desarrollo, dirigido por

²² Para un análisis de las posiciones institucionales y de diferentes actores sociopolíticos nacionales en este debate véase: Colombia, MS-ACOMSAP, 1990.

John Akin, Nancy Birdsall y David de Ferranti, investigadores del Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco (BM, 1987a: 695). Con el estudio, el BM entraba de lleno al campo de las políticas sociales, con la intención explícita de asumir directamente, sin la asesoría de los organismos especializados de Naciones Unidas como la OPS/OMS, el diseño de alternativas para mitigar los efectos sociales y políticos del ajuste en los países pobres. Del estudio resultó una propuesta del Banco sobre “el financiamiento de los servicios de salud de los países en desarrollo”, a la que denominó “Una agenda para la reforma”. La agenda utilizaba un enfoque económico neoclásico para la diferenciación entre bienes privados y bienes públicos en salud, con el fin de buscar una forma de financiamiento privado —en especial por la vía del aseguramiento— para los primeros y, de recursos públicos, para los segundos. Los autores de la propuesta presentaban esta diferenciación de la siguiente manera:

En un extremo están los bienes netamente privados, cuyos beneficios son captados totalmente por la persona que recibe el servicio de salud, y en el otro extremo se hallan los bienes puramente públicos, cuyos beneficios perciben por igual todos los miembros de la sociedad. Una aspirina ingerida para calmar un dolor de cabeza constituye un buen ejemplo de bien de salud puramente privado. La fumigación para proteger a todas las personas de una enfermedad infecciosa se aproxima mucho a un bien de salud netamente público. Muchos servicios de salud son de tipo mixto [...] Casi siempre los consumidores están dispuestos a pagar directamente por los servicios que implican beneficios mayormente privados, pero por lo general son reacios a hacerlo por aquellos programas y servicios que benefician a la sociedad o a la comunidad como un todo (BM, 1987a: 697).

De allí que la reforma del financiamiento propuesta por estos expertos se concentrara en lograr el pago de los servicios de atención curativa por parte de las personas que pudieran pagar. Con este propósito, el grupo proponía las siguientes

estrategias: 1. El cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud de la red pública, según su capacidad de pago; 2. El estímulo a los programas bien diseñados de seguro de salud, con el fin de movilizar recursos hacia el sector de la salud y, en el largo plazo, “aliviar al presupuesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa”; 3. Estímulo al sector no gubernamental (léase privado) “para que provea servicios por los cuales los consumidores están dispuestos a pagar”; y 4. Descentralizar los servicios de salud gubernamentales, para “permitir que la cobranza de los ingresos y la posesión de estos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, porque esto mejorará tanto la cobranza de los aranceles como la eficiencia del servicio” (BM, 1987a: 699-704).

Estos criterios no fueron exactamente utilizados por los expertos colombianos en el diseño de la Ley 10 de 1990, y mucho menos, en el Estudio Sectorial de Salud. Este estudio se enfocó más por la propuesta predominante entre los salubristas y epidemiólogos desde mediados de los años setenta, representados en el modelo del epidemiólogo de Berkeley, H. Blum, y del ex ministro de salud del Canadá, Mark Lalonde, que asumía “el campo de la salud” como constituido por el equilibrio entre cuatro grandes insumos: la herencia biológica de las personas, el ambiente físico y social, los estilos de vida y los servicios de salud (Yepes Luján, 1990: 49-57). Sin embargo, Iván Jaramillo Pérez, el coordinador de consultores del proyecto de Consolidación, incorporó el concepto de servicio público de salud como “un bien no privado”, puesto que “los bienes públicos puros son muy escasos”; esto debido a que no admiten el principio de exclusión, es decir, “que su consumo por parte de un individuo no limita el usufructo que puedan hacer otras personas de dicho bien” (Jaramillo, 1990: 265). El concepto de Jaramillo también acudía a la teoría neoclásica, pero con objetivos diferentes: primero diferenciar el servicio público de salud del carácter de las instituciones que lo prestan, sean ellas públicas o privadas; segundo, definir las condiciones de gratuidad y obligatoriedad de ciertos servicios y dejar los otros a cargo de la financiación de las personas. En el grupo de los gratuitos y obligatorios quedarían los servicios “básicos”, los de asistencia pública

para indigentes y los de urgencias (Jaramillo, 1990: 279). De esta forma, no podría afirmarse de manera mecánica que los criterios que planteaba en ese momento el BM fueron incorporados en la Ley 10 por la vía de los expertos vinculados al proyecto de consolidación. Pero sí se puede afirmar que la teoría neoclásica comenzó a ser utilizada para entender y organizar de otra forma los servicios de salud, en el marco de la descentralización y de un clima internacional favorable, como se verá en el próximo capítulo.

Entre tanto, la OPS y la OMS avanzaban por otro camino. La agenda para la reforma fue objeto de una “mesa redonda” publicada, junto con el documento de la agenda, en el *Boletín de la OSP*, en la que participaron líderes de la salud pública latinoamericana de la vieja guardia, como el ex director de OPS Abraham Horwitz y el ex ministro de salud colombiano Antonio Ordóñez Plaja, al tiempo que se expresaron los de la nueva salud pública, como el mexicano Julio Frenk, director del Instituto Nacional de Salud Pública, y David Tejada de Rivero, ex ministro de salud del Perú. Los dos primeros advertían sobre las dificultades que el nuevo enfoque tendría para dar cuenta tanto de los problemas como de las soluciones, mientras los demás avalaban el enfoque y felicitaban al Banco por su valioso aporte. En retrospectiva, el doctor Ordóñez afirmó, refiriéndose al documento: “tengo la impresión que aquí nadie se lo leyó” (Ordóñez, 2002: 6). Pero, ¿qué significaba esta diferencia de apreciación? Puede responderse esta pregunta de una manera relativamente simple: el discurso del derecho universal a la salud comenzaba a cuestionarse con base en un nuevo recurso, la teoría neoclásica de los bienes, en ámbitos diferentes a los de los organismos tradicionales de la política y la cooperación internacional en salud. El nuevo discurso tenía fuerza pero todavía pocas realizaciones. Tendría que esperar unos años más para incorporarse a decisiones de trascendencia pública, como se verá más adelante. Entre tanto, la OPS continuó por la ruta de la SPT-2000, buscando recursos teóricos y técnicos más precisos para su desarrollo.

Los SILOS de la OPS en el marco de la descentralización

Durante el segundo lustro de los años ochenta, la OPS venía concentrando sus esfuerzos de cooperación técnica en el “Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el año 2000”, formulado en 1981, en el cual se contemplaban ciertas prioridades como la ampliación de la cobertura desde el primer nivel de atención, la participación de la comunidad y el énfasis en atención materno-infantil, enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles y atención del anciano, entre otras. Pero la ampliación de coberturas se veía cada vez más lejos, a medida que avanzaba la “década perdida”. De allí que se pensara que “esta situación no se podrá corregir sin una transformación de los sistemas nacionales de salud y para ello el Consejo Directivo recomendó en 1988 que los países desarrollaran y fortalecieran sus sistemas locales de salud” (OPS, 1992: 485), siguiendo el mandato de la Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1986. En esa oportunidad se consideró que éste era un instrumento adecuado para “lograr la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización, el control de las decisiones y el uso de métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población” (OPS/OMS, 1988: 5) en las condiciones de la crisis económica y de la reducción de recursos.

A mediados de 1987, poco después de la publicación de la “agenda” del BM, la OMS publicó un extenso estudio sobre algunas experiencias de descentralización en salud de países miembros de los cinco continentes, editado por Anne Mills y Patrick Vaughan, investigadores de *London School of Hygiene and Tropical Medicine* y de *London School of Economics and Political Science*, en compañía de Duane L. Smith e Iraj Tabibzadeh, de la OMS (WHO, 1987: 7). La extensa revisión bibliográfica sobre el tema, los estudios de caso y el balance final sirvieron de punto de referencia para las adecuaciones de los sistemas de salud en el marco de un proceso de descentralización, que a esta altura se veía como una oportunidad para fortalecer la estrategia de APS y lograr la meta de SPT-2000. En particular, el

balance presentado por el Dr. Vaughan sobre los beneficios de la descentralización en salud estimulaba a los optimistas. Aspectos como una mayor racionalización de los servicios por medio de la integración funcional, el ahorro de recursos, la mayor eficacia de la participación social en las decisiones públicas de salud, la reducción de las inequidades, entre otras bondades, hacía pensar que la descentralización traería más cosas buenas que malas para todos los sistemas de salud del mundo (WHO, 1987: 165-6).

En Colombia la cooperación técnica en este período se centró especialmente en apoyar la descentralización, que la OPS veía como un proceso que podría abrir paso a la autogestión municipal, con la claridad de que esta sería la vía de la reestructuración del SNS para mejorar en eficiencia, ampliar coberturas y reordenar el financiamiento del sector. Los primeros proyectos de cooperación se presentaron para apoyar los procesos de organización de los servicios de salud en las localidades de las ciudades de Cali y Medellín, en 1988 (Colombia, República de, 1988 y 1988a).

Como éstos, muchos proyectos de cooperación dirigidos a la promoción de la participación de la comunidad, el desarrollo de la gestión municipal en salud y el de los servicios de salud del nivel local, se articularon a través de la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). De acuerdo con OPS/OMS y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1990), los SILOS constituyeron el programa más ambicioso y articulador de la cooperación técnica de la OPS, para la puesta en práctica de la estrategia de atención primaria y la descentralización de la salud Colombia. Este programa buscaba dar salida al poco éxito de la SPT-2000 y de la estrategia de APS, y al escaso desarrollo de la integración funcional del SNS en su versión centralizada, particularmente en lo que se refería a la universalización y acceso equitativo a los servicios básicos. Más aún, si se reconocía el impacto sobre la salud de la crisis económica de los ochenta, de los procesos de reestructuración económica y “modernización” del Estado, y los cambios demográficos de la urbanización y el envejecimiento de la población.

Semejantes retos requerían una articulación de recursos y esfuerzos públicos y privados, nacionales e internacionales. Esto se expresó con claridad en el evento de celebración de los 25 años de la Fundación para la Educación Superior-FES, dedicado al tema de “Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades”, en agosto de 1989, al que asistieron instituciones públicas como el MS, ICBF, ISS, el sector académico nacional, organismos internacionales como UNICEF y OPS/OMS, y ONGs (FES, 1990: 10). En este evento, la confluencia alrededor de la conveniencia de la descentralización para el sistema de salud parecía ser total, como lo afirmaba el ministro de salud, Eduardo Díaz Uribe:

Si bien la descentralización, al permitir gran autonomía a los municipios, puede dislocar los nexos entre las decisiones centrales y las locales, lo que por supuesto es evitable, de lo que sí no debe caber duda es de que los elementos constitutivos del “sistema de salud” en el nivel local se podrán acoplar mejor; de suerte que las unidades de salud se deberían adecuar a las demandas de la localidad; hospitales-comunidad-municipio deben reestructurar sus relaciones de apoyo mutuo; los procesos de integración funcional entre la seguridad social y la previsión social, las cajas de compensación familiar y el sector oficial se harán realidad con mayor facilidad; inclusive es posible adelantar que la atención a las personas y al ambiente, al fin encuentren su pretendida articulación (Díaz Uribe, 1990: 27-28).

La descentralización, entonces, prometía ser la vía por la cual podría llevarse el viejo proyecto del SNS al nivel local, lo más cerca posible de las necesidades de la población. En el evento de la FES se presentaron los avances de Cali, Medellín Bogotá y Bucaramanga en tal sentido. De hecho, cuando se sancionó la Ley 10 de 1990, existía una serie de experimentos de descentralización e integración de los servicios de salud y de fortalecimiento de la planeación local en varias regionales y seccionales del país, como Fusagasugá y Zipaquirá, en el departamento de Cundinamarca, y otros en los departamentos de Bolívar, Valle del Cauca y Caldas,

todo lo cual desembocó en la creación de más de 14 SILOS en ciudades de aproximadamente siete departamentos del país (Antioquia, Atlántico, Bolívar, Caldas, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca) en un proceso que, en buena medida, contó con el apoyo técnico y financiero directo de la OPS. Así, por ejemplo, en el caso de Manizales (Caldas), se desarrolló un proyecto de cooperación técnica con la OPS en la formación de la Asociación de Servicios Básicos de Salud-ASBASALUD, que fue la forma que tomó el SILOS de esa ciudad. Pero tal vez la experiencia más significativa de los SILOS en Colombia, y de cooperación técnica de la OPS con este proceso, se desarrolló en la ciudad de Cali (Colombia MS, 1989: 55-58; Paganini, 1990).

Desde 1988 el municipio de Cali comenzó a recibir asesoría y capacitación en la relación entre APS y SILOS, en los aspectos de planeación estratégica y participativa, y en desarrollo administrativo, por parte de varios funcionarios de la OPS, entre ellos, los doctores José María Paganini, Roberto Capote Mir, Antero Coelho Neto, Humberto Jaime Alarid y Eric Nicholls. Allí la OPS –junto con la Universidad del Valle, los Programas de Desarrollo de Enfermería (PRODEN) y la Fundación Kellogg— favoreció estrategias de educación permanente en enfermería (Vesga, 2002). Los antecedentes inmediatos de la constitución de los SILOS en Cali fueron la creación de las “Áreas Integradas de Salud” en 1979 y la conformación de los Núcleos de Atención Primaria (NAP) en 1978. Es evidente que los NAP, como los SILOS, fueron concebidos como desarrollos organizacionales tácticos de la estrategia de APS en Cali (Cruz, 1990: 137; Cali SSM, 1992: 67). Además, el modelo SILOS en Cali se impulsó a partir de la experiencia de las áreas integradas de salud en 1986: “Lo que se hizo fue una adecuación del modelo SILOS de OPS a las condiciones de Cali” (Zapata, 2002).

Por otra parte, el desarrollo de la APS en Colombia tuvo en el Municipio de Cali, y en todo el Departamento del Valle del Cauca, las experiencias que pueden calificarse como pioneras. Este desarrollo se logró gracias a la adecuada articulación de los aportes de fundaciones privadas u organizaciones no

gubernamentales (ONG) que financiaron el proceso, con los aportes oficiales. El doctor Gabriel Carrasquilla, uno de los actores directos, afirma:

[...] aquí nació toda la experiencia de atención primaria, y Cali, y también el Valle del Cauca, tuvo una iniciativa importante en la aplicación de la atención primaria tal como estaba definida por los organismos internacionales, OMS y OPS. Y en ese momento, con una experiencia muy importante con entidades no gubernamentales [como] FES, Fundación Carvajal, Fundación Sarmiento Palau (Carrasquilla, 2002).

El experimento de los SILOS en Cali, bajo el liderazgo del doctor Luis Fernando Cruz, contribuyó a la construcción de los lineamientos del programa, que luego aparecieron en la formulación de una política general para la región. De hecho, el doctor Gabriel Carrasquilla participó “en una reunión en Santa Cruz de la Sierra con la OPS, en donde fue la primera presentación de los Sistemas Locales de Salud [...] una de las presentaciones que mostraba un avance en Sistemas Locales de Salud era la experiencia que estábamos teniendo en la Secretaría de Salud de Cali” (Carrasquilla, 2002). La propuesta de los SILOS, en tanto experiencia positiva para el caso de Cali y del Valle de Cauca, desde donde salió fortalecida, sirvió para aportar un bagaje conceptual y empírico al proceso de formulación de la Ley 10 de 1990. El ministro de salud, José Granada -antecesor del ministro Eduardo Díaz, a quien correspondió el esfuerzo final que dio origen a la Ley 10-, contó con la colaboración del doctor Oscar Rojas, como viceministro, quien tomó la experiencia que se venía realizando en Cali. Además, Cali fue la primera ciudad del país en desarrollar una legislación sobre SILOS, por medio del Acuerdo Municipal N° 025 de 1989 (Cruz, 1990: 145-6; Carrasquilla, 2002).

En el marco de los SILOS se desarrollaron nuevos programas de atención y prevención integrados. Por ejemplo, el de “Salud del Adulto”, relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. Este programa implicó un cambio en las prioridades políticas de los organismos de salud del país y de la OPS, sobre la base

del reconocimiento de las variaciones que se producían en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población. A la generación de la conciencia sobre la transición epidemiológica contribuyó el fortalecimiento de la formación y el trabajo epidemiológico que renació después de pasada la “fiebre de la planificación y de la administración”, legado del modelo CENDES—OPS (Restrepo, 2002; Zapata, 2002). De hecho, la formación de epidemiólogos cosechó sus frutos con su vinculación progresiva en los servicios seccionales de salud y en los SILOS, para el fortalecimiento del sistema de información epidemiológica de muchos programas, en especial el materno infantil y perinatal. Con la presencia de los epidemiólogos en los servicios se consolidaron los programas por poblaciones y enfermedades prioritarias²³.

También en los SILOS comenzó a trabajarse con el concepto de “promoción de la salud”, con un enfoque que partía “más de las necesidades de la gente que de las iniciativas de los planificadores”. Un ejemplo de un programa de este tipo fue el de “Violencia en Salud”, que surgió como producto de las alianzas entre OPS, comunidad y Universidad del Valle, para los distritos de Aguablanca y Ciudad Bolívar (Arias, 2002). En el mismo sentido, se desarrollaron los programas de Salud Escolar, que significaron un tránsito del enfoque tradicional de la atención materno—infantil hacia la promoción de la salud de los escolares (Vesga, 2002).

Ligado a estos programas se desarrolló en los SILOS un esfuerzo importante para la formación de un nuevo tipo de profesional de la salud, más apropiado para el manejo de tecnologías de práctica médica articuladas a la APS, que pensó encontrarse en el campo de la Medicina Familiar y la Salud Familiar (Arias Ramírez, 2002). También se hizo evidente que la organización de los SILOS permitía el desarrollo de metodologías para poner en práctica acciones intersectoriales en el espacio local. Un ejemplo es el trabajo adelantado en Cali para cumplir las metas del Decenio Internacional del Agua y el Saneamiento Ambiental,

²³ Comunicación personal de la doctora Isabel Cirtina Ruiz, ex directora de Salud Pública del Ministerio de Salud.

con la participación de OPS, en cabeza del ingeniero Genaro Galvis (Quiroga, 2002). Por todo lo anterior, no es extraño que Cali haya sido el primer municipio que se declaró Municipio Saludable en el país en 1991 (Zapata, 2002).

Una coyuntura de favorables confluencias

Los desarrollos de la salud en el escenario local vivieron un momento de expansión, como parte de la política nacional de salud, en una coyuntura que va de agosto de 1990 a agosto de 1993. En estos tres años confluyeron dos fenómenos muy particulares de la realidad nacional para el fortalecimiento del proyecto de cooperación entre OPS y el Estado colombiano. De un lado, la incorporación del grupo subversivo Movimiento 19 de Abril, M-19, a la vida política nacional; del otro, el paso de la perspectiva administrativa de los SILOS a la visión estratégica de la promoción de la salud y los municipios saludables en el seno de OPS.

El 10 de enero de 1989 se puso en conocimiento de la opinión pública una declaración conjunta entre el gobierno nacional y el M-19, en la que se establecía un pacto de diálogo e incorporación de este grupo insurgente a la vida política nacional (Colombia, PR, 1989: vol. II, 87-88). El resultado de este proceso fue fructífero, por primera vez, entre muchos intentos de negociación con diferentes grupos subversivos en el país. El M-19 ingresó al sistema político y fue premiado por la opinión pública con una votación sorprendente en marzo de 1990, cuando este movimiento dejó las armas y decidió participar en las elecciones presidenciales (Novoa, 1992: 4). De manera simultánea, César Gaviria Trujillo, quien entró en la campaña electoral a la presidencia como una candidatura de acuerdo emblemático en el seno del Partido Liberal, una vez asesinado el candidato Luis Carlos Galán en agosto de 1989, fue ganando el voto de opinión generado por el magnicidio y el rechazo a la violencia de un narcotráfico desbordado. Con la elección presidencial de César Gaviria, se produjo un primer pacto político que condujo, de un lado, a la participación en el gobierno del nuevo partido, Alianza Democrática-M19 (AD-M19), y de otro, a la búsqueda de una reforma política por la vía de la convocatoria a una

Asamblea Nacional Constituyente (Colombia, MS, 1992: 5; Ramírez, 1991: 454). Lo primero tuvo consecuencias en la política de salud y en la cooperación técnica, como se verá a continuación. Sobre lo segundo se presentará un análisis en el capítulo siguiente.

La AD-M19 entró a participar en el gobierno asumiendo la cartera de salud del gobierno de César Gaviria. La tarea de reglamentar la Ley 10 de 1990 estaba al orden del día, pero el primer planteamiento del ministro de salud Antonio Navarro Wolf fue escoger un programa y una meta realizable. Este programa tuvo como centro el apoyo a los municipios más pequeños, por medio de la cofinanciación, para “el mejoramiento de los servicios de salud, el suministro de agua potable y la vigilancia de la calidad del agua” (Colombia MS, 1991: s.p.). Desde muy temprano en el proceso de descentralización municipal, se trasladó la responsabilidad de la solución de los problemas de los servicios básicos de infraestructura de saneamiento a los municipios, antes que los servicios de atención médica y educación (Colombia MS, 1990: 56). Por medio del Decreto Ley N° 77 de 1987, el gobierno de Barco había puesto la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento bajo la responsabilidad de las autoridades municipales, al tiempo que conservó para el MS las funciones de vigilancia y control de la calidad del agua y la disposición sanitaria de los residuos líquidos y sólidos (Colombia MS, 1988: 49).

En consecuencia, el mismo Decreto ordenó la supresión del INSFOPAL, aunque el proceso de liquidación se prolongó por más de dos años. En un breve lapso, esta decisión produjo un desajuste institucional que rápidamente comenzó a mostrar serias limitaciones. Los municipios quedaron investidos de responsabilidades complejas sin contar con los medios técnicos y financieros necesarios (Colombia MS, 1992: 50). El ministro de salud, Luis Arraut, había informado al Congreso en 1988 que “el sector se vio afectado y se ha dificultado el cumplimiento oportuno de las políticas establecidas en el Decenio Internacional del Agua Potable y el Saneamiento” (Colombia MS, 1988: 49). Por esto, se había formulado un Plan de Ajuste Sectorial (PAS), con recursos del Banco Central Hipotecario, para apoyar a

los municipios en la tarea ambiental, una vez éstos se hubiesen reorganizado, de acuerdo con las normas reglamentarias del proceso de descentralización. Pero la brecha entre grandes ciudades, pequeños municipios y población rural era cada vez mayor. En 1990, mientras las cuatro grandes ciudades mostraban coberturas de acueducto y alcantarillado de 92% y 84% respectivamente, en pequeños municipios alcanzaban 81% y 56% y en zona rural, 24% y 8% (Colombia, MOPT, 1992: 3). Más allá de la cobertura, se encontró que de los 32 millones de colombianos en 1991, 20 millones tenían acueducto, pero 10 millones (50%) tomaban agua sin tratar (Colombia SNPAD, 1991: 1).

De esta forma, el agua adquirió para la administración de la AD-M19, desde el Ministerio de Salud, un lugar preponderante. En el momento en que se elaboró el Plan Nacional de Salud, en el marco del Plan de Desarrollo del gobierno de Gaviria, orientado por la apertura económica, el ministerio presentó como eje del plan la estrategia central “familia sana en ambiente sano”, concretada en la “atención básica de salud y ambiente para la familia y la comunidad”. La estrategia central del Plan era la participación de la comunidad, para construir una “cultura de la salud donde ésta, más que la enfermedad, constituya el fundamento de la política” (Colombia MS, ca.1990: 2 y 36). En diciembre de 1991, el ministro de salud Camilo González Posso, quien reemplazó al ministro Navarro cuando éste se lanzó como candidato a la Asamblea Nacional Constituyente, presentó en sus memorias el concepto de “cultura de la salud” en los siguientes términos:

Comentario [UM1]:

Una cultura que se fundamenta en el valor de la vida humana y la convivencia solidaria; una cultura que reconozca la relación entre el bienestar de las personas, sus condiciones y estilos de vida y el equilibrio de los factores ambientales; que privilegie las acciones de fomento de la salud y prevención de las enfermedades; una cultura que promueva los procesos participativos como esencia de toda actividad relacionada con el bienestar de las poblaciones (Colombia MS, 1991a: 11).

En la carta de remisión del primer informe al presidente Gaviria, el ministro hizo explícita la relación entre este eje de la política de salud y los desarrollos internacionales liderados por OPS/OMS: “Los elementos aquí enunciados son el norte hacia el cual se mueven las formulaciones más avanzadas en materia de salud recogidas por la OMS y la OPS, desde la Conferencia de Alma Ata (1978), sobre atención primaria, hasta el Congreso Mundial de 1991, con sus formulaciones sobre las ciudades saludables y la promoción de la salud” (Colombia MS, 1991: s.p.). Este enfoque orientó el proceso de descentralización de la salud, hacia un modelo de articulación entre la salud y el desarrollo en el escenario local, con el programa que esta administración impulsó como “municipios saludables”, liderado por el viceministro, Carlos Agudelo Calderón (Colombia MS: 1991a: 11 y 74-76; Colombia MS/OPS, ca.1992). El esfuerzo de incorporación de la planeación local de la salud fue intenso y contó con la participación directa de la OPS (Colombia MS/OPS, 1992).

Por su parte, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 había adoptado para la Región el concepto y la estrategia de “Promoción de la Salud”. Este concepto había sido impulsado por la OMS, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en noviembre de 1986 en Ottawa. Según la Carta de Ottawa,

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OPS/OMS, 1996: 367)

La Carta también planteó un conjunto de “condiciones y requisitos para la salud”, como “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema

estable, la justicia social y la equidad" (OPS/OMS, 1996: 367-8). La OMS conformó un Grupo de Trabajo para la promoción de la salud y apoyó la realización de la conferencia de Adelaida, Australia, sobre "Políticas Públicas Saludables", y la de Sundsvall sobre ambientes de apoyo para la Promoción de la Salud. Al presentar la nueva estrategia en Colombia, la doctora Helena Restrepo afirmaba que "la promoción de la salud, en último término, se refiere a la salud dentro de un amplio contexto social y ecológico como estrategia que permite buscar un mayor compromiso de todos para disminuir las desigualdades sociales y aumentar el nivel de bienestar colectivo" (Restrepo, 1992: 21). En la OPS, el Programa de Salud del Adulto se convirtió en Programa Regional de Promoción de la Salud en 1991, y se orientó hacia el desarrollo de la nueva estrategia en varios ámbitos de la labor sectorial e intersectorial para la salud.

De esta forma, la incorporación de una nueva fuerza política en el gobierno colombiano permitió profundizar el enfoque internacional promovido por OPS/OMS en el país, de una manera más o menos orgánica y sistemática. Los programas y acciones del MS durante la administración de la AD-M19 muestran la persistencia de una serie de programas articulados alrededor de la Promoción de la Salud, tales como los programas de atención al ambiente, salud básica, municipios saludables, comunicación para la salud y participación social en salud, según lo expresó claramente el siguiente ministro Gustavo de Roux en uno de sus informes (Colombia MS, 1992: 27-90). El apoyo de OPS a esta gestión se hizo más evidente con la preparación de la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Bogotá, en noviembre de 1992, de la que surgió una Declaración con el título "Promoción de la Salud y Equidad", con una serie de recomendaciones para adoptar y adaptar esta estrategia a las condiciones de América Latina, teniendo como guía orientadora el principio de equidad (Colombia MS/OPS, 1992b; OPS/OMS, 1996: 373-377). El enfoque de "cultura de la salud", inicialmente, y de "promoción de la salud" después, permitió una nueva organización de los proyectos de cooperación, una vez se realizó la segunda evaluación conjunta de la cooperación técnica OPS/OMS en marzo de 1991. En las conclusiones de la

evaluación se recomendaba que “esta concepción debe traducirse en acciones específicas en los diferentes programas impulsando una ‘cultura de la salud’ a partir de la práctica social, consolidando la idea de cooperación—acción” (OPS, 1991: 107).

Para cerrar este apartado puede decirse que en el contexto creado por la presencia del BM y otros organismos financieros internacionales en el campo de la salud, en el cual pretendían ejercer un liderazgo, empezaba a delinearse el problema de la financiación médica como uno de los temas fundamentales, si no el fundamental, como se señaló atrás. Pero también surgían otras variantes más comprensivas y menos economicistas. La breve experiencia colombiana en políticas de salud que se acaba de reseñar, generada a partir de una nueva fuerza política reintegrada al proceso democrático y a la gestión estatal con base en un proceso de paz, constituye un caso particular que trasciende incluso el campo de salud y que merece tenerse en cuenta. La OPS, que seguía avanzando en su propósito de hacer de la meta de SPT-2000 una realidad, encontró aquí, para el caso de Colombia, un buen aliado en una coyuntura de grandes transformaciones.

Descentralización y control de enfermedades

El programa de control de la malaria fue uno de los más afectados por la descentralización municipal, dadas sus dificultades para articularse a los servicios locales de salud. En la V Reunión de Directores de los SNEM y Directores Generales de Salud de las Américas, que se llevó a cabo en Bogotá entre el 1 y el 6 de junio de 1987, se insistió de nuevo en que la política de prevención y control debía basarse en un proceso de descentralización y complementación de las acciones y en la horizontalización del programa de control. Estos procesos se entendían como “coincidentes” con las políticas nacionales de enmarcar la lucha antimalárica dentro de la estrategia de APS (OPS, 1988: 14 y 161). Pero la APS podría tener varias acepciones, como ya se veía en diferentes países: bien como “nivel de atención” en el sistema de servicios, o como “programa” con objetivos

precisos o como “estrategia” de transformación de las políticas públicas. De esta manera, el programa de control de la malaria hacía evidente algo que en otros terrenos no era tan claro: la APS tenía efectos diferentes, según la interpretación que se hiciera de ella (OPS, 1988: 44-45). El aspecto común parecía ser la importancia de la participación comunitaria, tanto para la APS como para el proceso de integración del control de la malaria a los servicios. Esta participación consistiría en el diagnóstico de la situación de salud, en la preparación de estrategias y en la planificación de acciones. También se consideró fundamental la coordinación con otras instituciones de salud públicas y privadas (OPS, 1988: 162).

En Colombia, el Departamento de Antioquia fue el primero que intentó diseñar e implantar, desde 1984, un programa de control de la malaria basado en la estrategia de atención primaria propuesta por la OMS. En dicho Departamento, que contaba con un 10% de su población viviendo en área hiperendémica malárica, el problema había estado tradicionalmente a cargo del SEM y el Servicio Seccional de Salud de Antioquia se limitaba solamente a tratar algunos casos complicados. El grado de desarrollo del Servicio había permitido un relativo éxito en el control de otros problemas de salud como las enfermedades diarreicas agudas, la malnutrición, las infecciones respiratorias agudas, la atención perinatal y las enfermedades inmunoprevenibles. Por ello, el Servicio se propuso diseñar el programa de control de la malaria basado en la APS, utilizando los recursos físicos y humanos existentes, y se hizo un diagnóstico de áreas endémicas sobre situación epidemiológica, recursos físicos, humanos y técnicos, coberturas y necesidades. Con base en ello se capacitó el personal superior, intermedio y primario (promotores rurales, voluntarios, auxiliares de enfermería), se dieron suministros, se creó un grupo coordinador en cada regional compuesto por un médico y un bacteriólogo, y se desarrolló una red de vigilancia epidemiológica, con unificación de esquemas terapéuticos. El resultado fue notable: se redujo la morbilidad, y disminuyeron los costos, los días de estancia en hospital, los egresos por esta causa, y las pérdidas sociales, tales como incapacidades laborales y pérdidas económicas. Adicionalmente, se consideró que hubo una aproximación integral a la comunidad,

con medidas de prevención y manejo del medio ambiente, mejoramiento de la vivienda, rehabilitación de áreas marginadas y educación masiva, lo que implicó una coordinación intra y extra sectorial, con agricultura, vivienda, obras públicas y educación. El éxito de la experiencia hizo que la V Reunión de Directores de los SNEM la recomendara como modelo para otras áreas del país y otros países (OPS, 1988: 33-37 y 169).

Parecía, entonces, que la integración del programa a los servicios era posible. Para evitar la fragmentación, la reunión insistió en la necesidad de mantener una infraestructura de nivel superior encargada de la planificación, la vigilancia y la evaluación de todas las actividades antimaláricas, de la capacitación de personal de salud a nivel intermedio, de la vigilancia de la sensibilidad a los medicamentos e insecticidas, y de la ejecución de estudios epidemiológicos y entomológicos especiales. Pero los asistentes a la reunión eran conscientes de que el éxito del programa en Antioquia era excepcional y que la descentralización sería un proceso largo que implicaría una fase de transición, basada en el mantenimiento de la verticalidad tradicional de la lucha antimalárica.

En el caso colombiano, el SEM venía reclamando la recuperación de la autonomía para nombrar su planta, pues la centralización del SNS no le permitía participar en la selección del personal. Además, el reiterado atraso en el pago de salarios y prestaciones a los empleados del SEM, produjo un progresivo malestar entre los trabajadores que se sumaba a la baja remuneración, que se expresó en un aumento de la sindicalización y de los eventos de protesta y huelga. Por el deseo de los jefes de zona de “restablecer la disciplina”, se presentaban conflictos que, con frecuencia, los directores señalaban como un deterioro del respeto a las jerarquías de la entidad, originado en la “inusitada” fuerza que los sindicalistas habían conseguido. La alternativa que se ofrecía era que la DCD/SEM recuperara las facultades para reclutar y vincular al personal auxiliar y de libre remoción (Colombia MS/DCD, 1986: 13 y ss.). Hasta el final de la década del 80, las quejas y denuncias sobre los problemas en la selección del personal fueron crecientes y se atribuían al

clientelismo político, a la corrupción y al excesivo centralismo (Colombia MS/DCD, 1989: 15).

Durante la XV reunión de jefes de zona del SEM en 1989, se señaló que la integración había sido imposible por la persistencia de la estructuración vertical de los programas que habría limitado la adecuada participación de la comunidad y de los servicios seccionales de salud. Pero también, que la mayoría de estos servicios no había asumido la responsabilidad que le correspondía en las actividades de control. La coordinación entre el SEM y las “unidades locales de salud” (ULS) era insuficiente, en cuanto a programación y ejecución de las actividades de salud en el municipio, presentándose sólo en forma esporádica en las jornadas de vacunación masiva. La rotación constante de médicos rurales impedía la continuidad de programas. Además, los canales de comunicación eran precarios y la mayoría de las ULS no daban prioridad epidemiológica a la malaria en su municipio. La relación con los alcaldes era deficiente y éstos no participaban en programas de salud o no consideraban la salud como prioridad en el plan de gobierno municipal. Los jefes de zona del SEM no participaban de los comités técnicos de los servicios seccionales y aún había celo institucional y profesional en las ULS; sus funcionarios revelaban una falta de motivación hacia el programa antimalárico. Además, las áreas en alto riesgo de enfermar o morir por paludismo no eran de fácil acceso para los organismos de salud. El SEM era el único presente. En últimas, las mismas dificultades que impedían un cubrimiento total de la campaña de erradicación y una vigilancia epidemiológica completa, constituían obstáculos para la integración del control de la malaria a los servicios locales de salud (Colombia MS/DCD, 1989: 35 y 52-54). Así, el SEM se veía en un camino sin salida: afectado por la centralización y las inoperancias del Sistema, tampoco tenía cómo avanzar en la descentralización y la integración a los servicios locales.

A finales del decenio de los 80, se consideraba que el problema de malaria seguía en deterioro paulatino y continuo. La prevalencia de la enfermedad entre 1963 a 1983 mostraba un aumento en razón de 1:4. En 1983 se notificaron por el SEM

105.000 casos, lo que permitía a los funcionarios del SEM suponer que pudieron haber ocurrido alrededor de medio millón de casos en el país. Se calcularon, además, entre 1.000 y 3.000 defunciones (Colombia MS/DCD, 1989: 109). La OPS siguió siendo un referente importante para las políticas en este campo, pero es evidente que su cooperación directa cayó drásticamente desde mediados de los 80. El fracaso de la erradicación hizo que la OPS perdiera interés en la malaria, campo que fue uno de los más importantes de cooperación en Colombia durante los años 50, 60 y parte de los 70. La participación de la OPS en los procesos que se darían posteriormente para la descentralización del SEM y que comenzarían a cristalizarse desde 1993 fue muy poca, como lo fue en general en la formulación de esta reforma. El interés de la Organización se había desplazado a otros frentes.

En el caso de la aparición de la epidemia del cólera en la región andina al comenzar la década del 90, la situación fue muy diferente. La epidemia ponía en evidencia el empobrecimiento de las poblaciones latinoamericanas durante la “década perdida”, pero también, la insuficiencia de las decisiones públicas para prevenir este tipo de problemas. Una vez aparecieron los primeros casos en Perú y Ecuador, todos los países orientaron sus acciones hacia el control de la onda expansiva de la epidemia, y en esto la OPS jugó un papel importante. En Colombia, la aproximación a la gestión del ministerio de salud facilitó la organización de un conjunto de medidas de control que surtieron un efecto valorado como ejemplar.

El primer caso de cólera se presentó en el puerto de Tumaco, el 9 de marzo de 1991, pero antes de su detección, se habían iniciado las medidas para evitar la propagación de la epidemia. La organización de la campaña por fases se hizo desde el ministerio, a cargo de la Dirección de Emergencias y Desastres con el apoyo del Despacho del Ministro, quien presidía el Comité Nacional de Cólera, sobre la base de la necesidad de un programa vertical de cobertura nacional, aunque se buscara la integración de los servicios. En el desarrollo de la campaña fue crucial la participación de la comunidad para la detección de los casos y de las rutas de propagación, para el tratamiento oportuno y la aplicación de las medidas

preventivas, así como para la proyección de nuevas inversiones que mejoraran la infraestructura sanitaria. Esto se logró por medio de la instalación de 900 Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria y de Saneamiento (UROCS), sobre la base de la infraestructura desarrollada desde el famoso PNSDI de la administración Betancur (Colombia MS, 1992: 143-146).

Aunque la epidemia logró avanzar de la costa Pacífica a la Atlántica en cuestión de nueve meses, el número de casos y la mortalidad fueron relativamente bajos. En estas condiciones, los expertos de la OMS se pronunciaron con total beneplácito: “Las medidas de prevención y atención adoptadas por el gobierno colombiano para el control en la propagación del cólera han sido acertadas y se constituyen en verdadero ejemplo a nivel mundial” (Colombia MS, 1991a: 137). Durante la epidemia creció el programa de dotación de sistemas de acueducto y alcantarillado, considerado como una herramienta para desarrollar las estrategias y líneas de acción del plan cuatrienal de salud 1991-1994, y fue constante el flujo de recursos financieros provenientes del gobierno a través de FINDETER. Sin embargo, una vez pasada la urgencia y controlado el brote epidémico, los recursos fueron decreciendo y haciéndose intermitentes. Con la experiencia del cólera resultaba evidente la necesidad de una organización nacional, coordinada desde la más alta instancia, para afrontar con agilidad y decisión política este tipo de problemas. La integración con los servicios fue relativamente fluida y la estrategia de involucrar a la comunidad en todo el proceso, incluso en decisiones claves del programa, fue uno de los principales aciertos de la campaña. Podría pensarse, entonces, que algo similar sería útil para el control de la malaria, pero ello sería desconocer la historia y las características de una enfermedad mucho más compleja y arraigada en el país. Las dificultades del programa de malaria, como se mostró, no podrían atribuirse a causas simples.

Las nuevas epidemias requirieron también innovaciones, tanto en la política de salud como en la cooperación técnica. Frente al problema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), también la experiencia de cooperación fue

exitosa. A partir de 1984, se realizaron algunas acciones aisladas, en ocasiones más por iniciativa de ONGs que del gobierno. En vista del aumento de casos desde que se detectó el primero en 1983 y dada la ausencia de protección específica y tratamiento eficaz contra el virus, en 1987 el Ministerio de Salud decidió asumir, por primera vez, un programa nacional de lucha contra el SIDA. Esto se hizo a través de la Dirección de Epidemiología a cargo del doctor Manuel Guillermo Gacharná, epidemiólogo formado en la Escuela de Salud Pública de Medellín (Ramírez, 2002). Dicho programa pretendía prevenir, diagnosticar y hacer vigilancia epidemiológica así como control directo del SIDA y de la infección por VIH para interrumpir la cadena de transmisión y evitar su diseminación (Colombia MS, 1987: 6).

La propuesta fue realizada por los grupos de Vigilancia y Control Epidemiológico y Educación del Ministerio de Salud, junto con los servicios seccionales de salud de Bogotá y Cundinamarca. En ella se contempló la creación de un Comité Nacional de Lucha contra el SIDA, el cual estaría compuesto por funcionarios del Ministerio de Salud, de los servicios seccionales mencionados, del INS y de un delegado de OPS/OMS. Como apoyo a este comité se conformaría un grupo asesor compuesto por el Jefe de Inmunología del INS, un representante de la Red Nacional de Laboratorios del INS, otro del Banco Nacional de Sangre, un delegado del Ministerio de Educación, un representante de ASCOFAME, otro de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería-ACOFAEN y uno de sus homólogas para Bacteriología, Odontología, Trabajo Social y Psicología, así como un representante de las sociedades científicas. El Comité tendría como función apoyar técnicamente a una Comisión Nacional de Trabajo, la cual se encargaría de implementar el programa, así como impulsar la creación de comités seccionales, conseguir apoyo financiero para llevar a cabo el plan, además de otras funciones (Colombia MS, 1987: 17-18 y 23-27).

Este comité contó con la participación de un epidemiólogo de la OPS que manejaba lo relacionado con enfermedades transmisibles, y formuló por primera vez iniciativas de capacitación en prevención de SIDA y de recolección de la información

epidemiológica correspondiente (Ramírez, 2002). En agosto de 1988, se elaboró el primer Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA, que organizaba acciones de corto plazo y sería coordinado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud. Para la elaboración del plan, se conformó por resolución ministerial, un Grupo Nacional de Expertos de una composición amplia, en la que participaron representantes de la academia, de las instituciones de salud, de la Iglesia, del Tribunal Nacional de Ética Médica y de la OPS (Colombia MS, 1988a). El plan contemplaba actividades distribuidas en cinco componentes: educación continuada dirigida a personal de salud y a líderes de la comunidad; promoción y educación de la comunidad; control de bancos de sangre y hemoderivados; vigilancia epidemiológica y laboratorio; y, por último, investigaciones que deberían estar bajo la responsabilidad del nivel nacional y del comité de expertos en SIDA (Colombia MS, 1988).

Para el desarrollo del plan se realizaron asesorías de corto plazo por parte de expertos de OPS/OMS, tanto en los aspectos educativos, como de epidemiología y laboratorio. La asesoría final elaboró un informe de evaluación de este plan de corto plazo y colaboró en la preparación de un plan a mediano plazo (Colombia MS, 1988). Así pues, la cooperación de OPS en SIDA se cristalizó sobre todo a partir de 1988, no sólo por haber facilitado la participación del funcionario encargado de enfermedades transmisibles dentro del Comité de Expertos —quien ayudó a formular este plan—, sino también porque se involucró seriamente en la asesoría técnica a través de consultorías cortas, como aportes en dinero para cada uno de los componentes del Plan para 1988-89 (Colombia MS, 1988).

En junio de 1989 comenzó a funcionar el Comité Ejecutivo de la lucha contra el SIDA como comité interno del Ministerio de Salud y a trabajar en la constitución de la Comisión Nacional de SIDA o Comité intersectorial, de carácter político decisorio, para fortalecer el programa de la lucha contra esta enfermedad. Ya entonces la responsabilidad del programa la había asumido la Secretaría General del Ministerio de Salud; el diseño y la ejecución del mismo dependían de las Direcciones de

Atención Médica y Epidemiología, Participación de la Comunidad, Recursos Humanos e Investigaciones, y el INS. Todas estas instancias eran partes integrantes del Comité Ejecutivo mencionado. La coordinación era del INS, para lo cual disponía entonces de un funcionario de medio tiempo (Colombia MS, 1990: 4).

A comienzos de la década del noventa, la Representación de OPS designó a un profesional para que se dedicara exclusivamente al tema del SIDA. Este funcionario había estado trabajando, desde mediados de 1988, con el grupo de Gacharná en el Ministerio de Salud (Ramírez, 2002). Simultáneamente, llegó al país el grupo de expertos de OPS para colaborar en la formulación del Plan de Mediano Plazo (PMP). En esta tarea participaron también funcionarios del MS, del INS, del Servicio de Salud de Antioquia, del Instituto Metropolitano de Salud de Medellín, del Servicio de Salud de Bogotá, de la Federación Odontológica Colombiana y, por primera vez, se contó con la participación del Grupo de Ayuda e Información Frente al SIDA. La metodología de elaboración del plan fue una novedad: primero, con la comisión asesora de OPS/OMS, entre el 29 de enero y el 9 de febrero de 1990; en abril se presentó en Quito frente a otras delegaciones del área Andina; y, después de considerar las recomendaciones preparadas por el Comité Regional del Programa Especial de la OMS, los técnicos de OPS/OMS lo revisaron de nuevo para perfeccionar el borrador. La versión final fue presentada a las agencias internacionales para solicitar el apoyo financiero allí estipulado. Además, el plan se convirtió en el marco de referencia tanto para las asignaciones presupuestales nacionales como para la solicitud de cooperación internacional (Colombia MS, 1990: 2).

La ejecución del plan estuvo a cargo del Programa de Prevención y Control de las ETS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud (Colombia MS/OPS, 1994: 4), pero también contó con el apoyo de la OPS, por medio de la contratación de dos asesores nacionales, un epidemiólogo y un educador en salud entre 1990 y 1993. El PMP se inició formalmente en 1991 con actividades regulares hasta mediados de 1993 (Colombia MS/ONU/SIDA, 1999: 100). Como señaló el Dr. Luque del Ministerio,

estos planes eran como cartas de navegación construidas conjuntamente entre el Ministerio, la OPS y otras instituciones, que podían servir para definir las actividades y para las apropiaciones anuales que diseñaba OPS, así como para los Planes Operativos Anuales del Ministerio (Luque, 2002). Uno de los aportes más importantes de OPS fue impulsar la idea de que la forma de enfrentar el problema de SIDA era convocando a varios sectores de la sociedad (Ramírez, 2002).

Gracias a estos esfuerzos, en 1991 se expidió el Decreto N° 559 del 22 de febrero sobre SIDA, el cual definía la organización del programa. Además, era la primera vez en que se establecían normas sobre la atención integral y sobre los deberes y derechos de los enfermos. El decreto creó el Consejo Nacional de SIDA, con carácter permanente y adscrito al despacho del ministro de salud, con las funciones de promover y respaldar las acciones que se llevaran a cabo en el país para prevención y control de la infección, y asesorar al ministerio en la toma de decisiones sobre la materia. El Consejo estaría conformado por el Ministro de Salud, el Ministro de Educación, el Ministro de Trabajo, el Director del ICBF, el Director del INS²⁴, el Representante de OPS/OMS en Colombia, dos representantes de ONGs de lucha contra el SIDA, legalmente reconocidas y seleccionadas por el Ministro de Salud; y, finalmente, el Coordinador del Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por el VIH y del SIDA quien sería el secretario ejecutivo (Colombia MS, 1991: 20-21). La instauración de un programa de control de VIH/SIDA en Colombia es uno de los resultados exitosos de la cooperación técnica de la OPS.

Hacia una política de recursos humanos en salud

La estrategia de la APS en la década del 80 permitió que se renovara y consolidara la tendencia de la planificación de los recursos humanos en el marco del SNS. En concordancia con lo que venía sucediendo en toda América Latina, en Colombia se hizo más evidente el interés de las autoridades sanitarias por capacitar el personal

²⁴ Como suele ser usual en la legislación colombiana, todos estos funcionarios podían ser reemplazados por sus respectivos delegados.

de salud necesario para los programas sanitarios y asistenciales, bajo el imperativo de la extensión de coberturas (OPS, 1981). Este énfasis continental se manifestó en Colombia como una búsqueda por reorientar la formación del personal sanitario desde las exigencias y necesidades del SNS, el cual estuvo en pleno proceso de consolidación durante el decenio y, en particular, desde el horizonte de los servicios de mediana y baja complejidad, en el ámbito local y regional, base de las acciones asistenciales y preventivas.

Una de las mayores preocupaciones para mediados de los 80, pese a la labor realizada en años anteriores, fue la de establecer con claridad la relación oferta—demanda real de los recursos humanos en salud, para lo cual se realizaron varios estudios (Colombia MS, 1986). Según Efraím Otero Ruíz, último ministro de salud en el período presidencial de Belisario Betancur, en 1985 se realizó el estudio de oferta y demanda de personal de salud para el subsector oficial, y se hicieron proyecciones para el periodo 1986-2000, con el propósito expreso de que fueran la base informativa para la formulación de políticas de recursos humanos en salud. Una prioridad del momento fue la implantación de la Carrera Administrativa en el Sector Salud, por medio del diseño de los instrumentos y procedimientos para el ingreso y actualización, al igual que el sistema de calificación de servicios (Colombia MS, 1986: 79-80).

Pero estos desarrollos administrativos difícilmente lograron enfrentar los problemas de la formación médica, en número, cantidad, distribución y calidad, aspectos éstos de gran interés para los educadores médicos, en especial los problemas referidos al exceso de facultades de medicina y a la sobreproducción de médicos; al respecto, vale la pena tener presente que entre 1969 y 1986, el número de facultades pasó de 9 a 21, de las cuales 10 eran privadas. A su vez, el número de médicos aumentó de 636 en 1975 a 1.023 en 1980 y 2.018 en 1986 (Yepes Parra, 1988). Otros problemas reconocidos en la educación médica fueron la escasez de recursos bibliográficos y sistemas de información, las fallas en la selección y retención de estudiantes, las deficiencias en la formación y dedicación del profesorado, la

insuficiencia y desenfoque de la investigación, la “deshumanización” de la educación y de la práctica médicas, los desequilibrios en la educación de postgrado, los inadecuados currículos y la desarticulación entre las escuelas de formación médica, las necesidades reales de la población y las exigencias del sistema de salud (ASCOFAME, 1987; Bustamante, 1988; Vélez, 1988).

A su vez, el problema del empleo médico se hizo cada vez más evidente, a pesar del crecimiento de la red pública de servicios de asistencia desde los años setenta. Según el Dr. Antonio Yepes Parra, ministro de educación nacional en 1987, en la XIII Asamblea de ASCOFAME:

Un estudio realizado en una muestra de 319 médicos, representativa de los médicos egresados entre 1980 y 1984 de las tres facultades de medicina de la ciudad de Medellín, arroja un subempleo del 5,1%. La mayoría de los médicos de la muestra trabaja en el sector privado de tiempo parcial y con poca actividad no médica. Su situación laboral tiende a agravarse progresivamente, pues mientras el 89% de los egresados en 1980 están empleados y el 11% subempleados, ya en 1984 el 42% solamente están empleados, un porcentaje igual subempleados y el 15,8% desempleados (Yepes Parra, 1988: 16).

Esta situación de desempleo, como señalaban los expertos, debía verse en relación con la distribución geográfica de los médicos y por especialidad médica. Según los datos señalados por Rodrigo Bustamante, director del Instituto de Seguros Sociales de la época, el 74% de los médicos se concentraban en las ciudades capitales en donde vivía sólo el 37% de la población. Bustamante explicaba que,

esta relativa concentración puede ser el reflejo de la estructura de clases y de la misma concentración del ingreso, elementos que se hacen manifiestos en la ciudad y donde exista demanda de servicios con alguna capacidad de pago, directa o institucional; complementariamente, contribuye a esta situación el incipiente desarrollo de la técnica médica en la periferia, lo cual

limita la oferta y la diversificación del consumo de servicios (Bustamante, 1988: 63).

Pero los problemas y retos por enfrentar no sólo se limitaban al ámbito de la educación médica. También se extendían al territorio de la formación profesional en enfermería, salud pública, odontología y veterinaria y a la formación técnica. De hecho, las exigencias de cambio en la formación de personal sanitario, desde el ideario de la APS y desde la puesta en marcha del SNS, eran grandes y comprometían a todas las instituciones involucradas en la formación y planificación de recursos humanos.

Para enfrentar algunos de los retos, la cooperación técnica brindada por la Organización estuvo centrada en algunos aspectos específicos. Desde 1983, la cooperación de OPS avanzó en cuatro programas (OPS/OMS/Colombia, 1983). El primero, fue el proyecto de “formación en Epidemiología”, por medio del cual se intentó una integración del enfoque epidemiológico a todos los programas de salud. También se hizo evidente en la formulación y ejecución de los cursos sobre infecciones intra-hospitalarias y sobre enfermedades crónicas, con diez becas para el entrenamiento en el exterior y por medio de la adquisición de equipo docente y material bibliográfico. El segundo, se denominó “programa de investigación en salud” y buscó la definición de una política nacional en esa materia. Por esta vía se apoyó la formación de investigadores con becas por tres meses, la realización de un taller nacional para el análisis de investigaciones nacionales y adjudicación de *grants* para el apoyo de investigadores especiales. En estos dos proyectos fue indispensable el papel del Ministerio como contraparte nacional de la OPS. El tercero, fue el “programa de desarrollo de los servicios de laboratorio”, el cual contó con el apoyo del INS e intentó mejorar las actividades de investigación y promover la capacitación por medio de 8 meses/beca. El cuarto y último programa se orientó a dar continuidad a otro desarrollado en el decenio anterior, el de Cooperación Técnica en el Programa de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, en las siguientes áreas: análisis y reformulación general del programa, apoyo al estudio de

disponibilidad y oferta de médicos y odontólogos, apoyo al programa de Educación Continua y Supervisión y Otorgamiento de becas en el desarrollo de recursos humanos.

Bajo el nombre de “Programa de Desarrollo de Recursos Humanos”, muchas instituciones del país relacionadas con este tema recibieron apoyo de la Organización a través de este último proyecto de cooperación. Dentro de ellas se destacaron: ASCOFAME y ACOFAEN, Facultad de Medicina de la Universidad Militar, Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, los Programas PROADSA, PRIMOPS, CIMDER, la Facultad Nacional de Salud Pública, la Facultad de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Javeriana y, por supuesto, el Ministerio de Salud (OPS/OMS/Colombia, 1983).

Como uno de los aspectos centrales en el desarrollo de la APS en el país, se asumía que era necesario cambiar los procesos de formación de personal y, por tanto, se señalaba con cierta insistencia que se requería otro tipo de personal, en particular, enfermeras, promotores y auxiliares de enfermería y saneamiento. La política de ampliación de coberturas de los servicios y la centralidad de programas como materno-infantil en la APS, entre otros factores, llevaron a intensificar la reasignación de las funciones de la enfermera a lo largo del decenio de los ochenta. Como señala Velandia (1995), recogiendo los datos del Estudio Nacional de Enfermería 1985-1987, para esa época, el 84% de las enfermeras estaba dedicado a los servicios; de ellas, el 65% se desempeñaba en los servicios de hospitalización, casi el 13% en los servicios ambulatorios y sólo el 6% ocupaba cargos administrativos. Siguiendo las directrices del SNS, con la regionalización y la extensión de coberturas como bandera, se ampliaron puestos de trabajo para las enfermeras en hospitales regionales y locales, buscando con ello que las enfermeras se ubicaran en ciudades intermedias y zonas rurales y, por tanto, que se redujera su concentración en las grandes ciudades. La OPS continuó el apoyo en la formación de recursos humanos en el terreno del saneamiento básico.

En relación con la formación de salubristas y la colaboración de la OPS con la ENSP, denominada desde 1980 Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), al parecer hubo un relativo distanciamiento entre las dos instituciones, lo que llevó a que las relaciones fueran mucho menos intensas que lo que habían sido en años anteriores. Esta situación, bien pudo estar relacionada, entre otros factores, con los conflictos internos en la Facultad (Gómez y Correa, 1999: 57) y con los hechos luctuosos que afligieron al mundo académico nacional y concretamente el de esa notable facultad. La violencia política del país se mezcló cada vez más con la del narcotráfico, y cobró muchas de sus víctimas en Medellín. La FNSP se convirtió en un punto en la mira de los violentos, en especial, después de la vinculación del doctor Héctor Abad Gómez a la Comisión de Derechos Humanos. En 1987 fueron asesinados los doctores Pedro Luis Valencia Giraldo, el mismo Héctor Abad Gómez y Leonardo Betancur; y en 1988, cayeron Emiro Trujillo Uribe y Leonardo Lindarte Carvajal, todos docentes de la FNSP.

Pese a todo, la OPS siguió colaborando con la Facultad, en especial en áreas como epidemiología, economía de la salud, administración sanitaria, salud mental y manejo de desastres. Según Gómez y Correa,

A principios de 1989, la OPS planteó a la Facultad estudiar la posibilidad de convertirse en un Centro Regional de Capacitación en Salud Mental para América Latina, para lo cual se iniciaron contactos con las instituciones de la ciudad, responsables de esta materia, las que respondieron positivamente y con proposiciones escritas, configurándose una comisión, con el objetivo de presentar un documento para los trámites pertinentes, primero con las directivas de la Universidad y luego con la OPS (Gómez y Correa, 1999: 76).

Ya para julio, la OPS envió a Medellín una delegación asesora y evaluadora, la cual se reunió con las directivas de la Facultad y la comisión interinstitucional que se había conformado. En las conversaciones se alcanzaron acuerdos importantes sobre la viabilidad y factibilidad del proyecto, así como sobre aspectos académicos

del mismo. Después de varios debates con miembros de la alcaldía de Medellín y de la Universidad, se adquirió el compromiso de poner en marcha la iniciativa. Se estableció un acuerdo de servicios técnicos entre la OPS y la Universidad, para desarrollar, durante un año, capacitación en Salud Mental con enfoque de Salud Pública. Algo similar ocurrió en el área de los desastres en marzo de 1990: la Facultad fue designada oficialmente como centro colaborador de la OMS/OPS en esta área (Gómez y Correa, 1999: 77). En ese mismo año, y dentro del proceso de descentralización a nivel nacional, la OPS promovió un encuentro sobre SILOS en Medellín y Cali, en conjunto con la FNSP.

Con todo, y a pesar de que cada proyecto agenciado por la Organización siempre ha tenido un importante componente de capacitación, parecía que el tema de recursos humanos perdía un poco de importancia, en relación con años previos, en la cooperación OPS—Colombia. Los esfuerzos se concentraban en las áreas de salud materno infantil, servicios de salud, enfermedades transmisibles, salud ambiental y salud veterinaria, haciéndose poca mención explícita de la formación de recursos humanos. De hecho, en el informe del director para 1990 sólo se enuncia la continuidad del programa ampliado de libros de texto y materiales de instrucción (OPS, 1991: 116). Sin embargo, la descentralización definida por la ley 10 de 1990 planteó nuevos retos.

La segunda evaluación conjunta de la cooperación técnica entre la OPS y el país, realizada en 1991, durante la gestión de la AD-M19 en el Ministerio de Salud, ofreció un balance de los problemas de los recursos humanos. Encontró los siguientes problemas: formación de recursos humanos de baja calidad, heterogeneidad de los enfoques en las escuelas, auge de un modelo de atención, demanda principalmente de carácter curativo y desorden en la ejecución de los programas. Se resaltaba también el bajo grado de capacidad que tenían las instituciones educativas para cumplir los compromisos de renovación curricular y la ausencia de procesos de identificación de prioridades de investigación. En la evaluación no se encontraron procesos de administración de gestión de las

investigaciones que patrocinaba el ministerio, ni comunicación sobre la actividad investigativa. Parecía como si no existiera coordinación con los centros de investigación.

Para 1991 se reconocía la existencia de 21 facultades de medicina, tanto oficiales como privadas, con 15.231 alumnos. Se ubicaron 43 programas de postgrado aprobados en 15 facultades del país. En ese momento el mayor número de residentes se encontraba en la Universidad Nacional (306) y los programas de anestesiología, ginecología, medicina interna y pediatría eran los más solicitados. La capacidad docente para el programa de medicina en Colombia era de siete estudiantes por un docente de tiempo equivalente (OPS/OMS/Colombia, 1991: 26). Para este momento, no existía un plan de desarrollo del recurso humano en salud, lo cual se agravaba con la falta de correspondencia entre los perfiles ocupacionales, necesidades de servicios y los diseños curriculares de formación o educación continua. Estos factores determinaban la subutilización, inestabilidad y baja productividad de los recursos humanos vinculados. No obstante, más preocupante que eso era que, si bien desde hacía muchos años el país y la Región habían insistido en la planificación de los recursos humanos como un elemento fundamental para el desarrollo del sector salud, este objetivo nunca se había hecho efectivo en Colombia, por lo menos hasta ese momento.

Como fortalezas se identificaron: el interés de COLCIENCIAS de incorporar al Ministerio de Salud en el nuevo Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología definido por la Ley 29 de 1990; el auspicio y apoyo de la OPS/OMS en los aspectos curriculares y pedagógicos; la voluntad política, las experiencias, iniciativas y el interés en cambios pedagógicos y curriculares en las facultades de ciencias de la salud; la existencia del Consejo de Recursos Humanos; los recursos financieros para la investigación; la tradición de integración administrativa y operativa entre el Ministerio y las universidades; la participación del Ministerio en las asociaciones de facultades y consejos profesionales; la reestructuración de la Dirección de Investigaciones en la Subdirección de Desarrollo Científico y Tecnológico; y la

asignación importante de recursos por presupuesto del Ministerio y otras fuentes (OPS/OMS/Colombia, 1991: 93).

Sobre estas bases, se plantearon las prioridades para la cooperación futura. Dentro de los aspectos más relevantes se enunció “la promoción de la reestructuración del proceso y de los perfiles en la formación profesional y en la investigación en todos los niveles”. Para acercarse a esa meta se consideró importante determinar los procesos de formación de profesionales de la salud en el país mediante seminarios y talleres con las facultades responsables. Ese proceso y la constitución de un equipo de investigación que estableciera las metodologías, normas e indicadores para la evaluación, eran considerados como los primeros pasos para concertar una política de renovación curricular (OPS/OMS/Colombia, 1991: 13).

De igual modo se requería determinar las necesidades prioritarias de investigación para la promoción del sector salud y para el desarrollo de la ciencia y de la tecnología, en coordinación con el INS, COLCIENCIAS, Planeación Nacional, ASCOFAME, FONADE y las diferentes universidades. De esta necesidad surgió la iniciativa de conformar una Comisión de Ciencia y Tecnología de alto nivel, para el sector salud, que estimulara la producción del conocimiento y buscara los mecanismos para financiarla. Además, se propuso promover la articulación de la docencia a la investigación, vinculando los estudiantes a labores investigativas como procedimiento de aprendizaje y de formación de investigadores, y la promoción en las escuelas de salud de programas innovadores, tanto en términos curriculares como pedagógicos, que estuvieran centrados en los estudiantes, en las comunidades, en los problemas de los servicios y en la generación de conocimiento. Por último se consideraba pertinente establecer acuerdos entre el Ministerio de Salud, la OPS y las universidades, para realizar evaluaciones periódicas sobre el avance de la información científica en el país y sobre el desarrollo de procesos formativos de profesionales en el área de la salud, así como el diseño y la ejecución de programas que estimularan una distribución equitativa del recurso humano en términos geográficos (OPS/OMS/Colombia, 1991: 14).

En cuanto a la situación salarial, debido a la ausencia de criterios que permitieran un régimen prestacional coherente dentro de las realidades regionales y uniforme dentro de sus sectores, se observaba una considerable disparidad entre empleos con características similares, además de la falta de incentivos para trabajar en zonas rurales, marginadas, urbanas o fronterizas (OPS/OMS/Colombia, 1991: 26).

De esta forma, la política de recursos humanos se incluía nuevamente en el seno de la cooperación técnica OPS-Colombia y prometía una articulación estratégica con el plan nacional de salud, en una administración comprometida con el enfoque de la “cultura de la salud”, la Promoción de la Salud y la descentralización del sistema por la vía de los municipios saludables. No resulta extraño, entonces, cierta recuperación del lenguaje de OPS en los ejes centrales de la cooperación, definidos por la Representación en Colombia:

A través del enfoque estratégico de Planificación de Recursos Humanos, de la estrategia de participación ciudadana–articulación interinstitucional, en el desarrollo de recursos humanos busca: 1. Investigar las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal profesional en sus diferentes niveles, y de personal no formal en sus actividades en el área de la salud; 2. Establecer un proceso de Educación Continua con enseñanza a nivel local basado en los problemas locales de capacitación en salud; 3. Apoyar a los programas de capacitación y de formación de las instituciones públicas y ONGs de educación y servicios de salud (OPS/OMS/Colombia, 1991: 94)

Así, las primeras transformaciones en la situación de los recursos humanos en el país durante 1990 y 1991 dejaron una impronta particular en los lineamientos que guiarían la cooperación en adelante. Ellos orientarían proyectos que comenzaron a desarrollarse en el país como el de “Educación para la Salud y Participación de la Comunidad” y el de “Formación de Recursos Humanos en Salud”, que era parte del Componente 01: “Promoción de la Reestructuración del Proceso de Formación en Salud”. Este último tenía por objeto la elaboración de planes de desarrollo de

recursos humanos en las ocho grandes ciudades del país y el apoyo a la Subdirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud en el proyecto de manejo de los perfiles profesionales del sector. El tercer proyecto que se llevaba a cabo en ese momento se denominaba “Diseminación de Información Científica y Técnica” y era parte del Componente 01: Diseminación y Difusión de Publicaciones. Dentro de los objetivos de este proyecto se encontraba la distribución masiva del libro de Barrenechea y Trujillo, *Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*, dada su pertinencia para el proceso de descentralización en curso (OPS, 1996). Se abrían así posibilidades que pocos años antes eran impensables para el área de los recursos humanos. Una consecuencia más de las confluencias afortunadas, eje de este breve periodo.

Capítulo 8: Cambio de reglas, sorpresa y restitución, 1993-2002

Como se mencionó en el capítulo anterior, el BM presentó su “agenda para la reforma” del financiamiento de los servicios de salud en 1987. Desde ese momento, se inició un cambio en el liderazgo internacional de las políticas sociales, en general, y de salud, en particular, en cuanto a sus aspectos económicos. Los economistas de la salud, ubicados en las agencias financieras multilaterales como el BM y el FMI, comenzaron a tener más incidencia en el diseño de las reformas sanitarias que los salubristas y planificadores de los organismos tradicionalmente encargados de estos asuntos, como OPS/OMS, UNESCO y UNICEF (Hernández, 1997: 203-204). Este cambio tuvo fuertes implicaciones en el proceso de reforma de los sistemas de salud en América Latina y, puede decirse en todo el mundo, como ha sido mostrado por Porter (1999: 247-277).

El informe del BM de 1993, titulado *Invertir en salud*, hizo más evidente el cambio de liderazgo, al tiempo que presentó al debate mundial el nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud de manera clara y contundente (BM, 1993). En diciembre del mismo año, en Colombia se discutió y se sancionó la Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”, que implicó un cambio estructural del sistema de salud (Colombia, República de, 1993). Este cambio significó nada menos que la definición de nuevas reglas de juego, para muchos sorpresivas. Sería impreciso afirmar que el modelo presentado en el Informe del BM se utilizó y se aplicó literalmente en la reforma sanitaria colombiana. La propuesta del Banco ocupó un lugar en la reforma, preponderante sin duda, pero no fue el único discurso en escena. Por el contrario, todos los actores sociopolíticos nacionales relacionados con el sistema de salud se pronunciaron y participaron en el debate y en la negociación de la nueva Ley. Otros trabajos han mostrado este proceso, aún sin

muchos detalles históricos (Hernández, 1997, 1998 y 2000a; Vega y Jara, 2001). De ellos se tomarán los aspectos más importantes que permitan explorar las relaciones entre el proceso de formulación e implantación de la reforma sanitaria en Colombia y la cooperación técnica de la OPS, interés central de este estudio.

El nuevo liderazgo internacional en las políticas de salud

Desde los años ochenta el BM venía haciendo préstamos directos para financiar servicios de salud de los países en desarrollo, bajo la consigna general de la lucha contra la pobreza. Inicialmente, el Banco operaba con la pretensión de brindar apoyo financiero tanto al trabajo de OPS/OMS como a la formulación de políticas sociales en estos países (Walt, 1994: 127). Como se vio anteriormente, las políticas del Banco coincidían con las de los demás organismos dentro del criterio de brindar servicios básicos de salud a los grupos de población más pobres. Pero, cuando el Banco lanzó su agenda para la reforma, estaba impulsando cambios estructurales que lo separarían de ese criterio tradicional. La teoría neoclásica aplicada a salud implicaba un distanciamiento de la estrategia de organizar sistemas nacionales por la vía de la inversión pública directa en centros de atención, incluso de primer nivel o los denominados “servicios básicos”. Se trataría ahora de incorporar todas las instituciones privadas o públicas que atendieran a los pobres al sistema nacional mediante la transformación del mecanismo de financiamiento llamado “subsido a la oferta” -sostenimiento de centros y hospitales con recursos públicos-, a lo que se denominó “subsido a la demanda” de los pobres. Si la atención médica podía entenderse como un bien privado, también podría diseñarse una forma de pago de los servicios de salud consumidos por los pobres que no afectara el cumplimiento de las metas de ajuste fiscal, manteniendo el nivel del gasto público para cubrir estos servicios o, mejor aún, rebajándolo. En esta medida, las reformas contribuirían al cumplimiento de las metas de ajuste fiscal y de pago de la deuda planteadas años atrás.

Desde ese momento, el Banco financió y orientó cada vez más los esfuerzos de reforma de los sistemas de salud en los países de la Región. Colombia también

utilizó el crédito del BM en su “Proyecto de Consolidación del SNS”, como se señaló en el capítulo anterior. Pero en 1987, la propuesta parecía ser todavía la iniciativa de algunos expertos. En los seis años siguientes, los economistas del Banco desarrollaron la agenda con detalles técnicos que sólo aparecieron de manera íntegra en el ya citado informe *Invertir en salud* (BM, 1993).

La teoría de los bienes también permitía diferenciar lo privado y lo público en materia del financiamiento de los sistemas y establecer una nueva relación entre Estado y mercado. Los servicios básicos, como se entendía la APS en Colombia, podrían estar incluidos dentro del concepto de bien público, junto con los de altas externalidades, esto es, los servicios colectivos de prevención de enfermedades prioritarias y de promoción de la salud. Estos últimos serían los servicios dirigidos a grupos demográficos, con inclusión de la inmunización, la nutrición, el control de la fecundidad, la disminución del consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas, el mejoramiento del entorno familiar y del medio ambiente externo, la lucha contra insectos vectores de enfermedades, y la prevención de VIH/SIDA (BM, 1993: 74). Se aceptaba, entonces, que los servicios financiados con recursos públicos podrían ir más allá de los pobres, a través de una nueva concepción de la salud pública. No sobra insistir: ésta sería entendida como los servicios colectivos orientados a prevenir enfermedades con altas externalidades y promover la salud de las poblaciones. Además, los conceptos de bien privado y bien mixto permitirían que los otros servicios, especialmente los curativos, fueran financiados de manera privada por los individuos y las familias que pudieran pagar (BM, 1993: 8-11).

Conscientes de la dificultad de sostener pagos de bolsillo para la atención médica, aún entre familias ricas, los expertos del Banco propusieron acudir a la idea de “protección del riesgo económico” por medio del aseguramiento. Éste debería ser, en lo posible, obligatorio para los trabajadores del sector formal de la economía y voluntario para los individuos y las familias de más altos ingresos. La política de

aseguramiento tendría las ventajas de estimular la inversión masiva de capital privado, disminuir en el largo plazo el gasto público y promover la competencia entre agentes aseguradores y prestadores de servicios, con lo que se esperaba mejorar la eficiencia y la calidad de esos servicios (BM, 1987: 152). Las instituciones de seguridad social existentes en todos los países tendrían que modificar profundamente sus estructuras para entrar en la lógica de la competencia de mercado. Y la red pública de servicios debía descentralizarse para ganar independencia y poder cobrar aranceles a los usuarios, emplear los incentivos del mercado en la asignación de los recursos y competir con el sector privado de prestadores de servicios. Esto implicaba abolir la atención gratuita en todas las instituciones de atención médica (BM, 1987: 157).

En estas condiciones, los sistemas de salud financiados por recursos públicos no tenían ningún sentido. La idea de un Servicio Único de Salud, como el recién creado en Brasil en el marco de la Constitución de 1987, era impensable desde esta perspectiva. Si este planteamiento se hubiera hecho en los años sesenta, habría sido tomado como una exótica broma. Pero las circunstancias mundiales habían vuelto a cambiar en los últimos tres lustros. El orden mundial se volvía a recomponer con la caída del Muro de Berlín en 1989, y se iniciaba un proceso que apenas al comenzar el siglo XXI tendría sus máximas expresiones: la tendencia hacia un mundo capitalista unipolar globalizado. En estas condiciones, las afirmaciones del Banco parecían obvias: los derechos sociales y económicos universales son inviables económicamente y los subsidios estatales deben dedicarse a la incorporación de los pobres al ventajoso ámbito de la economía globalizada.

La estrategia central para lograr el propósito de la incorporación de los pobres sería el mecanismo de subsidio a la demanda y la definición de un "paquete mínimo de servicios" que se podría cubrir con dicho subsidio. El imperativo moral de ampliar la cobertura de los servicios de atención médica fue la justificación más utilizada para exhortar a los gobiernos a abrir las puertas del sector salud a la inversión de capital privado y a garantizar el éxito de la inversión de este capital,

dada la inviabilidad de hacerlo por el camino de las instituciones públicas. El conjunto de la estrategia de transformación fue presentado, de manera sintética en uno de los párrafos de la introducción del Informe de 1993:

Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros, ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios, y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generación y divulgación de información importante. (BM, 1993: iii).

Pero no se trataba sólo de un discurso. La participación del sector privado en salud debe entenderse como un resultado de la expansión de los mercados de aseguramiento en salud y de atención médica en todo el mundo, en el marco del crecimiento de las empresas transnacionales. Buena parte de la especialización del sector financiero se produjo en este tipo de servicios (Drake, 1994: 104-28). Sin duda, la masa monetaria acumulada en los fondos pensionales de carácter público y en los que se podrían crear con sistemas de ahorro individual como los experimentados en Chile desde 1981, se convirtió en un enorme atractivo para el sector financiero mundial (Martínez González-Tablas, 2000: 113-121). No puede entenderse el entusiasmo de la banca internacional en las reformas pensionales sin este ingrediente de la expansión del mercado financiero; este mismo ingrediente condujo a la banca internacional a ejercer presión sobre la estructura de la seguridad social, tanto en países ricos como en los pobres, como sucedió en los años setenta en relación con los pactos monetarios de posguerra (Navarro, 1998: 221-27; Laurell, 1997: 61-2).

Las reformas de los sistemas de salud y de seguridad social tampoco pueden entenderse sin la consolidación de la crítica neoliberal al Estado de Bienestar en los años noventa (Laurell, 1997: 15-19). La apertura de las economías, el control de la inflación, la disminución de la intervención estatal, la flexibilización laboral para disminuir los costos de la mano de obra y las reformas de los sistemas de protección social serían los ejes de una reforma estructural de los estados nacionales que a estas alturas parecía indiscutible. Las propuestas del BM, de base neoliberal en lo ideológico, y neoclásica en lo económico (Hernández, 2002a: 2-8), cristalizaron en políticas y modelos de organización institucional y financiera que acompañaban el proceso de negociación de los nuevos créditos (Walt, 1994: 126). De las medidas de ajuste fiscal, se había pasado a las “políticas sociales de tercera generación”, como afirma Rodríguez, siguiendo a Salama y Valier (Rodríguez, 2001: 219-20).

Sobre estas bases, el BM impulsaba una propuesta de reforma de los Estados y de las relaciones entre ciudadanos, Estado y mercado, que significaba un fuerte cambio de rumbo:

El Estado está por ello pasando de ser un Estado desmercantilizador a ser un Estado mercantilizador, e incluso remercantilizador (por privatizador) de lo social; y con ello, estamos viviendo una tendencia a la sustitución de un Estado social, basado en las titularidades sociolaborales, por un Estado disciplinador asentado en las titularidades económico-financieras (Alonso, 1999: 110).

Para la OPS, las complejas transformaciones del mundo no pasaban desapercibidas. Sería impreciso afirmar que los técnicos de la OPS en Washington fueron desbordados por los veloces cambios de las sociedades de la Región. La situación de salud generada por la crisis económica hacía cada vez más difícil alcanzar la meta de SPT-2000 y se requería innovación y liderazgo regional por parte de la Organización. Entre abril de 1987 y febrero de 1988, mientras el BM lanzaba y discutía su “agenda para la reforma”, la OPS decidió

convocar a las escuelas de Salud Pública de la región para diseñar las políticas de salud necesarias para afrontar la crisis. Se organizaron seis talleres en diferentes países con la participación de la *American Society of Public Health* (ASPH), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp), y la OPS, dedicados a los temas programáticos de la Organización para el cuatrienio 1987-1990. Estos eran: “análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo; sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología; economía y financiamiento de la salud; recursos humanos en salud; el proceso de desarrollo tecnológico en salud; y sistemas de servicios de salud” (OPS, 1992a: 28).

Las conclusiones de estos talleres fueron recogidas por el doctor Paulo R. Motta, de Brasil, quien presentó el siguiente listado sobre los problemas más comunes de la salud en los países de la Región:

- Sistemas de salud heterogéneos y fragmentados con coberturas reales decrecientes o estáticas debido a la reducción de recursos;
- Crisis del Estado benefactor y surgimiento de nuevas formas de asistencia y atención médica de tipo privado, paraprivado o parapúblico;
- Desprotección de minorías étnicas y núcleos marginados, incluyendo en muchos casos amplias capas de población rural y semirural;
- Modernización de enclaves urbanos con prevalencia de patologías de la pobreza y de las mal llamadas patologías de la ‘civilización’;
- Medidas de descentralización y desconcentración con pocos recursos financieros: se incrementa parcialmente cobertura a costa del número de trabajadores de la salud y la calidad de la atención;
- Resurgimiento de enfermedades que se creían casi erradicadas como la malaria, el dengue, la tuberculosis y otras;
- Subregistro de mortalidad y morbilidad, subestimación de riesgos y enfermedades ocupacionales, e incremento de dolencias relacionadas con destrucción de ecosistemas y contaminación industrial;

- Tendencia generalizada al desempleo o subempleo de egresados del sector educativo de la salud, a pesar de que existen necesidades de atención médica;
- Creciente desigualdad del ingreso y caída del ingreso real, con disminución de los niveles de ocupación productiva masculina al tiempo que se incrementa el empleo formal o informal de mujeres y niños; y
- Crecimiento del sector terciario de la economía formal e informal, lo que ha producido nuevos estratos de trabajadores asalariados y por cuenta propia que no tienen normalmente la capacidad de negociar y exigir atención médica y seguridad social (OPS, 1992a: 11-12).

Obsérvese que, para la mayoría de los salubristas presentes en estas reuniones, la crisis del Estado benefactor, el incremento de formas privadas de atención, la fragmentación de los sistemas y la descentralización sin recursos eran problemas y no parte de la solución. Por esto no sorprende que la recomendación programática de los salubristas de la Región y de la OPS se concentrara en tres estrategias, todas ellas articuladas alrededor de “la organización de los servicios como unidad de análisis” y se lanzara el modelo de SILOS. Las estrategias propuestas eran: “intersectorialidad” en la formulación de políticas y en la organización de los servicios, como base de la afectación de las condiciones de vida por diferentes vías en el espacio local; “descentralización”, entendida como transferencia de poder a órganos locales, para integrar las diversas demandas sociales en el nivel local; “participación”, como “el instrumento para perfeccionar, profundizar y consolidar la democracia política que se reconstruye en la mayoría de los países de la Región” (OPS, 1992a: 13-15). De manera que el proyecto estratégico de la OPS se articularía bien a una reforma del Estado por la vía de la descentralización para fortalecer su legitimidad y su estructura democrática. El distanciamiento progresivo entre la agenda del BM y la de la OPS se hacía cada vez más evidente. Como se mostró en el capítulo anterior, en Colombia avanzaba una reforma del Estado por la ruta de la descentralización, aunque no podría decirse que enmarcada en la misma orientación política de una u otra

organización. Mientras predominó la reforma descentralista, la cooperación técnica de OPS se afianzó.

La crisis económica de la Región durante la “década perdida” mostró su máxima expresión con la aparición de la epidemia de cólera en Perú en 1990, y su rápida y fácil expansión hacia los países del norte. Las condiciones sanitarias de las poblaciones y la capacidad de respuesta de los servicios de salud en los países quedaron en tela de juicio. Por primera vez se habló con toda claridad de una “crisis de la salud pública”, entendida como “la incapacidad de la mayoría de la sociedad de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”. Frente a esta situación, la OPS promovió un debate regional que permitiera redefinir “el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas” (OPS, 1992a: 3-8).

Para el Director de la OPS, el brasileño Carlyle Guerra de Macedo, era claro que un Nuevo Orden Mundial se estaba instalando y que se debían propiciar cambios macroeconómicos en los países pobres para lograr una inserción más eficaz y equitativa en él. Pero también, el Director expresaba su inconformidad con el predominio neoliberal en el diseño de políticas públicas en el ámbito internacional, con lo cual tomaba distancia de las estrategias del BM. En sus palabras:

No estamos por lo tanto en contra de las políticas llamadas de ajuste o estabilización. Sin embargo, sí tenemos grandes reservas y críticas sobre las diversas formas que han tomado las políticas de ajuste en la década pasada y en la presente, y en especial sobre cómo se han financiado y quién ha pagado los costos de estas políticas de ajuste [...] El nuevo ideologismo neoliberal pretende que una vez creadas [las] condiciones económicas para la producción, automáticamente ésta se traducirá en beneficios para la totalidad de la población. La experiencia histórica indica que no sucede así y que para alcanzar los fines sociales del desarrollo es preciso definir premeditadamente estos fines, buscándolos mediante una voluntad y movilización políticas (Guerra de Macedo, 1992: 239).

El BM se ubicaba en lo que más tarde Amartia Sen denominó el modelo de desarrollo de “sangre, sudor y lágrimas”, que se sustenta en la primacía de la acumulación de capital (Sen, 1998: 78-82), mientras Guerra de Macedo ubicaba a la OPS en una posición contraria. La situación requería innovaciones de parte de los salubristas y en tal sentido la OPS solicitó unas “reflexiones iniciales” a los más destacados de la Región. La demanda del Director a los expertos reunidos en New Orleans en 1991, era precisamente esa: ¿cómo producir los cambios que demanda una situación tan compleja de disminución de recursos públicos y de aumento de las necesidades sociales en materia de salud?. Esta reunión es emblemática, en el sentido de haber puesto en evidencia las diferencias entre los acumulados conceptuales y políticos de los salubristas de las subregiones del continente. Estos acumulados dependían de las diversas experiencias históricas de los sistemas de salud de los países de la Región. Desde la salud pública totalmente desarticulada de la asistencia médica, como en Estados Unidos, hasta un sistema integrado de servicios curativos y preventivos, como en Canadá, pasando por los diferentes tipos de fragmentación de servicios curativos y preventivos, públicos y privados, de asistencia pública y de seguridad social, como en casi todos los países latinoamericanos. La nueva salud pública debía resolver esta diversidad a favor de una estrategia regional de universalización de la salud, de equidad en la oferta y en el acceso a los servicios de salud, en particular, de la garantía de los servicios esenciales en este campo entendidos como derecho fundamental. De allí la decisión de recomponer los procesos de producción de saberes y de formación en salud pública, e insistir en la descentralización, primero a través de los SILOS y poco después de la estrategia de Promoción de la Salud (OPS, 1992a: 270-272).

Con todo, las diferencias de la OPS con las propuestas del BM estaban en el fundamento conceptual y ético-político. No era por azar que los economistas neoclásicos estuvieran vinculados al Banco y no a la OPS. A medida que avanzaba la década se hacía más evidente el distanciamiento entre los dos organismos. Éste es uno de los motivos, si no el más importante, de la escasa presencia de la OPS/OMS en la primera fase de las reformas sanitarias, en

general, y de la colombiana, en particular, como se verá más adelante. Tampoco debe olvidarse que el flujo de recursos para estas reformas provenía de los créditos del BM, mientras que otros importantes organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas comenzaban a tener problemas de recursos por los escasos aportes de los países, en medio de la crisis de finales de los ochenta y comienzos de los noventa. Y como siempre, quien manejaba los recursos definía buena parte de su destinación (Walt, 1994: 126).

Pero no toda la definición recaía en los organismos internacionales. Las particularidades históricas de cada país marcaron rutas diferentes que apenas comienzan a ser identificadas con alguna precisión (Fleury, Belmartino y Baris, 2000; Hernández, 1998; 2002). Colombia, como se ha puesto en evidencia a lo largo de este estudio, tenía también sus propias particularidades. La primera de ellas, un escenario para un nuevo pacto político que se convirtió en una nueva Constitución Política.

La reforma del Estado por la vía constitucional

El gobierno de César Gaviria Trujillo (1990-1994) presentó un plan de desarrollo orientado por la estrategia central de la “apertura” de la economía colombiana. Esta apertura tenía dos sentidos: hacia fuera, se trataba de abrir las fronteras nacionales a la economía mundial, tanto a la inversión como a los productos extranjeros; hacia adentro, la apertura significaba la “modernización” de la estructura productiva por medio de la participación del sector privado en diferentes frentes de producción y de servicios que estaban a cargo de instituciones públicas. La apertura de la economía debía acompañarse de una nueva estrategia de inversión social orientada por la focalización y por el subsidio a la demanda (Gaviria Trujillo, 1991: 13).

La política de salud, que expresaba lineamientos orientados por criterios económicos de corte neoclásico, explícitamente incluía el diseño de un sistema de atención prepagada, extender la cobertura de servicios de atención a la familia del trabajador beneficiario de este sistema, y una serie de reformas institucionales y

financieras orientadas a reorganizar, reestructurar y descentralizar el sistema de servicios de salud de la seguridad social y del sector oficial existentes. Tales reformas deberían posibilitar una mejor integración y coordinación, entre ellos y con el sector privado, sobre la base de un esquema de mercado que garantizara la libre escogencia por parte de los usuarios y la competencia entre las unidades prestadoras de servicios. La población pobre accedería a estos servicios mediante un sistema de subsidios a la demanda cuyos beneficiarios serían seleccionados entre la población más pobre (Colombia, DNP, 1991: 198). Armando Montenegro, Director del DNP, registró en una frase el proyecto político de la apertura: “El Gobierno ha reconocido, como lo hizo la opinión pública, que en lo económico, como en lo político, la edad de la tutela paternalista había pasado a la historia, para ceder el paso a una nueva era, donde la iniciativa de cada uno encuentre su espacio y su atmósfera” (Colombia, PR/DNP, 1991: s.p.). De esta manera, el plan de gobierno incorporaba algunos de los conceptos claves del discurso neoliberal predominante en el ámbito internacional. Pero también, los grandes conglomerados o grupos económicos nacionales, antes favorecidos por las medidas de protección de la economía, impulsaron la apertura para buscar nuevos mercados. De hecho, a las grandes empresas les fue cada vez mejor y a las medianas y pequeñas cada vez peor (Misas, 2001: 217-8).

El proyecto de apertura requería una reforma del Estado. Algunos aspectos podrían adelantarse por la vía legal, como de hecho se hizo con las reformas cambiaria, de comercio exterior, de inversiones internacionales, financiera, tributaria, entre otras (Colombia, PR/DNP, 1991: 71 y ss). Una de las reformas más importantes para la reforma de la seguridad social fue la laboral, definida por la Ley 50 de 1990, mediante la cual se pretendía “eliminar las distorsiones del mercado laboral”. Según el gobierno, “al eliminar las anteriores restricciones laborales y hacer más flexible el mercado de trabajo, se reducirían los costos a los empresarios” (Colombia, PR/DNP, 1991: 341); y esta rebaja en el costo de la mano de obra permitiría ofrecer mejores condiciones a los propietarios para crear o modernizar la producción nacional. Los inversionistas podrían, de esta forma, afrontar la competencia con los productores extranjeros. Esto significaba cambiar

protección laboral por crecimiento económico, como en el modelo de “sangre, sudor y lágrimas” del que habla Sen.

Pero las reformas sectoriales no eran suficientes. La vieja Constitución Política de 1886, a pesar de sus más de 70 reformas en sus más de 100 años de existencia, no ofrecía las condiciones para recomponer el papel del Estado en la economía. El mismo César Gaviria, en su condición de Ministro de Gobierno de la administración de Virgilio Barco, había intentado sin éxito una reforma constitucional “modernizadora”, presentada a la legislatura de 1988 (Colombia, PR, 1988: 9-70). De manera que el gobierno Gaviria comenzó a preparar una reforma constitucional desde muy temprano. Pero también había un proceso de paz en curso, en el cual se planteó la necesidad de un nuevo pacto constitucional, que aparecía entonces como la vía más expedita para avanzar en el camino de las reformas que se planteaban como urgentes desde el gobierno y los grupos de poder económico, de un lado, y desde sectores sociales y políticos comprometidos en el proceso de paz que abogaban por la ampliación de la democracia social y política, del otro.

En el pacto de desmovilización del M-19, durante el gobierno de Virgilio Barco, se había incluido la necesidad de una gran reforma del sistema político que tendría que concretarse en una serie de recomendaciones de “mesas de trabajo”, ratificadas por un plebiscito. Las mesas se reunieron, con la participación de diferentes facciones de los partidos tradicionales, Liberal y Conservador. El partido de izquierda Unión Patriótica-UP decidió no asistir, pues la persecución paramilitar venía golpeando fuertemente a sus miembros, sin que los gobiernos tomaran decisiones al respecto, hasta el punto de llegar finalmente a ser borrado del mapa político colombiano mediante el asesinato de miles de sus miembros. Además, afirmaba la UP, en las mesas no se encontrarían los grupos insurgentes de mayor tradición y significación, como las FARC—EP, el ELN y el EPL (Colombia, PR, 1989a: 205-6). En todo caso, de estas mesas salió la idea de consultar a la población sobre la convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente-ANC. A esta iniciativa se vincularon las “juventudes liberales”, sector importante del Partido Liberal, en especial de la facción del Nuevo Liberalismo en el que se

inscribía la candidatura de César Gaviria. De estas confluencias surgió, finalmente, el mecanismo de consulta denominado “la séptima papeleta” utilizada en las elecciones presidenciales de marzo de 1990. Además, en el pacto de desmovilización del EPL a mediados de 1990, se incluyó la convocatoria de una asamblea con características similares. Todo apuntaba entonces hacia la conformación de un escenario de construcción del nuevo pacto político, base de la solución del conflicto armado. De hecho, el proceso de paz avanzó tratando de incorporar a los dos grupos guerrilleros más importantes del momento: las FARC-EP, y el ELN (Ramírez, 1991: 454 y 460-75; Gómez, 2000: 260-4).

La ANC se convocó para febrero de 1991 y tuvo una composición plural en la que, por primera vez, sectores obreros, indígenas, “negritudes”, campesinos, grupos religiosos diferentes al catolicismo tradicional y nuevos partidos políticos participaron. Pero ni las FARC ni el ELN entraron en el pacto, presionados por un doble juego de “garrote y zanahoria” de difícil resolución. Aún así, el escenario de la ANC fue el primero en el cual se produjo un debate profundo sobre los derechos ciudadanos en general, y sobre los derechos a la salud y a la seguridad social, en particular, y se hicieron explícitas las posiciones al respecto. La nueva Constitución resultante mostraba una mezcla de posiciones y proyectos ético-políticos. El preámbulo dejó de ubicarse en la moral cristiana para ubicarse, por fin, en una ética civilista y pluralista. Por primera vez, se incluyó en el pacto constitucional un listado de derechos y deberes fundamentales, ligados a la condición humana, y por ello de carácter “negativo”; también se incluyó un conjunto de derechos sociales, económicos y culturales, ligados a la capacidad económica del Estado y de la sociedad y por ello, de carácter “positivo” (Sarmiento, 1997: 167-72; García Villegas, 2001: 458-9). Esta característica acercaba el nuevo pacto a un marco de corte socialdemócrata con la mira puesta en un “Estado Social de Derecho”, aunque firmado por actores muy diferentes a los tradicionalmente integrados por empresarios trabajadores, como sucedió durante el auge socialdemócrata de la segunda mitad de siglo pasado en Europa y en algunos países americanos. Al mismo tiempo, la Constitución incluyó una serie de mecanismos de liberalización o disminución de la intervención estatal, como la

autonomía del Banco de la República y el énfasis monetarista de sus funciones, las nuevas reglas para las concesiones, ventas o enajenaciones de recursos, propiedades e instituciones públicas, entre otros.

El seguimiento del debate sobre el derecho a la salud en la Comisión V permite observar un cambio importante hacia el final del período de trabajo de la Asamblea Nacional Constituyente. Desde el principio, en los proyectos de articulado se incluía la palabra “derecho” referida a la salud. Un mes antes de terminar la Asamblea, se modificó por el término “servicio público”. Y así quedó el artículo 49 de la nueva Constitución: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. Se incluyeron tres principios que serían obligatorios para la organización futura del sistema de salud: “eficiencia, universalidad, solidaridad” (Colombia, República de, 1991: 31). El texto era similar a lo definido por la Ley 10 de 1990, cuando se intentó definir qué tipo de servicio público sería la salud y cuál sería el alcance de la responsabilidad estatal en este campo. El artículo, junto con otros ubicados en distintas secciones de la Constitución, estableció los criterios generales para adelantar una reforma sanitaria que reorganizara la estructura del SNS (Hernández, 1992: 142-5).

En el debate sobre seguridad social en la ANC y la negociación entre las fuerzas participantes -empresarios, líderes políticos de los partidos representados y centrales obreras con diferentes orientaciones-, produjeron dos soluciones que dejaban pendiente el asunto: de un lado, el artículo 48 de la Constitución declaró la seguridad social como “un derecho irrenunciable de todo ciudadano”; de otro, los lineamientos de un sistema de seguridad social que diera cuenta de ese derecho se delegó a una Comisión Constitucional Transitoria conformada por todas las fuerzas sociales y políticas interesadas. La Comisión se reunió en el siguiente semestre del año, pero sus resultados no fueron incorporados por el gobierno ni por el nuevo Congreso al debate legislativo como ordenaba la Carta Magna (Jaramillo, 1999: 40).

El proceso de definición de la nueva Constitución no estaba incluido entre las prioridades de la cooperación técnica de OPS en Colombia. No podía estarlo, pues se trataba de fijar un nuevo pacto que comprometía sólo a los nacionales. Sin embargo, es curioso no encontrar escenarios abiertos o apoyados por OPS sobre el derecho a la salud en un momento de definición nacional crucial, cuando poco antes se había terminado el estudio internacional coordinado por Susan Scholle Connor y Hernán Fuenzalida Puelma (1989) sobre el derecho a la salud en las Américas, en el que participó por Colombia el abogado Copete Lizarralde.

La sorpresa de las nuevas reglas: Ley 100 de 1993

El gobierno presentó un proyecto de reforma de la seguridad social que se concentraba en el componente de pensiones de jubilación, como parte de la flexibilización laboral iniciada con la Ley 50 de 1990. Este proyecto recibió el número 155 de 1992. En él se proponía una separación entre los componentes de salud y pensiones de jubilación en el ISS, que cubría a una parte de los trabajadores del sector privado, para entrar en un modelo de fondos privados en competencia y ahorro individual, similar al implantado en Chile desde 1981. Pero el Congreso de 1992 tenía un sector importante de nuevas fuerzas políticas, diferentes a los partidos tradicionales, que se opusieron a un proyecto tan restringido y los sindicatos lograron ampliar el debate para incluir los componentes de salud y riesgos profesionales. Incluso, las centrales obreras más fuertes presentaron un proyecto de ley, el número 248 de 1992, que avanzaba en un modelo de expansión de la seguridad social, tanto en cobertura como en beneficios, por medio de un gran Departamento Administrativo de la Seguridad Social. Esta instancia regularía y coordinaría a una serie de instituciones dispersas del Estado dedicadas a ofrecer los servicios que deberían ser incluidos en la seguridad social; esto es, salud, pensiones, educación, vivienda, recreación, entre otros (Colombia, MS, 1994: 112-42; Hernández, 2002: 995).

El MS, en ese momento en manos de la AD M-19, desarrolló su propia propuesta de reforma, después de una serie de eventos sobre análisis de experiencias en

sistemas de salud y de seguridad social en diferentes países, con el apoyo de OPS (Colombia, MS/OPS, 1991 y 1992). Recuérdese que la cooperación técnica se había visto favorecida con la decisión de esta nueva fuerza política de asumir los lineamientos de OPS/OMS para su gestión. La propuesta consistía en un “Seguro Nacional de Salud” que integraba fuentes de financiación e instituciones públicas y privadas, con administración descentralizada y cobertura progresiva, hasta la universalización (Agudelo, 1992: 119-33). Aunque no llegó formalmente como proyecto de ley independiente, esta propuesta entró, parcialmente por lo menos, a hacer parte de los insumos para modificar el proyecto de ley original del gobierno que había tenido tantas resistencias. De hecho, en el debate en el Congreso se presentaron posiciones y propuestas de casi todos los sectores sociales que poco a poco se vieron involucrados, como las asociaciones profesionales de la salud, los trabajadores del sector, la academia, los aseguradores privados, los hospitales y clínicas, entre otros (Colombia, MS, 1994: 32-142; Hernández, 1998: 35-40; 2002: 994-996). El gobierno se vio obligado a retirar el proyecto inicial para incluir una serie de sugerencias y mecanismos derivados de los debates y negociaciones múltiples. De allí salió el proyecto de los técnicos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, del DNP, del Ministerio de Salud y del ISS, elaborado en la casa de campo del Presidente, Hatogrande, a finales de 1992. Aún así, el proyecto modificado fue nuevamente retirado en marzo de 1993 y reemplazado por otro que se presentó a la legislatura iniciada el 20 de julio del mismo año (Colombia, MS, 1994: 30; Jaramillo, 1999: 42-43).

Un grupo de parlamentarios coordinado por el ex ministro de salud Jaime Arias Ramírez presentó también su proyecto de ley con dos características centrales: la definición de tres tipos de vinculación de las personas al sistema (servicios privados de mercado abierto, seguro social por aportes y protección pública a la salud); y la inclusión de agencias de aseguramiento en competencia, diferentes a las instituciones prestadoras (Colombia, MS, 1994: 50-63). Esta propuesta intentaba aplicar a Colombia el modelo debatido en Estados Unidos durante la década del 70, cuando se crearon las *Health Maintenance Organizations* (HMO), con base en formas de organización de los usuarios de servicios de salud para

obtener mayor calidad y menor precio por medio de una negociación colectiva de las tarifas de los servicios con los hospitales (Falkson, 1980; Arias, 2002). El sustento teórico de las HMO era la “teoría de la agencia” según la cual, los usuarios deben ser defendidos en los mercados por una agencia que pueda negociar de igual a igual con los oferentes de servicios de salud, dado que existe una relación muy desigual entre los prestadores y los usuarios de dichos servicios. Pero también se incorporaba, con ésta y otras propuesta técnicas, la teoría de la “competencia regulada” liderada por Enthoven, que también se promovió en los debates sobre la reforma del sistema de seguros de Estados Unidos (Restrepo, 1997).

La FES también hizo sus aportes a través del Instituto FES de Liderazgo-IFL, con un proyecto liderado por el doctor Francisco Yepes Luján. En el desarrollo del proyecto se integraron sectores académicos, ONGs y expertos en salud y seguridad social del país, con el fin de producir una propuesta de sistema de seguridad social que pusiera en marcha el mandato constitucional. En enero de 1993 se realizó en el Recinto Quirama de Rionegro (Antioquia) un foro en el que participaron todos los involucrados para fijar los criterios centrales de la propuesta. De allí surgió un proyecto de ley que presentaba un sistema de seguro obligatorio de cobertura familiar, financiado por la convergencia de recursos privados y públicos, con competencia entre agentes públicos y privados, un fondo de compensación y varios mecanismos de regulación. Entre éstos últimos, el más importante era el de “la contratación de la atención integral de grupos de beneficiarios por valores fijos anuales per cápita”, como mecanismo de control de costos, al que se denominaba “administración de la demanda” (IFL, 1994: 100). Este proyecto se articuló con fluidez con los desarrollos del grupo de técnicos del gobierno, de manera que la versión final del proyecto gubernamental presentado al Congreso incluía varios de sus aportes.

En agosto de 1993, la AD M-19 decidió retirarse del gobierno, después de una crisis interna generada por la fragmentación que el sistema electoral propiciaba. Si bien el sistema de cuociente electoral establecido por la nueva Constitución abría

el camino para el pluripartidismo, también premiaba la famosa “operación avispa” de los partidos tradicionales, consistente en la presentación de muchas listas para aumentar las posibilidades de obtener “curules” (asientos o escaños) en el Congreso (Gómez, 2000: 283-5). La AD M-19 jugó su propia operación avispa contra unas clientelas y maquinarias tradicionales que le fueron cerrando el paso. El último ministro de salud de esta corriente, Gustavo De Roux, renunció para dejar el cargo a uno de los más convencidos de las nuevas teorías económicas aplicadas a salud: el economista doctorado en Harvard, Juan Luis Londoño. Esta coyuntura nacional facilitó una nueva cohesión gubernamental que integró de otra forma los aportes de diferentes sectores, conservando el predominio neoclásico.

No puede decirse, entonces, que la Ley 100 de 1993 fue una imposición del gobierno de César Gaviria, ni mucho menos, del BM. Pero, al examinar con detalle la estructura del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, componente de salud del Sistema Integral de Seguridad Social-SISS, se encuentran los ejes de una lógica de integración por la vía del mercado. Esto es, la concurrencia de agentes privados y públicos en un mercado regulado de aseguramiento (Régimen Contributivo), subsidio a la demanda para incorporar a los pobres a dicho mercado (Régimen Subsidiado) y recursos públicos destinados para la “nueva salud pública”. Los predominios y las hegemonías se producen también por vías indirectas, cuando una manera de entender los problemas se convierte en paradigmática y casi natural. Esto, precisamente, venía ocurriendo con las teorías de la corriente neoclásica en economía (Cataño, 2001: 284).

En medio de la negociación con las centrales sindicales debieron conservarse las viejas instituciones de seguridad social y la red de hospitales públicos, pero con la condición de comportarse como agentes autónomos de mercado en competencia. Incluso se dejaron varios regímenes especiales sobre la base de la lógica de los derechos adquiridos. Tampoco se sometió el aseguramiento a un mercado abierto, como en la primera fase del sistema chileno de las ISAPRES, puesto que se incluyeron mecanismos de regulación del mercado que ya se venían aplicando en otras experiencias de seguridad social, como el Fondo de Solidaridad y Garantía,

el pago a los aseguradores por Unidades de Pago por Capitalización (UPC), y el Plan Obligatorio de Salud (POS) (Hernández, 2002: 995-998).

Así, la complejidad del modelo desbordó lo imaginado por cualquiera de los actores participantes. A medida que avanzaba el proceso de su implantación, las expresiones de sorpresa aumentaban. La OPS no siguió de cerca este proceso, excepto por el apoyo brindado al MS para organizar algunos eventos de debate. Los recursos de la cooperación estaban concentrados en las estrategias relacionadas con la lógica del fortalecimiento de la municipalización de la salud y de la Promoción de la Salud, mencionadas en el capítulo anterior. De manera que la OPS fue otro de los sorprendidos con una reforma compleja que, además, había solucionado teóricamente varias de las objeciones que se presentaron a las propuestas neoliberales, cuyo mejor ejemplo era el modelo chileno. Los funcionarios de la Representación de OPS en Colombia se vieron obligados entonces a estudiar el nuevo sistema y a repensar totalmente las tradicionales forma de relación y de cooperación técnica en salud (de Taborda y Granados, 2002; Restrepo, 2002; Yepes, 2002).

La cooperación técnica en el nuevo marco institucional

El SGSSS se sustentó en la teoría neoclásica de los bienes para diferenciar el gasto privado del gasto público. Los servicios individuales de atención médica definidos en el POS serían financiados por los aportes de los cotizantes o por el subsidio a la demanda de los pobres (POS subsidiado), mientras que los servicios colectivos, con altas externalidades, quedaron, cada vez más, ubicados en el Plan de Atención Básica-PAB. Si bien la expresión “atención básica” incluía al comenzar la operación del sistema un Plan de Atención Materno Infantil (PAMI) y la atención obligatoria de los ancianos, heredados de la APS y de la responsabilidad derivada del carácter de “servicio público” de la atención básica establecido en la Ley 10 de 1990, poco a poco se fue cristalizando la idea de dejar en el PAB sólo los servicios colectivos con altas externalidades. Esta era la expresión más clara de la nueva concepción de “salud pública”, derivada de la

aplicación de la teoría neoclásica de los bienes. Por esta razón, el ministro Londoño, el senador Jaime Arias y otros más, insistían en que la Ley 100 nada tenía que ver con salud pública y que se trataba de una reforma de la seguridad social para mejorar su eficiencia, universalidad y solidaridad, según el mandato constitucional (Arias, 2002).

En medio de estas nuevas reglas y un sistema complejo en proceso de reglamentación, los programas bandera de la cooperación técnica de OPS en los años previos a la reforma, como el desarrollo de los SILOS y la estrategia de Promoción de la Salud adaptada a los países latinoamericanos, se vieron debilitados entre 1993 y 1996. Como han señalado algunos expertos, en este lapso la cooperación entre la OPS y el gobierno colombiano cayó en una especie de limbo tanto en el MS como en la OPS, al perder la proyección programática y estratégica que se traía de los años anteriores (de Taborda y Granados, 2002). Al parecer, y según la opinión de los expertos más cercanos, hubo una actitud expresa por parte del gobierno de excluir a la OPS de la discusión de la reforma y de la fase inicial de su puesta en práctica, a pesar de la historia de buenas relaciones y estrecha cooperación técnica vivida hasta ese momento entre la OPS y el Estado colombiano. El alejamiento entre la OPS y el gobierno nacional, entre otros factores, permite entender por qué la OPS no tuvo una participación más directa en el proceso de reglamentación de la Ley 100 ni en la implantación inicial del nuevo sistema (Carrasquilla, 2002; de Taborda y Granados, 2002; Restrepo, 2002; Yepes, 2002).

Pero también debe entenderse que, si en el ámbito internacional se notaban las diferencias estratégicas entre organismos, en el país no tendría por qué ser de otra manera. Las necesidades del nuevo sistema se concentraban en definir los detalles relativos al aseguramiento y la administración del subsidio, antes que en fortalecer instituciones y modelos de organización que tenían el tufillo del viejo sistema. La reorganización del MS y de los niveles descentralizados, producto del proceso de reforma, implicó también cambios de personal y ajustes organizativos que obstaculizaron cualquier intento de trabajo concertado entre la OPS y el

Ministerio. En poco tiempo, los SILOS entraron en total incertidumbre en los lugares en los que había importantes desarrollos, porque el sistema había cambiado el papel del Estado de manera radical. Así que la reforma de 1993 puso en problemas el proceso descentralizador impulsado por la OPS, pero además, encontró a la Organización sin propuestas políticas alternativas, sin infraestructura de cooperación adecuada a las nuevas necesidades y con muchas dificultades en el plano de las relaciones con el gobierno (Restrepo, 2002; Vesga, 2002).

En medio de la nueva concepción de “salud pública” y de la preponderancia del mercado de aseguramiento, los programas de la cooperación técnica comenzaron un acomodo difícil y no libre de tensiones institucionales y personales entre las instancias y funcionarios del MS y de la OPS. Pero no todos los proyectos y líneas de cooperación se vieron afectados de la misma manera. Unos desaparecieron, otros se fortalecieron y otros se adaptaron exitosamente.

Un ejemplo de los programas fortalecidos en este período fue el de control de VIH/SIDA. Con base en los acumulados previos a la reforma, en 1994 se formuló el Plan Intersectorial a Mediano Plazo-PMP para el control de la epidemia de VIH-SIDA, el cual involucraba 14 instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Este Plan fue impulsado por el MS, siguiendo la recomendación internacional de la OPS de poner a funcionar los programas de control del VIH-SIDA bajo la égida directa de los despachos de los ministros. En Colombia esto sucedió a finales de 1993, justo cuando se sancionaba la Ley 100. Tanto la OPS como la coordinación nacional del programa señalaron en su momento la importancia del nuevo lugar del programa dentro del Ministerio, con lo que se alcanzaba un apoyo político y financiero indudable y una mayor capacidad de gestión y movilización de recursos (Colombia, MS/OPS, 1994: 3-4).

Pero este Plan no hablaba de aseguramiento. Las estrategias sobre las que se basaba eran la coordinación intersectorial, la participación comunitaria y la descentralización, todas ellas enmarcadas en el proceder tradicional de OPS (Colombia, MS/ONUSIDA, 1999: 100). Los objetivos fundamentales eran fomentar

en el individuo, la familia y la sociedad conocimientos y prácticas preventivas, además de promover valores, actitudes y comportamientos sobre una sexualidad responsable en el marco de la “cultura de la salud”, junto con fuertes componentes de intersectorialidad (Colombia, MS/OPS, 1994: 2-3).

La segunda edición del Plan se publicó en 1995. En ella se evaluaron las acciones adelantadas en 1994. Gran parte de las actividades programadas fueron ejecutadas o iniciadas, aunque no se consiguió un cumplimiento satisfactorio de las metas propuestas. Sin embargo, se señalaba como logro que se hubiese conseguido la instalación de un nivel nacional para la ejecución del Plan y obtenido un compromiso importante por parte de los coordinadores seccionales del programa y de los equipos de salud que se habían conformado alrededor de la problemática del VIH/SIDA, aunque se habían presentado dificultades en la coordinación de acciones conjuntas con otros sectores comprometidos inicialmente en el diseño del plan. Un buen ejemplo de coordinación se dio con el Ministerio de Educación, con el cual se desarrolló el Proyecto Nacional de Educación Sexual durante el primer año del plan (Colombia, MS, 1995). En el balance se mencionaban varios aportes de OPS como la participación en el diseño de los planes, la cofinanciación de muchas de las actividades del programa, la movilización de varios sectores de la sociedad, la sensibilización del país frente a la magnitud del problema y la articulación entre diversos organismos, como las ONG y el mismo MS (Ramírez, 2002). Así, las proyecciones de este frente de cooperación aumentaban, en contraste con la experiencia de los SILOS. Esto mostraba que la cooperación parecía fluir bien si se dedicaba a asuntos propios de la nueva concepción de salud pública y qué mejor ejemplo que el VIH/SIDA.

Uno de los frentes de la cooperación que comenzó a tener serios cambios fue el de recursos humanos. Con un sistema totalmente nuevo, la inconsistencia entre la formación profesional y los perfiles ocupacionales se hizo más evidente. El problema se veía agravado por la laxitud de la legislación colombiana en educación superior. La reforma definida en esta materia por la Ley 30 de 1992, había permitido la proliferación de numerosos programas educativos en el área de

la salud, algunos con diseños curriculares poco claros y sin mayor relación con las exigencias de los nuevos mercados laborales (Málaga, 1997: 84). Pero al comenzar la reglamentación de la reforma, el MS no parecía interesado en el tema. Si bien algunas direcciones regionales de salud solicitaron directamente la cooperación técnica de OPS en esta área, la falta de coordinación nacional dio la impresión de un conjunto de acciones dispersas que mostraban poco impacto (Málaga, 1997).

En el transcurso de 1994, el MS decidió retomar la cooperación y definió tres ejes de trabajo para el segundo semestre del año: el primero correspondió al desarrollo institucional del sistema de salud con un punto importante sobre desarrollo de recursos humanos; el segundo eje estaba constituido por la salud pública y el tercero por el desarrollo de los servicios locales de salud (OPS/OMS, 1.995b: 130). En el marco de estos ejes se creó -en conjunto con ASCOFAME, la Universidad del Valle y el MS, con el apoyo de OPS y otras entidades-, un comité técnico nacional para fortalecer los programas de formación en Medicina Familiar. Si la cobertura del aseguramiento sería familiar en el nuevo sistema, se hacía necesario formar algunos profesionales en este campo. Al mismo tiempo, y por solicitud del MS, se inició la discusión y elaboración de una política nacional en rehabilitación, proceso que se inició con una primera reunión de expertos. La OPS apoyó además el diseño de un seminario taller internacional de Administración Estratégica, con un grupo "selecto" de universidades, con el fin de generar una metodología que le permitiera al país mejorar la gestión de los niveles locales de salud y recuperar el frente de la descentralización (OPS, 1995: 130).

Los lineamientos de la OPS definidos para el cuatrienio 1995-1998 sobre la cooperación técnica en recursos humanos proponían que el adiestramiento, uso, distribución y dirección de personal sanitario eran de capital importancia en la reorganización del sistema de salud. La línea de acción que se planteó en esta dirección consistía en "promover el desarrollo de recursos humanos en todos los campos de importancia decisiva para el funcionamiento eficiente de los servicios

de salud” (OPS/OMS, 1995: 31). Se perfilaba así, un ajuste a las necesidades de los nuevos sistemas.

Frente a lo que se consideraba un exceso de programas de formación superior de profesionales de la salud, la Representación en Colombia recalcó la necesidad de acudir a mecanismos como la autoevaluación, la acreditación, la certificación y la innovación curricular, con el fin de compensar el problema del deterioro general de la calidad de la enseñanza. Se trataba también de mantener los adelantos logrados hasta el momento. Por esto se diseñó una metodología de educación continua, elaborada sobre el aporte de funcionarios nacionales que incorporaron experiencias y avances metodológicos internacionales. De igual modo, se realizaron actividades para fortalecer la capacidad nacional para el adiestramiento en el servicio y la educación continua del personal de salud, como apoyo a los procesos de reforma (OPS/OMS, 1996a: 30).

No sólo se trataba de actualizar a los egresados. La Representación apoyó el establecimiento del programa de Doctorado de Salud Pública con énfasis en Epidemiología. Con este fin, se revisaron los contenidos curriculares de los programas de maestría y se identificaron temas de investigación prioritarios. Así mismo, se fortaleció la capacidad nacional de analizar la situación del país, profundizando en el conocimiento de sus factores condicionantes y, específicamente, se planteó avanzar en la investigación de la magnitud de los problemas sanitarios más frecuentes (OPS/OMS, 1996a: 93). De esta manera, comenzaba la identificación de nichos de adaptación que poco después se concretaron en nuevos proyectos de cooperación.

En el terreno de la “salud ambiental”, que se venía impulsando desde finales de los años ochenta, la fragmentación institucional de la reforma del Estado y del sistema de salud hizo estragos. De una parte, los municipios experimentaban dificultades para asumir la inversión en saneamiento básico de su población, y de la otra, el MS comenzaba a distanciarse cada vez más de este tema. Para 1993 las funciones del MS en lo ambiental eran imprecisas. Esto se expresaba en el

desarrollo de programas focales de atención, en nada relacionados con la construcción de acueductos o su financiación, pues éstas funciones habían pasado al Ministerio de Desarrollo y al nuevo Ministerio del Medio Ambiente; el MS sólo “colaboraba” con el saneamiento, dictando cursos y “charlas”, y realizando algunos controles de campo en los aspectos relacionados con agua potable, alcantarillados, contaminación del aire, del agua y de los suelos, entre otros (Colombia, MS, 1998a). En estas condiciones, la política de ambiente saludable quedaba en suspenso o, por lo menos, sin un responsable claro.

También aportó su cuota de incertidumbre la crisis política nacional relacionada con la presencia de dineros del narcotráfico en las campañas electorales, a los cuales se les atribuía el haber sido determinantes en la elección de Ernesto Samper Pizano, líder tradicional del Partido Liberal, a la Presidencia de la República, en 1994. La situación fue denunciada por su contrincante conservador –derrotado en esa oportunidad- Andrés Pastrana. Durante varios años avanzó un juicio político que terminó absolviendo al presidente Samper, al tiempo que se desarrollaba un proceso judicial que comprometía cada vez más a viejos representantes de la clase política tradicional. Este fue el famoso “Proceso 8.000”. Crisis de los partidos políticos, presencia económica y militar del narcotráfico en los ejes de la vida nacional, aumento de la confrontación armada y presión internacional de la guerra contra el narcotráfico, configuraron una de las peores crisis políticas que un gobierno conociera en la historia reciente (Leal Buitrago, 1996: 9-19). En estas condiciones, la reglamentación y el desarrollo de SGSSS se convirtió en un proceso confuso, casi incomprensible, contribuyendo a las dificultades de la cooperación atribuidas a las nuevas reglas. Crisis, tensión o incertidumbre, como quiera llamarse, el cambio de reglas afectó todos los ámbitos de la relación OPS-Estado colombiano y se hacía necesario construir una estrategia de recomposición.

La recomposición de una relación

La crisis de las relaciones de cooperación entre la OPS y los países de la Región comenzaba a preocupar a muchos, aunque las dinámicas nacionales eran claramente distintas. Se requería una estrategia de solución que comprometiera especialmente a los Estados Miembros y repercutiera sobre la organización continental, como en efecto ocurrió en 1994. Los lineamientos estratégicos y programáticos definidos por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana de ese año, incluían la responsabilidad que debería asumir la OPS en la “reducción de las inequidades sociales” mediante su contribución a la reorganización de los sistemas y servicios de salud dentro del marco estratégico de las políticas de modernización del Estado, apertura económica, globalización y ajuste fiscal. Esto significaba, por lo menos, disminuir “las diferencias en acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias de la población”. Para superarlas, la OPS, por su lado, insistía en “asegurar el acceso de toda la población a un conjunto determinado de servicios básicos de salud de calidad aceptable, recalcando los elementos esenciales de la atención primaria” (OPS/OMS, 1995: 15 y 17).

Parecía, entonces, que la OPS no estaba dispuesta a cambiar sus banderas. Pero las reformas avanzaban y el liderazgo del BM era evidente. La Cumbre de las Américas de 1994 concluyó que era necesario acompañar los procesos de reforma y demandó a la OPS esta tarea (OPS/OMS, 1995). La Organización no podía estar por fuera, después de casi un siglo de liderazgo regional y mundial en salud (OPS/OMS, 1995a). En 1995 se abrió un nuevo escenario de negociación entre organismos internacionales para construir un pacto estratégico de impulso y desarrollo de las reformas de los sistemas de salud en toda la Región. Éste consistió en una convocatoria de casi todos los organismos de la ONU relacionados con las políticas de salud y el desarrollo socioeconómico, junto con la OEA. De esta reunión surgió el documento *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud*, en el cual los organismos parecían aceptar los lineamientos básicos del BM en el

diseño de las reformas (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, 1995). Siguiendo esos lineamientos, a la OPS le fue encomendada la tarea de promocionar, monitorear y evaluar la reforma de los sistemas de salud en las Américas. Pero los recursos para la implantación de las reformas seguirían siendo proporcionados por los bancos, esto es, el BID y el BM.

A partir de ese momento, las propuestas de ampliación de la cobertura no se apoyarían tanto en la intervención directa del Estado sino en la incorporación de los agentes del mercado para el conjunto de servicios de asistencia médica curativa de niveles de complejidad superiores a los servicios básicos. Pero también se hizo énfasis en que el Estado debía fortalecer sus funciones de “modulación” o “rectoría” de los sistemas, con lo que se abría una amplia puerta para el acumulado de saberes y experiencias de agencias como OPS/OMS. Además, mientras se mejoraba la situación de la economía de los países latinoamericanos y la eficiencia del sector salud, las intervenciones de los gobiernos debían orientarse fundamentalmente hacia la universalización del acceso y utilización de los servicios básicos de salud, y hacia la focalización del gasto en salud. Esto último significaba orientar los recursos de los Estados y de los organismos comprometidos hacia la atención de los grupos más desprotegidos o con mayor riesgo por su condición socioeconómica (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS / OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, 1995). De esta forma, comenzaba otra fase de la interacción y el liderazgo internacional en salud que también se expresó en el ámbito nacional.

En Colombia, el BID otorgó en 1996 un crédito al MS con la finalidad de apoyar la implantación y la sostenibilidad del nuevo sistema de salud. Este crédito, ejecutado por el Programa de Apoyo a la Reforma, un grupo *ad hoc* ubicado dentro del Ministerio, articuló una serie de proyectos que permitirían cumplir con los principios enunciados en la Ley 100, tales como universalidad, solidaridad, eficiencia y calidad. Estos principios tendrían que ser vistos desde la óptica de las instituciones, de las políticas y del recurso humano. Paralelamente se publicó el informe de una misión contratada por el MS con expertos de la Universidad de

Harvard, donde se propuso la realización de estudios que permitieran mejorar la implantación de la reforma. Tales estudios estarían dirigidos a aclarar lo correspondiente al sistema de información, los recursos humanos, el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y la inspección, vigilancia y control del Sistema. En estas condiciones, sería más fácil reincorporar los aportes de OPS/OMS.

La fase de recomposición de la cooperación por parte de la Representación en Colombia tuvo un giro con la presencia del doctor Hernán Málaga en 1996. Los lineamientos de la Organización y el contexto de apoyo internacional a la reforma permitían identificar algunos nichos de restitución de la cooperación en el nuevo sistema. Uno de ellos fue, precisamente, el de los servicios de salud en el ámbito local y regional, desde la perspectiva del fortalecimiento de la descentralización en el marco de la reforma. Los proyectos de este tipo se titularon “Cooperación municipal para el desarrollo de la salud”, “Cooperación municipal para el logro de la equidad en salud”, “Fortalecimiento de la capacidad departamental en la reforma del sector”, “Apoyo al pacto social y la reforma a la seguridad social a nivel nacional” y “Municipios Saludables por la Paz”. (OPS/OMS/Colombia, 1997; OPS/OMS/Colombia, 1998).

En este marco surgió el apoyo al programa de “Municipios Saludables por la Paz”, por medio de varias iniciativas. El 1º de octubre de 1996, el presidente Samper hizo el lanzamiento oficial de la estrategia de los Municipios Saludables por la Paz. En el mismo año, se expidió la Resolución 3467 del MS que creaba y reglamentaba el Premio de Municipio Saludable por la Paz, poco después modificada por la Resolución 4296 de noviembre 19 de 1997. El Ministerio y la OPS definieron como Municipio Saludable por la Paz aquel cuya labor estaba dirigida a “buscar la movilización social impulsada desde diversos sectores para lograr la equidad, calidad de vida y desarrollo social en lo local, permitiendo la creación de ambientes propicios para la paz. Se basa en la implementación de acciones colectivas para mantener y mejorar las condiciones de salud y desarrollo

que promuevan el bienestar colectivo y privilegien a la población más vulnerable” (Colombia, MS, 1998).

El proyecto se desarrolló en municipios de distintos departamentos del país como Versalles (Valle del Cauca), Barrancabermeja (Santander), Guapi (Cauca), Barbacoas (Nariño), Manizales (Caldas), La Vega (Cundinamarca), Valledupar (Cesar), Agustín Codazzi (Cesar), Cumaral (Meta), y diversas localidades de Bogotá (Ocampo López, 2000). Con el programa, la OPS en Colombia volvía a recuperar sus fueros en un terreno que había impulsado años atrás, la estrategia de Promoción de la Salud, que se había visto interrumpida por los avatares de la implantación de la reforma del sistema. En un contexto de violencia política, signo característico de la realidad social colombiana, alimentada por el narcotráfico y el tráfico de armas, se valoraba en el gobierno el esfuerzo de intentar la combinación de las estrategias de Promoción de la Salud y de descentralización. El panorama no era tan dramático para el proceso de descentralización, pues la Ley 60 de 1993 había definido las competencias de los niveles departamental y municipal en salud y educación, y había diseñado un sistema de distribución y asignación de recursos de la Nación hacia las regiones y municipios (sistema de transferencias). Pero los hospitales públicos se estaban convirtiendo en Empresas Sociales del Estado (ESE) y estaban entrando al sistema de competencia, facturación y contratación con las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), administradoras del subsidio a la demanda. En 1997, 87% de ellos se habían transformado en ESE (Jaramillo, 1999: 96). En estas condiciones, la recuperación del papel del municipio en el manejo de la salud resultaba interesante y necesaria.

En cuanto a la cooperación en el ámbito de los recursos humanos, las apreciaciones de la OPS sobre las relaciones entre este aspecto y la reforma sectorial comenzaron a aparecer con mayor claridad a partir de 1996, en una serie de documentos técnicos y artículos que se difundieron en los países. En ese momento comenzaban a verse los cambios en las estructuras del trabajo y del mercado laboral en los países latinoamericanos, que habían sido mencionadas por muchos autores como parte de los procesos de transformación posindustrial en los

países del primer mundo y en el marco de la propuesta neoliberal. En ese contexto, la OPS comenzó a identificar el agotamiento y las restricciones de la concepción que años atrás postulaba que los países y las instituciones eran más desarrollados mientras más y mejores profesionales tuvieran. Esta posición, inserta en el paradigma desarrollista de los años sesenta y setenta, consideraba además que mejorando la formación de los profesionales se podían resolver los problemas que afrontaban los servicios de salud y por ello se ubicaba como triple eje problemático la educación de personal de salud, la formación de profesionales en servicio y la planificación de personal (OPS/OMS, 1996a).

De esta forma, la Organización reconocía el efecto transformador de la crisis y las reformas en la economía, el Estado y la sociedad sobre los paradigmas y las condiciones en los campos de la salud y la educación en los países latinoamericanos. Pero tal vez lo más importante era que la OPS arriesgaba en ese momento una interpretación sobre la naturaleza de ese proceso de cambio. En este sentido, el problema sería ahora el análisis del mercado laboral. De allí el interés en medir el impacto de las nuevas reglas de juego en la dinámica laboral del personal sanitario, las condiciones en que éste realizaba su trabajo y las implicaciones de la inclusión de elementos de flexibilización laboral en el sector. Así, en el documento preparado por el grupo de trabajo sobre Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en la Reforma Sectorial, reunido en San José de Costa Rica del 1 al 4 de Agosto de 1995, se hizo explícita la necesidad de dirigir la cooperación técnica en recursos humanos no sólo a los problemas de formación, capacitación y planificación, sino también a los problemas de utilización del personal en los servicios de salud (OPS/OMS, 1996b: 1). En esta ocasión, la problemática derivada de los cambios en los escenarios económicos y sociales estuvo referida a la definición del sentido y la gobernabilidad de los procesos sociales e institucionales del campo de recursos humanos (educación, profesionalización, desarrollo científico y tecnológico, cambios en las relaciones laborales, redefinición en los modelos de prestación, etc.). Importaba, de manera particular, el tema de la situación de los trabajadores en este nuevo escenario y

los efectos de la implantación de medidas de flexibilización en el campo de la salud (OPS/OMS, 1996b).

Los problemas detectados no eran pocos. Entre ellos se resaltaban los desequilibrios estructurales en la fuerza de trabajo y su mala distribución; los bajos salarios y la pobre competitividad en el sector público; la heterogeneidad y la inadecuación de los regímenes laborales con tendencia creciente a la informalidad; el bajo nivel de desempeño del personal y la insuficiencia de criterios para su evaluación; la conflictividad laboral; la fragmentación, heterogeneidad y complejidad creciente en los procesos de trabajo; y la autonomía y falta de control de los procesos de incorporación y utilización de tecnología. Adicionalmente, se evidenciaba un aumento de costos del trabajo sin una gestión capaz de controlarlos, además de desmotivación creciente o persistente del personal y, finalmente, centralización de la administración de los recursos humanos. (OPS/OMS, 1996b: 9).

La propuesta de solución consistió en una “gestión descentralizada de los recursos humanos de salud”, que recogiera como elementos fundamentales la organización del trabajo flexible, la administración de personal descentralizada, la negociación de conflictos y relaciones laborales, y una adecuada capacitación del personal en servicio. La propuesta se difundió en los países, y en particular en Colombia, entre 1996 y 1998. En junio de 1996 la Representación prestó asesoría para la “planificación de recursos humanos a nivel nacional” (Colombia, MS/OPS, 1996). Con este fin, se realizó un estudio que intentaba hacer un ejercicio prospectivo de los recursos humanos. Los resultados de este análisis y de la proyección a futuro permitieron obtener conclusiones y recomendaciones que dibujaban a todas luces la tendencia predominante en materia de política laboral, educativa y de salud de los años noventa.

Con base en lo anterior, se propuso un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud que fue acogido durante la gestión de la ministra de salud María Teresa

Forero de Saade (Colombia, MS, 1996: 7). El Plan presentó cinco líneas posibles de acción: diseño de un sistema de información como insumo para la toma de decisiones, creación de un sistema de educación continua y supervisión formadora, desarrollo de un nuevo liderazgo del sector salud en las políticas de gobierno, reorientación curricular de los programas educativos del área de la salud y establecimiento de un centro de documentación y comunicación. La idea central era la adecuación de la formación a las necesidades del mercado de trabajo y de las nuevas instituciones del sistema, como Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), y en función de los servicios que definían los planes de beneficios como el POS y el de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP). (OPS/OMS, 1996a:15).

En el corto plazo, se propuso una política de mayor restricción y control sobre el sector educativo, de promoción de la formación de personal auxiliar y técnico, y de creación de escenarios laborales acordes con la demanda de servicios y el personal disponible. Por otra parte, se propuso diseñar mecanismos de certificación de profesionales, técnicos y auxiliares, concertar con el MS acciones para aumentar el porcentaje de ocupación de camas en los hospitales los diferentes niveles, y educación a la comunidad para la racionalización en la utilización de los servicios. Como acciones de largo plazo se propusieron la concertación con el Ministerio de Educación y las universidades para, por una parte, disminuir el número de cupos por año para medicina en un 15.9%, bacteriología en un 12.7%, odontología en un 24.5% y fisioterapia en un 17.5%, y por otra, concertar el aumento de requisitos para disminuir el número de aspirantes a estas profesiones (OPS/OMS, 1996a: 16-7). Una conclusión importante tuvo que ver con la identificación de la crisis de la enfermería debido a la movilidad transocupacional impuesta por el mercado de trabajo y a la deserción estudiantil, lo que había generado serias dificultades sobre el funcionamiento del SGSSS. En esta dirección se propuso el aumento de ingresos anuales, la reducción de la tasa de deserción estudiantil, el aumento de ingreso de varones y la generación de incentivos para el desempeño laboral.

Sin embargo las recomendaciones no pasaron de tales y de hecho, el número de facultades y de egresados siguió creciendo en función de la alta demanda, en especial de medicina, mientras disminuía en enferme. El Plan propuesto no llegó a desarrollarse sino en algunas de sus propuestas puntuales como veremos mas adelante, en gran medida porque en el proceso de reestructuración del Ministerio desapareció la subdirección de Recursos Humanos y se diluyó el interés en este tema por atender otros de mayor urgencia hasta que dos años mas tarde se contrataron cuatro proyectos que en conjunto elaborarían una propuestas de Desarrollo de Recursos Humanos y cuyos productos fueron entregados a mediados del 2002 y aguardan la toma de decisiones por parte de la autoridad sanitaria..

Otros proyectos del mismo programa de apoyo a la reforma si se orientaron a apoyar la ejecución del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Entre ellos, el de “Fortalecimiento de la capacidad departamental en la reforma del sector salud-96/97 COL/08”, que tenía como objetivo, justamente, la “reorientación de programas y formación de recurso en salud” (Málaga, 1997). La OPS promovió y apoyó la creación del Centro de Educación Permanente en Salud-CEPES, adscrito a la Universidad Tecnológica de Pereira, y se brindó asesoría técnica a las propuestas de reforma curricular en salud pública, farmacología clínica, gerontología y medicina familiar. Se realizaron experiencias específicas en comunicación en salud, el diseño de estrategias locales en Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y en administración para funcionarios de la red pública (OPS/OMS/Colombia, 1998:15). En una primera fase, con la asesoría técnica de OPS y del CEPES y el apoyo económico del MS, se desarrolló un proyecto en 14 Departamentos para difundir la estrategia de Educación Permanente en Salud como instrumento fundamental de planeación institucional y para el desarrollo de los recursos humanos. En una segunda etapa, ya fortalecido el CEPES, con el apoyo de la OPS se estructuraron módulos para la educación de personal en los servicios en temas de gestión de programas y en

temas clínicos de interés prioritario cuyas pruebas se realizaron en instituciones y municipios del Departamento de Risaralda. Esta estrategia y los módulos sirvieron posteriormente para la elaboración del Plan Local y el Plan Institucional de Salud de todos los municipios de los departamentos de Risaralda y Quindío, así como para el desarrollo de un gran plan de capacitación de todos los funcionarios del Instituto Municipal de Salud de Pereira, tanto en cuanto a gestión de servicios como de aspectos específicamente de atención clínica.

En el marco de la cooperación regular, se realizaron actividades de capacitación de los recursos humanos en las áreas de prevención, vigilancia y control de enfermedades inmunoprevenibles, Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria aguda (EDA/IRA), AIEPI, enfermedades transmitidas por vectores (ETV), zoonosis, fiebre aftosa, traumatismos y violencia, ceguera, lepra, tuberculosis y otras más (OPS/OMS/Colombia, 1998: 16). De esta forma se recuperaba la idea de una salud pública que pensaba en la integralidad de la atención de las enfermedades, en términos de prevención, recuperación y rehabilitación..

Además de los municipios saludables y los recursos humanos, otros frentes adquirieron importancia en este período. En lo referente al control y el uso racional de los medicamentos, se consolidó el Sistema Nacional de Suministros Hospitalarios que abarcaba 500 de los 600 hospitales públicos del país por medio de 11 cooperativas. Se creó la Red Nacional de Cooperativas Hospitalarias (REDSALUD) para dar apoyo técnico y obtener precios favorables en la compra de los medicamentos por parte de los hospitales (OPS/OMS/Colombia, 1997: 144). Sobre los medicamentos, la OPS colaboró con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA, creado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y en funcionamiento desde 1995. Con esta entidad, las estrechas relaciones se han concentrado en definir políticas de medicamentos y alimentos para humanos y animales, y en promover y vigilar las buenas prácticas de manufactura de ambos, entre otros aspectos.

En el proyecto de “Fortalecimiento de la capacidad departamental en la reforma del sector salud” se buscaron asesores internacionales para apoyar el proceso y se realizaron cursos de verano en el marco del doctorado de epidemiología, el Plan de Mejoramiento de las Estadísticas Vitales, cursos y talleres sobre Bioética, entre otros (OPS/OMS/Colombia, 1998: 21). También se realizaron proyectos en el terreno de la salud ocupacional, uno de los aspectos menos frecuentes entre los proyectos de cooperación. Al respecto, se realizó un proyecto con los trabajadores de la industria del petróleo, con la participación de la Unión Sindical Obrera (USO) y el aporte de recursos de la empresa petrolera estatal ECOPETROL (OPS/OMS/Colombia, 1996).

En el marco de la estrategia de Promoción de la Salud, la Representación impulsó otros proyectos articulados al de municipios saludables. Junto con el MS, el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la OPS y UNICEF iniciaron el Programa Escuela Saludable de promoción de la salud en el ámbito escolar. La Escuela Saludable se orientó, entre otros aspectos, a luchar contra los retos de consumo de psicofármacos, alcohol y tabaco en niños, niñas y jóvenes. Hacia 1999 se hablaba de 161 proyectos en curso para el mejoramiento y promoción de la salud escolar (MS/ME/ICBF/OPS/UNICEF, 1999: 16).

Otra de las áreas de cooperación que se vio afectada de manera paradójica fue la de las enfermedades no transmisibles (ENT). Paradójica porque a pesar de la experiencia que en este campo se había logrado en el país, las políticas para su control y seguimiento fueron decayendo. Las ENT habían sido identificadas como problemas de salud pública cuando se comenzó a hablar de la “transición epidemiológica y demográfica” de las sociedades hacia la mitad del siglo pasado, pero en los países latinoamericanos el tema sólo entró en furor en los años ochenta. En Colombia, este campo comenzó a ocupar un lugar importante entre 1976 y 1980, cuando se desarrolló la Dirección de Epidemiología (Restrepo, 2002). Varios programas de control de crónicas, como cáncer, hipertensión arterial (HTA) y otras cardiovasculares se intentaron llevar a cabo en la década del 80. En los años 90, la OPS redefinió las prioridades de su programa en ENT para incluir

todas las enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, y posteriormente, lesiones y discapacidades por traumatismos (OPS, 1997: 420).

En 1995, desde Washington se impulsó el programa de ENT como parte de la División de Prevención y Control de las Enfermedades, sustituyendo al antiguo programa de Salud del Adulto. Su misión era potenciar la capacidad de la OPS para respaldar a los Estados miembros en la prevención y control de ciertas enfermedades crónicas y traumatismos (OPS, 1997: 420). Según Restrepo, la cooperación en ENT por parte de OPS en Colombia fue muy activa, si se tiene en cuenta que asesoró a los programas de control y prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, control de tabaquismo y farmacodependencias, cáncer y también en fiebre reumática. Colombia demandó cooperación en cáncer de cuello uterino, tema en el cual la OPS asesoró al Instituto Nacional de Cancerología (INC) y a varios servicios de salud, pero también se aprovecharon las fortalezas que ya se habían identificado en el país para ofrecer cooperación en registros de cáncer, metodología epidemiológica y experiencias sobre manejo de enfermedades cardiovasculares en otros países. No obstante, la cooperación en este campo fue disminuyendo cada vez más, en parte porque el país contaba con su propia experticia, pero sobre todo por la escasa prioridad que se estaba dando a este tema dentro de las políticas nacionales después de la reforma (Restrepo, 2002).

En el terreno de la lucha contra la fiebre aftosa, los éxitos de la década anterior fueron compensados. En la quinta RIMSA, realizada en 1987 tras la erradicación de la fiebre aftosa en Chile, se solicitó a la OPS elaborar un plan hemisférico de erradicación (Cárdenas, ca.2002²⁵). Éste fue elaborado basándose en la información recopilada por el CPFPA durante más de treinta y cinco años, así como en el trabajo de los funcionarios de la OPS y de servicios veterinarios de los países afectados por la enfermedad. El plan de erradicación vinculó tres elementos principales: la información epidemiológica mencionada; la nueva

²⁵ Documento inédito cedido por el doctor Jaime Cárdenas, consultor de OPS-Colombia en salud pública veterinaria.

vacuna de adyuvante oleoso desarrollada en el CPFA y probada en áreas de varios países, incluido Colombia, y la “incorporación de los productores al proceso” (Cárdenas, ca.2002), factor éste último que tanto en éste como en otros programas parece haber adquirido una especial relevancia para la OPS en los últimos quince años (Cárdenas y Reyes, 2002).

La aplicación sistemática del plan, en el marco del paradigma erradicacionista, comprobó su eficacia con la reciente declaración de la costa norte colombiana como “área libre” de aftosa. Con este logro quedaba claro que el modelo de erradicación seguía y seguirá siendo útil cuando se trata de enfermedades transmisibles y se cuenta con una buena vacuna. Adicionalmente, el éxito de la lucha contra la aftosa ha vuelto a mostrar los aportes de la salud pública para la economía, al hacer más competitivos los productos ganaderos en medio de una política de apertura y competencia internacional. Las labores de la OPS en este campo siguen concentrándose en “la asesoría directa, la capacitación en las pruebas de control de vacunas y la administración de los programas” (Cárdenas, ca.2002), aunque parecen haberse reducido notoriamente las ofertas de capacitación, consideradas por Jaime Cárdenas y Miguel Reyes como uno de los mayores aportes de la cooperación entre la OPS y Colombia en este campo (Cárdenas y Reyes, 2002).

La salud pública en un sistema de aseguramiento

Los vaivenes de la cooperación estaban mostrando algo que sólo a los cinco años de implantación de la reforma, hacia 1998, comenzó a ponerse sobre el tapete. El SGSSS estaba abandonando las acciones de salud pública y los actores del modelo de aseguramiento no parecían estar interesados en estos asuntos. Las evidencias se fueron acumulando con los años. Pero el debate sobre el impacto del nuevo sistema en la situación de salud apenas comenzaba.

En 1995 el ex ministro de salud Juan Luis Ministro resaltaba en una columna periodística un hallazgo muy importante del informe de UNICEF de ese año:

Colombia había disminuido su tasa de mortalidad infantil más que ningún país del mundo, a excepción de Omán, entre 1980 y 1993. Este vertiginoso ascenso podría atribuirse a las políticas de atención materno infantil sostenidas en más de una década, en especial de la estrategia de vacunación que había logrado aumentar las coberturas en pocos años, como se mostró en el capítulo anterior. Sin embargo, el doctor Londoño explicaba así este éxito nacional: “El logro con creces de esta meta es, sin duda, un éxito del Plan de Desarrollo de la administración anterior”, es decir, la de César Gaviria en la que el columnista había participado (Londoño, 1995: 6C). Se planteaba así un debate que aún no termina respecto del impacto de la reforma en la situación de salud de la población.

En diciembre de 1998, la OPS y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia organizaron en Medellín un seminario-taller nacional denominado “Salud pública, salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: balance de la reforma sectorial”. Este balance mostraba serios problemas: las coberturas de la afiliación al nuevo sistema no pasaban del 57% en los dos regímenes (contributivo y subsidiado) y no se veía con claridad que pudieran aumentar, dado el aumento del desempleo y la flexibilización laboral; se aceptaba que las metas de SPT-2000 eran irrealizables en el corto plazo, pero que se debían sostener como norte de la política sanitaria, como había propuesto la OMS; la situación de salud de la población empeoraba, mientras los programas de salud pública adelantados en el marco del antiguo sistema se debilitaban; la vigilancia y el control cojeaban, en medio de incumplimientos de los agentes del aseguramiento, evasión y elusión rampantes de sus compromisos; la participación social tendía a reducirse a la defensa de los individuos en tanto consumidores; y la formación en salud pública parecía no atender a las necesidades y retos planteados en el marco del nuevo sistema (OPS/OMS/FNSP, 1999: 83 y ss).

Poco después, el debate se centró en dos frentes: la equidad del sistema, en términos de acceso y respuesta a las necesidades de la población; y el lugar de la salud pública en el sistema. Los dos temas fueron abordados por diferentes actores, y en este contexto la OPS jugó un papel importante, dada su decisión de

mantener un seguimiento minucioso del desarrollo de la reforma, con base en el mandato internacional de 1995. Los resultados mostraron serios problemas. La OPS, bajo la dirección de su Representante en Colombia, el Dr. Málaga, realizó un análisis cuidadoso de los dos aspectos en debate, y presentó sus resultados hacia el final del año 2000. El balance era muy contradictorio: si bien había aumentado el acceso a los servicios de salud por parte de los sectores más pobres a través del Régimen Subsidiado-RS, la cobertura sólo alcanzaba a 50% de los pobres del país, con fuertes diferencias entre las regiones y entre la población urbana y la rural (Málaga y otros, 2000: 206-7). Esta inequidad fue confirmada por el INS: mientras en los Departamentos de Magdalena y Córdoba las coberturas del RS sólo alcanzaban 32.75% y 34.23% de los pobres respectivamente, en Bogotá, el porcentaje era de 88.67% (González y Velandia, ca.2000: 13)

La satisfacción de los usuarios parecía aumentar, respecto del sistema anterior, y el uso de medicamentos esenciales había mejorado. Pero también se ponía en evidencia que los recursos para la salud, tanto públicos como privados, alcanzaban un 10,1% del PIB, sin obtener las metas de cobertura planteadas en 1993 (Málaga y otros, 2000: 199). Además, las inequidades regionales eran muy marcadas debido a las desigualdades en las condiciones de vida de las poblaciones, relacionadas con la falta de justicia social y la fuerte estratificación de la sociedad colombiana; también eran protuberantes las inequidades en el acceso a los servicios de salud, en especial respecto de las necesidades que conducían a los usuarios a buscar esos servicios (Málaga y otros, 2000: 197). A los problemas derivados de la pobreza se sumaban los de la violencia en todas sus formas y los del desplazamiento forzado de grandes masas de población rural y urbana. Frente a este panorama el sistema tenía poca capacidad de respuesta, haciéndose evidente la desprotección de los grupos de población más afectados y necesitados (González y Velandia, ca.2000: 11-2).

En el terreno de la salud pública la situación era, más que contradictoria, alarmante. Las coberturas de vacunación que habían logrado cifras nacionales cercanas al 95% de la población menor de 7 años en las vacunas del PAI al

comenzar la década del 90, comenzaban a presentar descensos preocupantes, en especial en los municipios y departamentos con alta proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). La erradicación de la poliomielitis al comenzar los noventas, uno de los más importantes logros de la estrategia de vacunación sostenida durante varios años, se estaba poniendo en peligro al encontrar coberturas por debajo del 80% (González y Velandia, ca.2000: 13-4; Málaga y otros, 2000: 208).

Las enfermedades emergentes y reemergentes también mostraron incrementos. En el caso de la tuberculosis-TBC, el INS encontró un aparente descenso en la incidencia registrada de esta enfermedad entre 1995 y 1998; pero este descenso correspondía a un subregistro por la disminución de la búsqueda de sintomáticos respiratorios y del diagnóstico de los enfermos, debido a un debilitamiento del programa anti-TBC que antes había sido desarrollado por la red pública de servicios (González y Velandia, ca.2000: 7). La enfermedad de Chagas aumentó de 0,39 a 0,87 casos por cien mil habitantes de 1992 a 1997; la malaria llegó en 1998 a la más alta incidencia en las últimas dos décadas; la incidencia ajustada de VIH/SIDA aumentó, a pesar de los programas de prevención y control (González y Velandia, ca.2000: 8-9). Los programas de control de alimentos, de zoonosis, tuberculosis, lepra, sífilis congénita, entre otros, tenían serios problemas para su ejecución, debido a la ausencia de personal en los hospitales, ahora concentrados en la facturación de los servicios de atención médica (Málaga y otros, 2000: 209-211). El famoso SEM ya no existía, después de un proceso de descentralización forzada iniciado en 1993 por el entonces Director de Campañas Directas del MS, Gilberto Álvarez Uribe.

Si bien los datos de esperanza de vida al nacer, de morbilidad y de mortalidad general habían mejorado en el largo plazo, en aspectos como la mortalidad materna –un indicador muy sensible de la capacidad de respuesta de los servicios de salud— Colombia dejaba mucho que desear. González y Velandia afirmaban al comenzar el año 2000: “en Colombia la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas durante su vida reproductiva es de 1 en 289, comparado con 1

en 700 en Chile, 1 en 6.080 en USA y 1 en 13.000 en Canadá” (González y Velandia, ca.2000: 9). Estas autoras, desde la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio de Referencia del INS, concluían al final de su balance de la salud pública en Colombia:

La transición en el sistema indiscutiblemente ha traído dificultades en la prestación de los servicios, donde los derechos obtenidos por la población no son aún claros para expresar su demanda, los intereses económicos de aseguradores y prestadores obstaculizan el acceso a todos los servicios de los asegurados y han venido interfiriendo en la entrega final de acciones prioritarias en salud pública (González y Velandia, ca.2000: 13).

Desde la perspectiva del criterio de equidad en relación con la satisfacción de las necesidades en salud, la distribución de los recursos humanos estaba en su peor momento (Málaga y otros, 2000: 211-213), y los médicos, tanto de la Academia Nacional de Medicina como de ASMEDAS y de la FMC, se quejaban de la mercantilización de la salud y de sus efectos negativos sobre la relación médico-paciente y sobre la formación, la investigación y el desarrollo tecnológico en salud (Patiño, 1999: 17-22). A estas alturas, la crisis de los hospitales públicos era evidente, debido a las dificultades para su conversión en agentes de mercado y por la intermediación en el manejo de los recursos públicos que antes recibían por el sistema de subsidio a la oferta. Según el doctor Herman Redondo, directivo de la Asociación Médica Colombiana (AMC), “del peso original que anteriormente llegaba en un 100% a la red pública, al transformarlo [en subsidio a la demanda] únicamente llegan 16 centavos” (Redondo, 1999: 45). Por ésta y otras razones - como por ejemplo, la confusión entre la descentralización y la total autarquía de las instituciones-, el grupo de la Representación de OPS en Colombia hablaba de una preocupante “desintegración de la red de servicios” (Málaga y otros, 2000: 213-4). El cierre de hospitales públicos tradicionales en las grandes ciudades se convirtió en la mayor evidencia del impacto negativo del sistema sobre la red de servicios, en especial de hospitales de fundaciones privadas sin ánimo de lucro y públicos con viejos problemas económicos y administrativos. Las condiciones de

transformación del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda era una de las principales causas estructurales de la crisis (*Salud Colombia*, ca. 2000). Además, el sistema de información en salud se encontraba descuadrado y nadie podía saber cuál era la situación con total certeza, mientras el volumen de normas de reglamentación de la Ley hacía casi incomprensible el funcionamiento del sistema.

Pero la valoración de los resultados del sistema avanzó y continúa en la actualidad en una lógica de polarización que no puede desconocerse. El ex ministro Londoño, promotor del nuevo sistema y hoy nuevamente en esa cartera, afirmaba que “Colombia ha hecho la reforma de salud más innovadora de América Latina en la última década” y, según él, “resulta mucho mejor acelerar la reforma que revertirla o abortarla” (Londoño, 1999: 28). Éste será, seguramente, su papel como ministro de salud y encargado de trabajo en el gobierno de Alvaro Uribe Vélez (2002-2006) que apenas comienza. En el mismo sentido, Iván Jaramillo proponía separar más claramente los servicios individuales de los colectivos, para dejar los primeros a cargo de los agentes del aseguramiento a través del POS, y los segundos a los municipios a través del PAB (Jaramillo, 1999: 346). Por el contrario, Hernández planteaba que esta separación es precisamente el principal problema estructural del sistema, porque la lógica del mercado desterritorializa y fragmenta, mientras el Estado requiere los referentes poblacional y territorial para diseñar y ejecutar las políticas públicas. Según este autor, mientras exista esta separación el mercado producirá una fragmentación cada vez más acentuada que irá en detrimento de la función pública. De hecho, los agentes del sistema se debaten permanentemente en la identificación de externalidades, para tratar de definir a quién corresponde el pago de los servicios. Ésta es, según Hernández, la principal explicación de la caída de las coberturas de vacunación, de la debilidad de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud en el sistema (Hernández, 2000a: 134; 2002: 999). Entre tanto, el doctor Roberto Esguerra, de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, opinaba: “Soy de los que piensan que esta reforma ya no tiene reversa, pero no debíamos seguir enredados en esa polémica, sino deberíamos estar sentados, mostrando el ejemplo de un sector, pensando a mediano y largo plazo” (Esguerra, ca.2000).

En el esfuerzo de reglamentación del sistema, el MS ha tratado de precisar los servicios individuales y colectivos de carácter preventivo y promocional, y de definir las responsabilidades. Desde 1996, la Resolución 4288 del MS definió los contenidos del PAB, pero muchas otras normas han hecho referencia a este plan de beneficios y le han producido modificaciones o precisiones. La Resolución 412 de 2000 estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de “demanda inducida” por parte de las EPS dentro del POS para sus afiliados, y definió normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Estas normas intentan, entonces, definir mejor las responsabilidades de los agentes del sistema de aseguramiento respecto de las prioridades de salud pública. Pero todavía no puede hablarse de éxitos en este campo, como se ha evidenciado en recientes evaluaciones del funcionamiento del PAB²⁶.

Con el propósito de recuperar el liderazgo del MS en materia de salud pública, entre 1999 y 2000 se desarrolló un amplio debate nacional apoyado por OPS, con la participación de funcionarios del MS, sectores académicos y sociales diversos, para elaborar y presentar al Congreso un proyecto de ley que modificara la Ley 9ª de 1979 conocida como “código sanitario nacional”. El proyecto se presentó y sufrió todos los debates en las comisiones correspondientes, pero en el momento de llegar a la plenaria de la Cámara de Representantes, al final de la legislatura, la prioridad estaba orientada al proyecto de reforma constitucional que se convirtió en el Acto Legislativo 01 de 2001, dedicado a reorganizar el sistema de transferencias de la Nación a los entes territoriales. Además, los empresarios veían el nuevo código como un conjunto de obligaciones costosas en medio de la

²⁶ Comunicación personal de la doctora Isabel Cristina Ruiz, ex directora de Salud Pública del MS, hoy consultora de OPS-Colombia.

crisis económica y ejercieron presión sobre el gobierno para evitar su aprobación²⁷. Así, las cuestiones de salud pública seguirían en el limbo.

El debate no está saldado, aunque predomina la idea de que el sistema merece ajustes más que grandes cambios. La definición de los servicios a cargo de los municipios a través del PAB, la precisión de los recursos provenientes de transferencias de la Nación a los municipios por medio de la Ley 715 de 2002, que modificó la Ley 60 de 1993, el aumento de la vigilancia y el control del Estado sobre todos los actores, e incluso nuevas medidas de obligatoriedad o estímulo económico para los agentes del sistema, reciben más apoyo en la opinión pública que las propuestas más radicales como los cambios de fondo propuestos por el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSS, 2001: 21-22)

En estas condiciones, la cooperación técnica de la OPS se debatía en medio de un sistema que le demandaba apoyos puntuales para afrontar enfermedades con altas externalidades y, al mismo tiempo, le presentaba retos enormes para el buen desempeño de la salud pública. Frente al dilema, la Representación decidió, al finalizar la década del 90, ordenar la cooperación alrededor de un objetivo central: “superar las inequidades existentes en las condiciones de salud de la población y lograr el acceso universal a los servicios de salud con énfasis en la atención de los grupos más postergados” (OPS/OMS-Colombia, ca2001: 3). Sobre esta base, los proyectos de cooperación se articularon, no sin dificultades, en cinco grandes áreas: Salud en el Desarrollo, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Atención a Desplazados por la Violencia, Promoción y Protección de la Salud, Salud y Ambiente, Prevención y Control de Enfermedades, y Programa Especial de Vacunas e Inmunizaciones. Este nuevo ordenamiento permitiría avanzar hacia una mejor relación con el SGSSS y con el Estado colombiano en su conjunto. Pero faltaba algo más: recuperar el liderazgo.

Comentario [*2]: Esta bibliografía no está referenciada.

²⁷ Comunicación personal del doctor Carlos Sarmiento, ex director de Salud Pública del MS, uno de los líderes de la iniciativa de proyecto de ley sobre salud pública.

Por la restitución del liderazgo

El dilema de la cooperación en el país comenzaba a resolverse, nuevamente con el apoyo de decisiones adoptadas por las instancias de dirección central, tanto de OMS como de OPS. En enero de 1997 el Consejo Ejecutivo de la OMS propuso definir las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) como una herramienta para la renovación de la política de SPT-2000. En tal sentido, se realizó un estudio Delphi en el que participaron 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades que fueron consultados en tres rondas secuenciales. El resultado fue la definición de nueve FESP, a saber:

1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Monitoreo de la situación de salud.
3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.
5. Protección del ambiente.
6. Legislación y regulación en salud pública.
7. Gestión en salud pública.
8. Servicios específicos de salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo (OPS, 2000: 8)

Aunque estas funciones se ubicaban en el terreno de los servicios colectivos con altas externalidades, en las reuniones se produjo una controversia sobre la inclusión de los servicios de atención individual de salud dentro de las funciones esenciales de salud pública. Pero no hubo consenso y estos servicios no se incluyeron.

Un proceso similar venía ocurriendo en Estados Unidos desde 1988, cuando el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Medicina de ese país presentó

un documento denominado “El futuro de la salud pública”, en el que presentaba un concepto de salud pública limitado a “los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud”, con base en la tradición estadounidense de dejar la atención individual curativa a la dinámica del sector privado y la prevención a cargo del Estado (Frenk, 1992: 77). En 1994, el Director de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y el Secretario Adjunto para el Control de Enfermedades y Promoción convocaron a expertos de los servicios de salud pública y de otras organizaciones de salud pública en ese país, para definir los “servicios esenciales de salud pública”. De allí surgió el documento “Salud pública en los Estados Unidos de América”, en el cual se definieron los siguientes objetivos de la salud pública: prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades; protección contra los daños ambientales; prevención de daños; promoción y fomento de conductas saludables; respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas; garantía de calidad y accesibilidad a servicios de salud. Estos objetivos podrían cumplirse por medio de diez “servicios de salud pública” definidos en el documento. En el marco del Programa Nacional de Desempeño y Estándares de Salud Pública (NPHPSP, sigla en inglés), los CDC se concentraron en el desarrollo de instrumentos e indicadores para evaluar los diez servicios esenciales de la salud pública (OPS, 2000: 10).

La OPS, por su parte, convocó la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública con el tema “Reforma sectorial y funciones esenciales de salud pública; desafío para el desarrollo de recursos humanos”. Esta conferencia se llevó a cabo en México, D.F. en noviembre de 1998, y sus resultados sirvieron para aportar a la definición de las FESP desde una perspectiva regional (OPS, 2000a). La conferencia se inscribía entre las acciones definidas en el marco de la iniciativa “La salud pública en las Américas” impulsada por la Oficina bajo la dirección del doctor George Alleyne. En la justificación de la iniciativa se observa la clara intención de OPS de recuperar su liderazgo en un terreno que le era propio y que venía siendo descuidado por los procesos de reforma sectorial. En un documento institucional se afirma:

Los procesos de reforma del sector salud (RS) se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación los servicios de atención a las personas. La salud pública ha sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se precisa de apoyo de parte de los gobiernos a fin de modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio.// La reinserción de la salud pública en la agenda de transformación del sector pasa por la definición clara de su papel, así como por la operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de funciones esenciales de salud pública (FESP) (OPS, 2000: 4).

Con base en esta decisión, la OPS inició un esfuerzo de síntesis de las iniciativas de OMS, el programa NHPSP y los aportes latinoamericanos para desarrollar un proyecto de impulso a la salud pública en las Américas, por medio de la medición y el fortalecimiento de las FESP en todos los países de la Región. Las funciones definidas para la medición son, en su orden, las siguientes (OPS, 2000: 12-18):

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación social y refuerzo del poder ("*empowerment*") de los ciudadanos en salud.
5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
6. Regulación y fiscalización en salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Obsérvese que en esta propuesta de FESP se incluían los servicios individuales como una función de la salud pública, pero sólo desde la “promoción y evaluación del acceso equitativo” de la población a ellos y desde la “evaluación y garantía de la calidad” de los mismos. De esta manera, se aceptaba que los aspectos de la organización de los sistemas de salud correspondían a otra instancia diferente a la encargada de la salud pública, siguiendo la tradición estadounidense. En estas condiciones, la OPS podría recuperar su liderazgo a través del fortalecimiento de la “función rectora de la autoridad sanitaria”. Si el financiamiento de los servicios individuales ya no sería principalmente público, según el modelo de reforma sectorial predominante, la función rectora se podría concentrar en evaluar y formular políticas. La definición del financiamiento quedaría en manos de los economistas de organismos internacionales como el BM o de instancias de gobierno en los países diferentes a la salud, como las encargadas de las finanzas públicas y del aseguramiento. El proyecto de medición de las FESP fue aprobado por el Comité Ejecutivo de la OPS, por medio de la Resolución CE126.R18 del 29 de junio de 2000, aunque los instrumentos de medición ya se habían probado en algunos países (OPS, 2000: anexo).

Este esfuerzo regional avanzó de manera paralela a otro iniciado desde la OMS, bajo la dirección de la doctora Gro Harlem Brundtland, quien había llegado al cargo en 1998 con una preocupación central: “que el desarrollo de los sistemas de salud adquiriese progresivamente un mayor protagonismo en la labor de la OMS” (Brundtland, 2000: ix). Para lograr este propósito, la doctora Brundtland decidió acercar a la OMS las iniciativas y desarrollos teóricos y metodológicos de los economistas de la salud vinculados a las propuestas de reforma lideradas por el BM, pero también de otras instituciones y organizaciones reconocidas en este tema. De allí surgió el grupo que desarrolló el modelo de evaluación del “desempeño de los sistemas de salud” en los 191 países miembros (OMS, 2000).

En el grupo se encontraban Christopher Murray y Phillippe Musgrove, pero también Julio Frenk, ex director del Instituto de Salud Pública de México. Frenk y el ex ministro de salud colombiano Juan Luis Londoño habían publicado un artículo que sintetizaba el modelo de reforma ideal para los países latinoamericanos, con base en la experiencia colombiana, con el nombre de “pluralismo estructurado” (Frenk y Londoño, 1997). Estos lineamientos influyeron también en la formulación del modelo de evaluación de los sistemas de salud por parte de la OMS.

El modelo de evaluación definía funciones, objetivos, metas y logros de desempeño para los sistemas de salud. Las funciones eran cuatro: rectoría, creación de recursos, financiamiento y prestación de servicios. Los objetivos eran tres: mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los “costos de la mala salud”. Para medir el cumplimiento de estos objetivos por parte de los sistemas, el modelo de evaluación definió cinco aspectos: el nivel general de salud, la distribución de salud de la población, el grado general de respuesta, la distribución de la capacidad de respuesta y la distribución de la contribución financiera. Por medio de recursos estadísticos, los expertos construyeron indicadores para cada uno de los aspectos y diseñaron un indicador compuesto del “desempeño global de los sistemas” por medio del cual se clasificó a cada uno de los 191 países incluidos en el estudio (OMS, 2000: 167-175). En realidad, el indicador compuesto era de “eficiencia” más que de “desempeño”, pues integraba el cumplimiento de las metas con los recursos disponibles en el sistema (OPS, 2001a: 6).

El resultado de la evaluación, presentado en junio de 2000, fue, por lo menos, contradictorio. En el caso de la Región de las Américas, el primer lugar lo ocupó precisamente Colombia, por encima de países como Cuba, Costa Rica y Chile. Pero, con tantos problemas como los enunciados anteriormente, ¿cómo era posible que el SGSSS fuera mejor que el cubano? Esto ocurrió muy probablemente porque el indicador de “equidad de la contribución financiera” resultó muy bien evaluado en el caso colombiano, al punto que se ubicó al país en el primer lugar en el mundo. Dado que el indicador de desempeño era compuesto,

el lugar ocupado en equidad financiera arrastró a los otros y puso a Colombia en la punta (Agudelo, 2000: 1-2). Esta valoración fue objeto nuevamente de interpretaciones opuestas: mientras Juan Luis Londoño celebraba el valioso primer lugar y lo atribuía al nuevo sistema (Londoño, 2000), Hernández hablaba de una confluencia hegemónica entre el modelo de evaluación y el sistema de salud colombiano, más que cualquier otro sistema del mundo (Hernández, 2000b). El debate nacional no fue muy intenso, a pesar de la realización de un evento internacional realizado en Bogotá sobre el concepto y el indicador de “equidad financiera” (PIDHDD/UN-Observatorio/ALAMES, 2001: 9-15). Pero en el ámbito internacional, el Informe produjo muchas reacciones. El Ministro de Salud del Brasil, José Serra, expresó su inconformidad con la pésima valoración recibida por el sistema de salud de su país (Brasil, MS, 2000), y varios académicos de la salud pública se pronunciaron sobre los fundamentos teóricos y los aspectos metodológicos del Informe (Navarro, 2000; Ugá y otros, 2001). La discusión electrónica alcanzó tal punto que la prestigiosa revista *Lancet* decidió abrir una sección especial de debate sobre el tema.

Frente a tanta inconformidad, la Dra Brundtland informó al Consejo Directivo de la OMS, reunido en enero de 2001, que el informe continuaría cada dos años, pero que se consultaría a los países sobre los aspectos técnicos y la mejor información disponible, y se obtendría el aval previo a la publicación del siguiente informe en octubre de 2002. El Consejo avaló esta propuesta e insistió en la consulta a los países por regiones (OPS, 2001a: 1-2; Almeida y otros, 2001: 1692-3). Se decidió entonces realizar una serie de eventos regionales para precisar y discutir con los expertos de los países el alcance de los indicadores utilizados. La OPS organizó la reunión regional entre el 8 y el 10 de mayo de 2001 en Washington. La reunión se convirtió en escenario para la expresión, la discusión y la integración del conjunto de críticas y propuestas que venían adelantando los expertos y los gobiernos de los países respecto del Informe (OPS, 2001a: 1).

Sin duda, el Informe sirvió para desatar un debate necesario, en todo el mundo, sobre el papel de los sistemas de servicios en la salud de la población, en especial

porque los saberes acumulados de la Salud Pública y sus ciencias afines hablaban de una participación relativamente pequeña de estos servicios. Si bien el modelo de Lalonde había sido presentado en 1974, no parecía discutirse que los factores biológico-genéticos, los del ambiente y los del comportamiento tenían en suma una influencia mayor que los servicios en la salud de las personas. Las críticas al Informe fueron muchas y bien argumentadas. La OMS debió aceptar que era necesario entrar en una segunda fase de reconstrucción de la propuesta de medición del desempeño de los sistemas de salud y los aportes de la OPS y las asociaciones y organizaciones convocadas a la reunión regional permitían, en últimas, recomponer el liderazgo de la Organización en la orientación de las políticas de salud en el mundo. Las recomendaciones de la reunión regional incluyeron cinco frentes de cooperación internacional para mejorar la conceptualización y la metodología de evaluación del desempeño de los sistemas de salud, hasta lograr consenso suficiente. Los frentes deberían mejorar las capacidades de los países para:

- ✧ Dialogar sobre políticas nacionales de salud.
- ✧ Evaluar los recursos, funciones, objetivos intermedios y finales de los sistemas de salud, así como los logros obtenidos en cuanto a los cambios deseados.
- ✧ Examinar la pertinencia de los sistemas actuales de información para generar los datos necesarios.
- ✧ Llevar a cabo la medición del desempeño en los niveles nacionales y subnacionales.
- ✧ Desarrollar la capacidad de responder mediante políticas apropiadas (OPS, 2001a: 26).

En la reunión se resaltó la importancia de tener en cuenta la especificidad de los contextos nacionales a la hora de comparar los sistemas de salud y se insistió en la necesidad de diferenciar “desempeño” de “eficiencia”, para avanzar en la definición de indicadores según las funciones y metas intermedias de los sistemas de salud. En particular, se hizo énfasis en los esfuerzos de la OPS para medir las

FESP y de fortalecer con ello la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria de cada país, clave para la formulación de políticas de salud que incluyan los servicios de salud. Al respecto, el documento preliminar afirmaba:

Desarrollar instrumentos para medir el desempeño de la función de administración y de las FESP, implica definir la función del desempeño que se medirá, los indicadores de desempeño y las normas, medidas y submedidas que servirán de verificadores [...] Retos similares existen para otras funciones del sistema si hay acuerdo que identificar variables claves que permitan la medición de su desempeño debe ser parte de la agenda para el desarrollo posterior de la EDSS²⁸ (OPS, 2001a: 14-15).

De esta forma, la iniciativa de las FESP, promovida especialmente por la OPS, comenzaba a afectar la propuesta de evaluación de los sistemas de salud propuesta por la OMS desde una perspectiva económica. El *Informe sobre la salud en el mundo 2002* de la OMS se presentó a fines del mes de octubre, pero no se dedicó a la EDSS. Por el contrario, habla de *Reducir los riesgos y promover una vida sana*, para lo cual adopta métodos tradicionales de la salud pública como la cuantificación de la morbilidad, de la discapacidad y de las defunciones que pueden atribuirse hoy a algunos de los riesgos más importantes para la salud humana en el ámbito mundial (OMS, 2002). En este sentido, puede hablarse de una restitución del liderazgo que promete una nueva etapa para la cooperación técnica y para la relación entre la Organización y los Estados Miembros. La reciente publicación de los resultados de la primera evaluación de las FESP en la Región así lo muestran. Una nueva concepción de la salud pública y un buen instrumento para su medición y su desarrollo institucional son sus herramientas centrales. Se afirma en el informe:

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas [...] Así pues, no se

²⁸ Esta fue la sigla utilizada en la reunión. para la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud.

refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. Se trata, por otro lado, de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante (OPS, 2002: 4).

La función más importante es, sin duda, la de rectoría del sector ejercida por la autoridad sanitaria, cualquiera sea el modelo de organización institucional de los servicios de salud. De allí que, recuperar el liderazgo pasa por el fortalecimiento de la capacidad rectora de las autoridades sanitarias en los países y en tal sentido apunta la cooperación técnica de la OPS en este momento. Entre las conclusiones más importantes de la primera medición se encuentra que los países de la Región presentan un perfil de desempeño intermedio y bajo para el conjunto de las FESP. Las tres áreas comunes con serios problemas en casi todos los países fueron: la escasa capacidad para “la evaluación y el seguimiento” de las decisiones públicas, la ausencia de “incentivos al desempeño” en todos los ámbitos de las FESP, y la precaria “gestión de la información” necesaria para el buen ejercicio de la rectoría de los sistemas (OPS, 2002: 234-6). Se encontró que en los países con “sistemas públicos integrados” el desempeño de las FESP es mejor que en otros sistemas, en especial que los de estructura mixta o fragmentada. Una de las conclusiones finales más importantes es la siguiente:

Se sabe que la separación de funciones en materia de salud, fortaleciendo a la autoridad sanitaria y dándole un papel de reglamentación y supervisión del buen desempeño de los demás actores de salud (seguros y prestadores), ha sido un proceso difícil que aún está muy lejos de lograr un desempeño óptimo, o que, en este caso, también afecta el desempeño de la salud pública (OPS, 2002: 236)

El informe no presenta la situación de cada país y en Colombia está pendiente la publicación de la evaluación realizada en 2001. Y aunque en el país apenas

comienzan a verse los efectos de la restitución del liderazgo, ya se aprecian algunos efectos en los proyectos actuales y en las proyecciones futuras.

En el marco del fortalecimiento de las FESP, la Representación ha impulsado esfuerzos para incluir en la cooperación varios programas anteriormente desarticulados, sin descuidar las especificidades del país en materia de salud y de la organización de los servicios. Uno de ellos es el programa Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN). El concepto fundamental del programa CARMEN es el de combinar la promoción de la salud, estrictamente enfocada en factores de riesgo específicos, con acciones médicas preventivas, servicios clínicos y un mejor tratamiento de los factores de riesgo secundarios (OPS, 1997: 425). Para Colombia, el diseño del proyecto CARMEN se inició en el año 2000, con la participación del MS (Colombia, MS/OPS, 2000). Tomando en consideración los factores que representaban mayor problema para la población colombiana y las malas condiciones socioeconómicas, sería demasiado ambicioso pretender intervenir integralmente en todos los factores. Por esto se decidió trabajar sobre los siguientes: tabaquismo, sedentarismo, hábitos alimentarios no saludables y control de HTA. Para cumplir dichos objetivos se planteaba en el proyecto el fortalecimiento de las bases institucionales para la formulación de políticas y directrices nacionales para la realización del mismo y, paralelamente, la iniciación de su implementación en un área demostrativa (Colombia, MS, 2000: s.p.). Las dos primeras áreas escogidas fueron Bucaramanga y Bogotá (De Taborda y Granados, 2002).

Por otra parte, se inició el desarrollo de un modelo de atención fundamentado en la medicina familiar y comunitaria. En este modelo se pretende articular programas como AIEPI y CARMEN, de carácter preventivo, con otros de atención integral, como el de “la atención del parto seguro” que se ha puesto en marcha en las principales ciudades del país (en Bogotá, por la Secretaría Distrital de Salud, en Cali por el Grupo Semilla, y en Medellín por la Facultad de Medicina y el Hospital San Vicente de Paúl de la Universidad de Antioquia). Estos son, sin embargo,

proyectos puntuales aún no articulados en un programa global de medicina familiar o comunitaria, debido a las dificultades para incluirlos en una política de Estado y al desestímulo para las actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades en el sistema de aseguramiento.

Con el viceministro de salud, David Bersh, se realizó una nueva evaluación de la cooperación técnica, ya con la presencia del nuevo Representante de la Organización, el doctor Eduardo Álvarez, a mediados de 2001. En este ejercicio, se definieron tres ejes prioritarios para la cooperación: mejorar o reconstruir el sistema de información del sistema, fortalecer la capacidad de gestión de las diferentes instancias de la autoridad sanitaria y corregir las inequidades en el acceso a los servicios para la población más postergada, en especial, víctima del desplazamiento forzado. De éste último propósito surgió la propuesta de iniciar procesos descentralizados de cooperación en las capitales de departamento que concentraban el mayor número de desplazados. Para ello se crearon las llamadas “oficinas de campo”, con un funcionario en cada una, ubicadas en las ciudades de Cartagena, Medellín, Montería, Cali, Bucaramanga y Soacha. Las oficinas han permitido el fortalecimiento de la participación social y de la APS en nuevos escenarios y modelos de articulación con el SGSSS. La caracterización de las situaciones generadas por el desplazamiento forzado como “emergencia compleja” ha permitido aumentar la cooperación con el MS, con acciones específicas en los ámbitos nacional, departamental y local, y en particular, en el mejoramiento del sistema de información para población desplazada (de Taborda y Granados, 2002: 13-14).

El proyecto ha comenzado a mostrar algunos resultados: la ampliación de las acciones de campo de la Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres del MS; el diseño de una ficha técnica para la calificación y evaluación de proyectos de atención a población desplazada en hospitales; la cooperación con las acciones de diferentes capitales de departamentos y puntos críticos para la ejecución de compromisos y principios de respuesta mediante actividades de sensibilización y coordinación departamental y municipal; la capacitación a

personal nacional sobre atención del desplazamiento, toma de decisiones en emergencias complejas, y captura y manejo de información en salud sobre desplazamiento; y la capacitación sobre el Sistema de Manejo de Suministros para Emergencias (SUMA), para ser utilizado por organismos gubernamentales y no gubernamentales. Además, dado el impacto de la guerra y en general de la violencia sobre la salud de la población en Colombia, las oficina de campo han servido para articular la cooperación en los lugares con mayor concentración de desplazados por la violencia con otros fenómenos de exclusión y desarraigo, donde la inequidad social y las dificultades para el acceso a los servicios de salud son enormes.

Finalmente, en el marco del apoyo a estudios que permitieran apoyar la implantación del SGSSS y vincular al sector académico, durante el año 2002 se han presentado los primeros resultados sobre asuntos tan importantes como la dinámica del recurso humano y el mercado de trabajo en el nuevo sistema, y el funcionamiento del régimen subsidiado. En el mismo sentido, se publicó recientemente el estudio sobre la evaluación de la viabilidad financiera del SGSSS, del cual se reconoce el valioso aporte de servir de referente para el seguimiento del equilibrio financiero del sistema, base del proceso de toma de decisiones en un futuro próximo (Colombia MS/OPS 2001: 15). Éste será, entonces, uno de los instrumentos fundamentales para el ejercicio de la rectoría del sistema por parte de la autoridad sanitaria nacional, objetivo central del fortalecimiento de las FESP.

También la transferencia de responsabilidades relacionadas con la salud pública por parte del MS hacia el INS en 2001, se ha convertido en una oportunidad para reordenar la cooperación técnica. Esto se ha apreciado claramente en el programa de fortalecimiento del PAI, con las jornadas de vacunación contra meningitis y neumonía, el programa de erradicación del sarampión y las más recientes jornadas masivas que involucran a todos los actores del sistema.

Es posible que la dinámica internacional de recomposición de la cooperación técnica alrededor de las FESP y la EDSS, como propósitos comunes de OPS, OMS y el BM, modifique también el lugar de la cooperación en el interior de la autoridad sanitaria del país, la cual próximamente estaría ubicada en el futuro Ministerio de Salud, Trabajo y Seguridad Social. ¿Acaso Colombia regresa a explorar la integración de 1938 con su frustrado Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social? En un contexto tan diferente no es posible afirmar que la historia se repite. Es una integración, sin duda, en medio de una compleja articulación entre mercado y Estado que aún tiene mucho qué dar. El fortalecimiento de la función de rectoría será, seguramente, el punto de mayor proyección, tanto para mejorar el desempeño del sistema como para definir políticas de salud más allá de la atención de los individuos. La antigua meta de la integración de la atención y la prevención parece ahora un poco más cercana. De la nueva etapa del liderazgo internacional en las políticas de salud y de su concreción en relaciones de verdadera cooperación con los países, dependerá la realización de esta vieja utopía. Pero también el liderazgo deberá ganarse con un trabajo orientado hacia la superación de inequidades y el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de la población. De otra forma, el liderazgo será sólo teórico y poco valorado por la sociedad colombiana. Ella será quien premie o castigue las realizaciones de la cooperación técnica en salud de la centenaria OPS.

Bibliografía

- Abel, Ch. (1996) *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990*. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, CEREC.
- Abello, M. (1942) "Sección editorial". *Revista de Medicina y Cirugía* (Barranquilla), IX (4), Abril: 7-8.
- ACODAL/OPS—Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental/OPS (2002) *Conversatorio a cargo de Manuel Vega y Diego Barbosa*, Bogotá, 3 de septiembre. (Inédito).
- Agudelo, C. (1992) "Un nuevo sistema de salud. El reto del siglo XXI". En: Cárdenas, M.E. y Olano, G. (Coord.) *Reforma de la seguridad social en salud*. Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona: 111-135.
- (2000) *Comentario sobre el Informe de la OMS-2000*. Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Inédito).
- Almeida, C. et al (2001) "Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000". *Lancet*, (357), May: 1692-1697.
- Alonso, L.E. (1999) *Trabajo y ciudadanía. Estudios sobre la crisis de la sociedad salarial*. Madrid: Trota, Fundación 1º de Mayo.
- Anderson, P. (1997) "El despliegue del Neoliberalismo y sus lecciones para la izquierda". En: Vega, R. (Ed.) *Marx y el siglo XXI. Una defensa de la historia y del socialismo*. Santafé de Bogotá: Pensamiento Crítico: 353-369.

Andrade, J. (1973). "Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina". *Educación Médica y Salud*, 7 (3-4): 253-264.

Arias Ramírez, J. (2002) *Entrevista realizada por Román Vega Romero y Jinneth Hernández*. Bogotá, 9 de Mayo.

Arciniegas, G. (1989) "Eduardo Santos". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 349-372.

Ardila, M. (1991) *¿Cambio de norte?* Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI; Tercer Mundo.

Arrighi, G. (1999) *El largo siglo XX. Dinero y poder en los orígenes de nuestra época*. Madrid: Akal.

ASCOFAME—Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1964) "Resumen de las conclusiones y recomendaciones de la Asamblea". En: _____. *Medicina y Desarrollo Social*. Bogotá: ASCOFAME, Tercer Mundo: 297-301.

(1974). *Seminario sobre Objetivos de la Educación Médica para una medicina de la comunidad*. Bogotá: ASCOFAME.

(1978). *Seminario: El médico general, una respuesta al futuro*. Bogotá: ASCOFAME.

(1987) *Reflexión de Expertos. Encuentro sobre educación médica*. Bogotá: ASCOFAME.

BM—Banco Mundial (1975) *Salud: documento de política sectorial*. Washington, D.C.: BM.

(1987) *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Washington, D.C.: BM.

(1987a) "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". *Boletín de la OSP*, 103 (6), diciembre: 695-709.

(1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud*. Washington, D.C.: BM.

Barrenechea, J.J. y Trujillo, E. (1987) *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: OPS/OMS, Facultad Nacional de Salud Pública.

BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. (1995) *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: Hacia una agenda para la reforma del sector salud*. Washington, D.C., Septiembre 29-30.

Bravo, A.L. (1972) "Sistema Nacional de Salud". En: OPS/OMS. *Sistemas de salud*. Publicación Científica N° 234. Washington, D.C.

Brasil, MS-Ministro de Salud (José Serra) (2000) *Communication sent to Madam Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization*, Brasilia, junio. (Inédito, facsímil).

Brundtland, G.H. (2000) "Mensaje de la Directora General". En: OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS: ix-xi.

Bushnell, D. (1984) *Eduardo Santos y la política del Buen Vecino*. Bogotá: El Áncora.

- Bustamante, M.E. (1955) *The Pan American Sanitary Bureau. Half a Century of Health Activities 1902 – 1954*. Washington, D.C.: Pan American Sanitary Bureau.
- Bustamante, R. (1988). "Empleo y Desempleo médico. Aportes para la reflexión crítica". *Revista Colombiana de Educación Médica* (Bogotá) 1 (1).
- Cáceres, P. (1989) *Crítica constitucional. Del Estado liberal a la crisis del Estado providencial*. Bogotá: Banco de la República.
- Calderón Molano, V. (1971) *Programa de erradicación de la viruela en Colombia*. Bogotá (Inédito).
- Cali SSM—Secretaría de Salud Municipal (1992) *La Municipalización de la Salud en Cali*. Santiago de Cali – Colombia.
- Campo Posada, A. (1937) "Informe de las labores desarrolladas por la Sección de Sanidad del Departamento Nacional de Higiene y sus dependencias en el país". En: Velasco Cabrera, B. *Informe General del Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Educación*. Bogotá: El Gráfico: 11-39.
- Cañón Ortigón, L. (1988) *Una Visión Integral de la Seguridad Social*. Vol. 1. Bogotá: Ediciones Proa.
- Cárdenas, J. (ca.2002) *La Organización Panamericana de la Salud, cien años de cooperación técnica, en beneficio de la Salud Pública Veterinaria de América y por consiguiente de Colombia*. S.c. (Inédito)
- Cárdenas, J. y Reyes, M. (2002) *Entrevista realizada por Mónica García y Vladimir Villamizar*. Septiembre, Bogotá. (Inédito).
- Carvajal Peralta, A. (1952) *Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1951*. Bogotá: Imprenta Nacional.

- Carrasquilla, G. (2002) *Intervención en el conversatorio sobre la cooperación OPS-Estado Colombiano desde una perspectiva regional*. 5 de junio, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali. (Inédito).
- Castellanos, J. (2002) *Entrevista realizada por Román Vega Romero y Jineth Hernández Torres*. 2 y 8 de Mayo, Bogotá. (Inédito).
- Castro, J. (1986) "Reforma política 1982 – 1986". *Economía Colombiana*. (182), Junio: 16 – 20.
- Cataño, J.F. (2001) "¿Por qué el predominio de la teoría neoclásica?". *Cuadernos de Economía*, XX (34): 281-291.
- Cavelier, J.E. (1949) *Memoria del Ministro de Higiene*. 2 Tomos. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Child, J. (1992) "El proyecto social neoliberal". En: Estrada, J., Gualdrón, J. (Comp.) *Rompiendo la corriente. Un debate al neoliberalismo*. Santafe de Bogotá: Centro de Estudios e Investigaciones Sociales: 207-244.
- Colmenares, G. (1989) "Ospina y Abadía: la política en el decenio de los veinte". En: Tirado Mejía, Á. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 243-268.
- Colombia ANC—Asamblea Nacional Constituyente (1908) "Proyecto de ley por la cual se aprueba una Convención Sanitaria". *República de Colombia, Archivo del Congreso, Administración Concha, 1908*: folios 347-350.
- (1908a) "Informe de la Comisión de Relaciones Exteriores de la Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa de 1908 que discute el proyecto de ley por la que se aprueba la Convención Sanitaria de Washington". *República de Colombia, Archivo del Congreso, Administración Concha, 1908*: folios 351-354.

Colombia CNPEP—Consejo Nacional de Política Económica y Planeación (1960).
Colombia. Plan cuatrienal de inversiones públicas nacionaes. 1961-1964.
Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia DNP—Departamento Nacional de Planeación (1980) *Plan de Integración Nacional, 1979-1982.* 2 tomos. Bogotá: DNP.

(ca.1982) *Cambio con Equidad, 83-96. Plan Nacional de Desarrollo.* s.c.: DNP.

(1987) *Plan de economía social. Planes y programas de desarrollo económico y social, 1987-1990.* S.c.: DNP.

(1991) *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994.* Bogotá: Editora Géminis.

Colombia MOPT—Ministerio de Obras Públicas y Transporte (1992) *Inventario sanitario nacional simplificado. Acueducto y saneamiento básico. Area urbana.* Santafe de Bogotá. (Inédito).

Colombia MS—Ministerio de Salud (1976) *Sistema Nacional de Salud. Manual general de organización.* Vol 1. Bogotá: MS.

(1978) *Informe al Honorable Congreso de la Republica de Colombia 1974-1978.* Bogotá: MS.

(1980) *Salud para todos en el Año 2000. Estrategias formuladas por el Ministerio de Salud de Colombia.* Bogotá: MS.

(1981) *Informe al honorable Congreso de la República.* 2 Tomos. Bogotá: MS-Instituto Macional de Salud.

(1983) *Memoria al Congreso. 1982-1983.* Bogotá: MS.

(1983a) *Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI. Aspectos Generales*. Bogotá. (Inédito)

(1984) *Jornadas Nacionales de Vacunación*. Bogotá. (Inédito).

(1984a) "Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI". En: _____. *Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia. Informe preliminar (Resumen)*. Octubre 5. Bogotá: anexo, 4. (Inédito).

(1984b) *Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia. Informe preliminar (Resumen)*. Octubre 5. Bogotá. (Inédito).

(1985) *Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil*. Octubre. Bogotá. (Inédito).

(1986) *Memoria al Congreso 1982/86*. Bogotá: MS.

Comentario [*3]: Este informe es presentado por Efraín Otero. Aunque en él no aparece la fecha de edición, asumo que es de 1986 puesto que fue en ese año cuando Otero fue Ministro.

(1986a) *Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil. Reunión jefes de servicios seccionales de salud*. Febrero 28. Bogotá. (Inédito)

(1987) *Anteproyecto de Lucha contra el SIDA*, Bogotá: MS.

(1988) *Memoria al Congreso 1987/88*. Bogotá: MS.

(1988a) *Plan Nacional de Prevención y control del SIDA. Colombia. Programa de corto plazo 1988-1989*. Agosto 10. Bogotá. (Inédito).

(1989) *Memoria al Congreso 1988-1989*. Bogotá: MS.

(1990) *Memoria al Congreso 1986-1990*. Bogotá: MS.

(1990a) *Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. Plan a mediano Plazo 1990-1993*. Bogotá. (Inédito).

(ca.1990) *Salud con democracia. Familia sana en ambiente sano. Estrategias y líneas de acción para el Plan de Salud (1991-1994)*. S.c. (Inédito).

(1991) *Decreto reglamentario sobre el SIDA*.

(1991a) *La Revolución de la Salud*. Santafe de Bogotá: MS.

(1992) *Salud para todos. Memorias 1991-1992*. Santa Fe de Bogotá: MS.

(1994) *La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 3: Anexo documental*. Santafé de Bogotá: MS.

(1995) *Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA. Plan Intersectorial a mediano plazo para la prevención y control de las ETS/VIH/SIDA. Reporte de Actividades 1994. Programación 1995*. 2ª ed. Santafé de Bogotá, D.C.: MS.

(1996) *Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 1996-1999. (Documento Preliminar)*. Santa Fe de Bogotá. (Inédito).

(1998) *Municipios Saludables por la paz*. Bogotá. (Inédito).

(1998a) *Informe de Actividades 1997-1998 al Honorable Congreso de la República*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

(2000) *Proyecto CARMEN Colombia. Resumen Ejecutivo*, Bogotá, mayo. (Inédito).

Colombia MS/ACOMSAP (1990) *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Memoria Analítica de la Ley 10 de 1990*. 2 Vols. Bogotá: MS/ACOMSAP.

Colombia MS/DCD—Ministerio de Salud / Dirección de Campañas Directas (1978) *El programa de Malaria en Colombia, 1979-1982*. Bogotá. (Inédito).

(1982) *Estratificación epidemiológica, focalización cuantitativa y estudio de localidad del SEM. Grupo interdisciplinario.* Agosto 11, Bogotá. (Inédito).

(1984) *Informe país. Grupo de Trabajo para el desarrollo de Programas de Prevención y Control de la malaria y otras ETV en países del área Andina, 28-30 de noviembre, 1984.* (Inédito).

(1985) *Seminario Taller Focalización y Planeación Estratégica Focal en el control de la malaria.* Bogotá. (Inédito).

(1986) *Informe del Director de Campañas Directas.* Octubre 3. Bogotá,. (Inédito).

(1989) *Informe de la XV Reunión de los Jefes de Zona del Servicio de Erradicación de la Malaria de Colombia, Bogotá, 13-16 de diciembre de 1988.* (Inédito).

Colombia MS/DAM/DMIDP-Ministerio de Salud / Dirección de Atención Médica / División Materno Infantil y Dinámica de la Población (1985) *Evaluación y proyecciones de la cooperación UNFPA-OPS/OMS* (Título adjudicado, documento inédito, primer borrador).

(1988) *Diagnóstico de salud reproductiva en Colombia.* S.c.: (Inédito).

Colombia MS/DPC—Ministerio de Salud / Dirección de Participación de la Comunidad (1977) *Componente de participación de la comunidad en el SNS: niveles de atención.* Bogotá. (Inédito).

(1981) *Plan nacional de participación de la comunidad en Atención Primaria de Salud.* Bogotá. (Inédito).

(1985) *Plan de participación de la comunidad en salud.* Bogotá. (Inédito).

Colombia MS/ME/ICBF/OPS/UNICEF-Ministerio de Salud/Ministerio de Educación/
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Organización Panaericana de la
Salud/Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (1999) *Escuela Saludable*
(*lineamientos*). Bogotá. (Inédito).

Colombia MS/ONU/SIDA-Ministerio de Salud / Programa de la Organización de
Naciones Unidas para el Control de VIH/SIDA (1999) *Infección por VIH y*
SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación
actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santafé de Bogotá.
(Inédito).

Colombia MS/OPS—Ministerio de Salud / Organización Panamericana de la Salud
(1982) *Evaluación del PAI*. Bogotá. (Inédito).

(1988) *Resultados de la Investigación y de la Encuesta Nacional sobre*
Participación de la Comunidad. Informe presentado por Margarita Hurtado de
la Vega—Consultora OPS. Bogotá (Inédito).

(1991) *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*. Serie Debate N° 1.
Santa Fe de Bogotá: MS/OPS.

(1992) *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*. Serie Debate N° 2.
Santa Fe de Bogotá: MS/OPS.

(1992a) *Planeación Local de la Salud*. Santa Fe de Bogotá: MS/OPS.

(1992b) *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santafé de
Bogotá: MS/OPS.

(ca.1992) *Municipios Saludables*. S.c.: MS/OPS.

(1994) *Programa Nacional de Prevención y Control de la ETS-VIH/SIDA. Plan*
intersectorial a mediano plazo (1994-1996). Santafé de Bogotá, D.C.
(Inédito).

(1996) *Recursos humanos en salud y proyecciones a corto y largo plazo, Colombia 1994-2000-2024. (Resumen Ejecutivo)*. Bogotá. (Inédito).

(2000) *Lineamientos de Política para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles -ECNT. Documento preliminar de trabajo*. Bogotá. (Inédito).

(2001) *Evaluación integral del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: MS/OPS.

Colombia MS/UNFPA/OPS/OMS-Ministerio de Salud / Fondo de Naciones Unidas para Actividades sobre Población / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (1989) *Atención materno infantil y planificación familiar en áreas críticas (Proyecto Col.88/P01)*. Septiembre. Bogotá. (Inédito multicopiado).

Colombia MS/SEM (1979) *Evaluación del programa de Malaria. Abril de 1979*. (Inédito).

(1979a) *Informe del Director a la III Reunión de Directores de SNEM de las Américas, México, Marzo-1979*. (Inédito).

Colombia MSP—Ministerio de Salud Pública (1960) *Campaña de Erradicación de la viruela*. (Inédito, policopiado).

(1960a) *El problema de la tuberculosis y su repercusión sobre la economía de la nación*. (Inédito).

(1961) *Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública – 1962 a 1971- en desarrollo de la Alianza para el progreso*. Bogotá. (Inédito).

(1961a) *Programa de erradicación del Aedes aegypti. Informe final*. (Inédito).

(1963) *Papel del personal de saneamiento en el mejoramiento de la vivienda*. Bogotá: MSP.

(1965) *Seminario nacional para inspectores de saneamiento*. (inédito).

(1965a) *Programa de saneamiento básico rural y bienestar rural. Manual de procedimiento a seguir en el proceso de desarrollo comunal*. Bogotá: MSP, División de Saneamiento Ambiental.

(1966) *Integración de los servicios de salud y asistencia pública*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública.

(1967) *Codificación Sanitaria Nacional*, Bogotá. Ministerio de Salud Pública.

(1969) *Informe General de Actividades, División de Campañas Directas, Servicio Nacional de Erradicación SEM*. Ministerio de Salud Pública.

(1972) *Rediseño del Sistema Nacional de Salud. Documento RSSC3*. Bogotá (Inédito, policopiado)

(1975) *Plan Nacional de Salud. Primera Fase. Nivel Local*. Documento de trabajo (Inédito).

(1975a) *Desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Plan Nacional de Salud. Primera Fase-Nivel Local. Módulo Anual de Cobertura (MAC-1)*. Documento Oficial, ISNS-11. (Inédito).

(1975b) *Área crítica de recursos humanos*. Anexo N° 9 al documento ENSP – 1. Ejemplar para las discusiones del Primer Encuentro Nacional para la Planificación del Sector Salud. Marzo 31. Bogotá. (Inédito).

Colombia MSP/DAM/DMI-Ministerio de Salud Pública / Dirección de Atención Médica / División Materno Infantil (1975) *Evaluación del programa materno*

infantil del Ministerio de Salud Pública de Colombia 1969 – 1974. Bogotá D. E. (Inédito).

Colombia MSP/DNS—Ministerio de Salud Pública / División Nacional de Salubridad. (1960) *Análisis Histórico de las Transferencias, Inversiones y Gastos.* (Inédito).

Colombia MSP/OCE—Ministerio de Salud Pública / Oficina de Coordinación Ejecutiva. (1960) Informe de Labores Programa Colombia-4. Plan Piloto, 1957-1960.

Colombia MSP/PNS/SEM—Ministerio de Salud Pública / Plan Nacional de Salud. (1967), *El Programa de Erradicación de la Malaria.*

Colombia MSP/SCISP—Ministerio de Salud Pública / Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, United States Operations Mission to Colombia, Health and Sanitation. (1956) *Informe de la conferencia sobre cooperación técnica bilateral en Salud Pública en Colombia, Bogotá, 27 de enero - 10 de febrero de 1956.* (Inédito).

Colombia MSP/SEM—Ministerio de Salud Pública / Servicio de Erradicación de la Malaria (1957), *Plan de Erradicación de la Malaria, Vol. 1.*

(1966) *Informe del director del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria a la VI reunión del SNEM de América del Sur. Maracay, Venezuela.* Ministerio de Salud Pública (Inédito).

(1967) *Plan Nacional de Salud. El programa de erradicación de la malaria.* (Inédito).

(1969) *Informe General de Actividades, División de Campañas Directas.* (Inédito).

(1971) *Informe del director a la Reunión de Directores del SNEM de las Américas*, San Salvador, El Salvador. Ministerio de Salud Pública (Inédito).

(1975) *Informe del Director a la II Reunión de Directores de S.N.E.M. de las Américas*, Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública (Inédito).

Colombia MSP/SSV—Servicios de Salud del Valle (1967) *Seminarios sobre la Participación de los Servicios Locales de Salud en la Erradicación de la Malaria*, Cali-Cartago. Ministerio de Salud Pública.

Colombia MTSS/ISS—Ministerio de Trabajo y Seguridad Social / Instituto de Seguros Sociales (1984) *Decretos extraordinarios*. 2ª ed. Bogotá: ISS.

Colombia PR—Presidencia de la República (1963) “Decreto Extraordinario N° 3.224 sobre asistencia pública”. *Diario Oficial*, N° 31.265.

(1988) *Reforma constitucional. Documentos*. Bogotá: PR-Imprenta Nacional.

(1989) *Hacia una nueva Colombia. La política de reconciliación, normalización y rehabilitación. Historia de un proceso*. Vol. I. Bogotá: Consejería Presidencial para la Reconciliación, Normalización y Rehabilitación-Imprenta Nacional de Colombia.

(1989a) *El camino de la paz. Historia de un proceso*. Vol. II. Bogotá: Consejería para la Reconciliación, Normalización y Rehabilitación-Imprenta Nacional de Colombia.

Colombia PR/DNP—Presidencia de la República/Departamento Nacional de Planeación. (1991) *La revolución Pacífica. Modernización y apertura de la economía*. Vol. I. Bogotá: DNP.

Colombia, República de (1922) “Ley 99 de 1922 (diciembre 7) ‘Por la cual se adicionan las leyes sobre higiene pública’.” *Leyes Autógrafas*, 1922, fl. 514-576.

(1947) “Decreto número 1500-bis de 1947 (abril 30), ‘por el cual se reglamenta la carrera de higienista, creada por el artículo 5° de la Ley 27 de 1946’.” *Memorias de Higiene*. Tomo I. Bogotá: Imprenta Nacional: 43-51

(1986) “Ley 76 de 1985 (Octubre 8) ‘Por la cual se crea la región de planificación de la Costa Atlántica, se dictan otras disposiciones sobre planificación regional y se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República’.” *Economía Colombiana*, Separata N° 9, junio: 20-22.

(1988) *Proyecto. Apoyo al proceso de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en el municipio de Cali*. S.c. (Inédito).

(1988a) *Proyecto. Apoyo al proceso de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en el municipio de Medellín*. S.c. (Inédito).

(1991) *Constitución Política de Colombia*. S.c.: Presidencia de la República, Consejería para la Modernización del Estado.

(1993) “Ley 100 de 1993 ‘Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones’.” *Diario Oficial*, jueves 23 de diciembre, Año CXXIX, N° 41.148: 1-37.

Colombia, Senado (1931) “Informe de la Comisión que estudió el proyecto de ley ‘por la cual se aprueban el Código Sanitario Panamericano, firmado en la VII Conferencia Panamericana de La Habana, y el Memorándum de interpretación del mismo y Protocolo adicional aprobados en la VIII Conferencia Panamericana de Lima’.” *Anales del Senado*, Serie 10ª, N° 242 y 243, viernes 13 de marzo: 1894.

Colombia SNPAD—Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (1991) *Memorando 3*. Santa Fe de Bogotá: SNPAD.

Concha y Venegas, J.A. (1960) *Informe del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria -SEM-, campaña directa del Ministerio de Salud Pública*.

CSI-Conferencia Sanitaria Internacional (1920) *Resoluciones*. En: <http://www.paho.org/spanish>.

CSP-Conferencia Sanitaria Panamericana (1927) *Resoluciones*. En: <http://www.paho.org/spanish>.

(1954) *Resoluciones*. En: <http://www.paho.org/spanish>.

Cueto, M. (1996) "Los ciclos de erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940". En: _____ (ed.) *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud.

Cruz, L.F. (1990) "El sistema de salud pública de Cali". En: FES-Fundación para la Educación Superior. *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades*. S.c.: FES: 133-146.

Cruz, P.E. (1947) *Memoria de Higiene*. 2 Tomos. Bogotá: Imprenta Nacional.

Del Corral, J. (1920) "Higiene y salubridad". _____ *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1920*. Bogotá: Imprenta Nacional: xiv-xix.

(1921) "Higiene y salubridad". _____ *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1921*. Bogotá: Imprenta Nacional: viii-xiii.

De Swaan, A. (1992) [1988] *A cargo del Estado*. Barcelona: Pomarés-Corredor.

De Taborda, M.C. y Granados, R. (2002) *Entrevista conjunta realizada por Román Vega Romero y Mónica García*. Bogotá, 9 de Octubre. (Inédito).

- Díaz Uribe, E. (1990) "Sistema Nacional de Salud y la política de atención primaria". En: FES-Fundación para la Educación Superior. *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades*. S.c.: FES: 17-31.
- Drake, D. (1994) *Reforming the Health Care Market. An interpretive economic history*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Dubin, M.D. (1995) "The League of Nations Health Organisation". En: Weindling, Paul (ed.) *International Health Organizations and Movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press: 56-80.
- Duque, L.F. (Ed.) (1986) *Un país y sus niños. Las Jornadas Nacionales de Vacunación- Colombia, 1984*. Serie Publicaciones Científicas, Nº 5. Bogotá: INS.
- Escobar, E. (2002) *Participación en el conversatorio con ACODAL, a cargo de Manuel Vega y Diego Barbosa*, Bogotá, 3 de septiembre. (Inédito).
- Esguerra, R. (ca.2000) "Reportaje". *Salud Colombia*, Edición 45. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud45/report45.htm>
- Eslava, J.C. (1996). "El influjo norteamericano en nuestra medicina a mediados de siglo". *Revista de la Facultad de Medicina U.N.* 44(2): 110-113
- (2002) *La emergencia de la Salud Pública como campo profesional en Colombia*. Tesis para optar por el título de Magíster en Sociología. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. (Inédito).
- ESP/UN—Escuela de Salud Pública / Universidad Nacional (1959). *Adiestramiento de inspectores sanitarios en Colombia*. Documento, Bogotá, 23p.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

- Falkson, J.L. (1980) *HMOs and the Politics of Health System Reform*. Chicago: American Hospital Association.
- Fedecafé-Federación Nacional de Cafeteros de Colombia (1987) *Descentralización administrativa, política y fiscal y de la planificación regional. Una revisión general*. Septiembre. Bogotá. (Inédito).
- FES-Fundación para la Educación Superior (1990) *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades*. S.c.: FES.
- Fleury, S.; Belmartino, S.; Baris, E. (2000) *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC).
- Floch, H. (1959) "La profilaxis de la lepra", *Seminario sobre el control de la lepra* Publicaciones Científicas No. 41. Washington, pp. 514-522.
- Flórez, J. (2002). *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Documento presentado en el conversatorio sobre la relación del Estado Colombiano y la OPS entre 1902 y 2002, realizado en Medellín durante el mes de Junio de 2002 (inédito).
- Floharty, V.L.(1957) *Dance of the Millions: Military Rule and the Social Revolution in Colombia, 1930-1956*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Franco, Saúl (1990) *El paludismo en América Latina*. México: Universidad de Guadalajara.
- Frenk, J. (1992) "La nueva salud pública". En: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS: 75-93.

Frenk, J., Londoño, J.L. (1997) "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". *Salud y Gerencia*, 15: 1 y 6-28.

Galán Morera, R. (1986) *Integración Docente-Asistencial. Modelo de evaluación*. Bogotá: Ministerio de Salud, ASCOFAME.

García, C.M. y Quevedo, E. (1998) "Uncinariasis y café: los antecedentes de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1919". *Biomédica*, 18 (1): 5-21.

García, J.C. (1969) "Características generales de la educación médica en América Latina". *Educación Médica y Salud*, 3 (4): 267-313.

(1972) *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica N° 255. Washington. D.C.: OPS/OMS.

García Medina, P. (1917) "Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla". *Revista de Higiene*, 8 (100): 99-104.

(1920) "Informe del Director Nacional de Higiene". En: Del Corral, J. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1920*. Vol 1. Bogotá: Imprenta Nacional: 217-268.

(1921) "Sexta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana de Montevideo. Informe presentado por el Delegado de la República de Colombia, doctor Pablo García Medina". *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Vol. XII , N° 140: 406-420.

(1921a) "Informe del Director Nacional de Higiene". En: Del Corral, J. *Memoria del Ministro de Agricultura y comercio al Congreso de 1920*. Vol I. *Informe de Lazaretos*. Bogotá: Imprenta Nacional: 175-207.

(1922) "IV Informe anual del Director Nacional de Higiene". En: Moreno, I. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1922*. Bogotá: Imprenta Nacional.

(1923) "V Informe anual del Director Nacional de Higiene". En: Paredes, A. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923*. Bogotá: Imprenta Nacional: 201-280.

(1931) *Informe del Director, Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública*. Bogotá: Imprenta Nacional.

(1932) *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Tomo I. Bogotá: Departamento Nacional de Higiene, Imprenta Nacional.

(1932a) *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Tomo II. Bogotá: Editorial Minerva.

García Medina, P. y Cuervo Márquez, L. (1918). "Informe aprobado por la Academia sobre declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas". *Revista de Higiene*, 9 (111): 20-23.

García Villegas, M. (2001) "Derechos sociales y necesidades políticas. La eficacia judicial de los derechos sociales en el constitucionalismo colombiano". En: Sousa Santos, B. y García Villegas, M. *El caleidoscopio de las justicias en Colombia*. Tomo I. Bogotá: Colciencias, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Universidad de Coimbra-CES, Universidad de los Andes, Universidad Nacional de Colombia, Siglo del Hombre: 455-483.

Gartner, H. (1974) "Evaluación crítica del producto de las facultades de medicina desde el punto de vista de los servicios de salud". En: ASCOFAME. *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. Bogotá: ASCOFAME: 79-84

- Gast Galvis, Augusto (1961) "Una década de labor del Instituto Carlos Finaly de Colombia", *Boletín de la OSP*, Vol. 50 (1): 56.
- Gaviria Trujillo, C. (1991) "Prólogo a la Revolución Pacífica" En: Colombia, PS/DNP-Presidencia de la República / Departamento Nacional de Planeación. *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*. Bogotá: Editora Géminis.
- Gómez, J.G. (2000) "Sobre las constituciones de Colombia. (Incluida la de papel)". En: IEPRI-Instituto de Estudios políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia. *Colombia: cambio de siglo. Balances y perspectivas*. Bogotá: Planeta: 255-292.
- Gómez, E. y Correa, F. (1999). *Memoria. Historia de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Medellín (inédito, versión en medio electrónico).
- González, A., Velandia, M (ca.2000) *La situación de la salud pública en Colombia: una visión*. Bogotá. (Inédito).
- González Posso, C. (1991) "Carta de remisión del informe al Presidente de la República, Cesar Gaviria Trujillo, del Ministro de Salud, Camilo González Posso". En: Colombia, MS. *Colombia Sana. Informe al Presidente de la República*. Santa Fe de Bogotá (Inédito)
- Groot, H. (2002) *Entrevista realizada por Mónica García en la Academia Nacional de Medicina*. 7 de mayo, Bogotá. (Inédito).
- Guerra de Macedo, C. (1992) "El contexto". En: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS: 237-243.
- Guzmán, M.P. (1996) *Cooperación técnica norteamericana en Salud Pública, 1900-1953*. Tesis para optar por el título de Maestría en Análisis de Problemas Económicos, Políticos e Internacionales Contemporáneos.

Instituto de Altos Estudios para el Desarrollo, Universidad Externado de Colombia. (Inédito).

Guzmán Urrea, M.P. y Quevedo, E. (1999) "La cooperación técnica norteamericana en salud pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial", *Biomédica*, 19 (1): 5-17.

Halperin Donghi, T. (1993) *Historia contemporánea de América Latina*. 14ª ed. Madrid: Alianza.

Hanagan, M. (1999) "Introduction: Changing Citizenship, Changing States". In: Hanagan, M. y Tilly, Ch. (eds.) *Extending Citizenship, Reconfiguring States*. Langham: Rowman & Littlefield: 1-16.

Hartlyn, J. (1993) *La política del régimen de coalición. La experiencia del Frente Nacional en Colombia*. Bogotá: Centro de Estudios Internacionales, Uniandes, Tercer Mundo.

Hernández, M. (1992) "El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana". En: Cardona, A. (comp.) *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus Asesores: 127-154.

(1997) "Proceso sociopolítico y salud en Colombia: 1958-1993". En: Guerrero, J. (Comp). *Medicina y salud en la historia de Colombia*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Archivo General de la Nación, Asociación Colombiana de Historiadores: 196-216.

(1999) "El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia". *Cartilla de Seguridad Social*. Número especial, (5), diciembre: 21-43.

(2000) *La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946*. Tesis para optar por el título de Magíster en Historia. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. (Inédito).

(2000a) "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". *Revista de Salud Pública* (Bogotá) 2 (2): 121-144.

(2000b) "¿Somos los mejores en salud?". *UN-Periódico*, (14), Septiembre 17: 2.

(2002) "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia". *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 18 (4), Jul-Ago.: 991-1001.

(2002a) *Neoliberalismo y salud. Desarrollos, supuestos y alternativas*. Ponencia presentada al seminario "La falacia neoliberal: críticas y alternativas", Universidad Nacional de Colombia, abril 3 y 4, Bogotá (En prensa).

Hernández Torres, J. (2001) *La influencia de los organismos sanitarios internacionales en la organización de los servicios de salud en Colombia: 1960-1980*. Informe de Internado Especial, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (inédito).

Hobsbawm, E. (1996) *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica.

Horwitz, A. (1961) "Planificación del Desarrollo Económico y Social en La América Latina" en OPS/OMS, *Salud. Crecimiento económico y progreso social en la América Latina*, Publicaciones Varias, No. 68, pp. 3-10.

(1961a) "El desarrollo económico y el bienestar social". *Boletín de la OSP*, 51 (5): 387-389.

(1962) "Enseñanza superior en Salud Pública". *Boletín de la OSP*, 52 (3): 248-250.

(1962a) "Visión general del período 1958-1961 y sus proyecciones". *Boletín de la OSP*, 53 (6): 475-496.

(1966) "Editorial. La nueva dimensión de la salud". *Boletín de la OSP*, 61 (4): 350-353.

(1969) "Editorial. Encuesta sobre las Escuelas de Salud Pública de la América Latina". *Educación Médica y Salud*, 3 (3): 163-166.

(1970) "Reformas en la enseñanza de Salud Pública". *Educación Médica y Salud*, 4 (1-2): 8-13.

Howard-Jones, N. (1977) "Problemas de organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (1)". *Crónica de la OMS*, 31: 435-48

(1980) "La Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución (1)". *Crónica de la OMS*, 54: 395-403.

Humphreys II, G.H. et al (1950). "Misión Médica Unitaria a Colombia". *Boletín Clínico* 10 (10): 272-317.

IFL-Instituto FES de Liderazgo / Grupo de Macropolíticas de Salud y Seguridad Social. (1994) "Reforma de la seguridad social en salud. Proyecto de ley". En: Colombia MS. (1994) *La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 3: Anexo documental*. Santafé de Bogotá: MS: 90-111.

INPES—Instituto Nacional de Programas Especiales (1973) *Laboratorio Nacional de Salud "Samper Martínez, 1917-1973*. Bogotá: INPES.

ISB—International Sanitary Bureau (1903) *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics*. Washington, D.C.: Government Printing Office.

Jaramillo, I. (1990) "Reforzar la salud como servicio público". En: Colombia, MS/ ACOMSAP- Ministerio de Salud / Asociación Colombiana de Médicos de Salud Pública. *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una*

Respuesta al cambio. Memoria analítica de la Ley 10 de 1990. Bogotá: MS/ACOMSAP: 265- 280

(1999) *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después.* 4ª ed. Santa Fe de Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona.

Jaramillo Salazar, A. (1980) *Informe del Ministro de Salud, Alfonso Jaramillo Salazar, al Congreso de la República.* Bogotá: MS.

Jaramillo Sánchez, A. (1938) "Informe de los servicios de higiene del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social". En: _____ *Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social Fascículo 1º.* Bogotá: El Gráfico.

Jiménez Arango, A. (1952) *Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1952.* Bogotá: Imprenta Nacional.

(1964) "Orientación de la educación de graduados en Colombia". En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFAME. *Medicina y Desarrollo Social.* Bogotá: ASCOFAME, Tercer Mundo: 53-57.

Jiménez Rozo, G. (1978) "Utilización del médico general en los servicios dependientes del ministerio de salud". En: ASCOFAME. *Seminario: El médico general, una respuesta al futuro.* Bogotá: ASCOFAME.

Junguito, R. (1985) "Memorando del Ministro de Hacienda Roberto Junguito B al Presidente Belisario Betancur". *Economía Coombiana*, Separata N° 6, marzo-abril: 20-25.

Kennedy, J.F. (1961) "Mensaje del presidente John F. Kennedy a la reunión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a nivel ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961". *Revista del Banco de la República*, 34 (406): 984-985.

- Klochkovski, L. (1992) "La herencia teórica de Raúl Prebisch y las relaciones económicas exteriores de América Latina". En: Montuchi, L. y Singer, H. (Comp.) *Los problemas de desarrollo en América Latina. Homenaje a Raúl Prebisch*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, Fundación Raúl Prebisch: 129-39.
- Lapham, M. et al (1954). "Un estudio de la educación médica en Colombia- 1953". *Antioquia Médica* 4(5/6): 478-546
- Latorre Rueda, M. (1989) "1930-1934. Olaya Herrera: un nuevo régimen". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 269-297.
- Latour, B. (1992) *Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros en la sociedad*. Barcelona: Labor.
- Laurell, A.C. (1997) *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Mexico, D.F.: Fundación Friedrich Ebert, Ediciones Era.
- Leal, F. (1995) "El Estado colombiano: ¿crisis de modernización o modernización incompleta?". Melo, J.O. (Edit.) *Colombia hoy. Perspectivas hacia el siglo XXI*, Bogotá, Tercer Mundo, 15ª. Edición aumentada: 397-446.
- Leal Buitrago, F. (Ed.) (1996) *Tras las huellas de la crisis política*. Bogotá: Tercer Mundo, Fescol, IEPRI-UN.
- Leyva, J.P. (1952) "Informe de lepra - 1952". En: Alejandro Jiménez Arango, *Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional: 150-156.
- Lichtensztenjn, S. y Baer, M. (1989) *Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. Estrategias y políticas del poder financiero*. Caracas: Nueva Sociedad.

Llinás, J.P. (1958) *Memoria del ministro de Salud Pública al Congreso Nacional 1958*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Lobo, M.N. (1918) "Estaciones en Buenaventura y Tumaco. Nota de la Junta a la Cámara de Representantes". *Revista de Higiene*, 11 (111): 34-5.

Londoño, J. (1947) "Informe de la División Técnica de Bioestadística". En: Cruz, P.E. *Memoria de Higiene*, Tomo II. Bogotá: Imprenta Nacional: 28-32.

Londoño, J.L. (1995) "Las nuevas políticas sociales de Colombia". *El Tiempo*, Domingo 12 de Marzo: 6C.

(1999) "[Opinión del] Dr. Juan Luis Londoño, ex ministro de salud". En: ANM-Academia Nacional de Medicina, Comisión de Salud. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Bogotá: ANM: 26-29.

(2000) "¡Salud por la salud!". *Dinero*, (111), Julio, www.dinero.com.co.

Londoño Palacio, A. (1943) "La cooperación de los Estados Unidos en Programas de Salubridad y Saneamiento en Colombia". En: _____ *Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1943*. Bogotá: Imprenta Nacional: 347-79.

Luque, R. (2002) *Entrevista realizada por Claudia Mónica García. Septiembre 25 de 2002 en el Ministerio de Salud*. Bogotá. (Inédito)

Mahler, H. (1975) "Estrategias sanitarias en un mundo en transformación". *Crónica de la OMS*, 29: 223-233.

(1976) "La OMS y el nuevo orden económico". *Crónica de la OMS*, 30: 231-240.

(1977) "Plan de salud para todos". *Crónica de la OMS*, 31: 548-556.

- Málaga, H. (1997) *Informe de evaluación BPB 1996-1997. OPS/OMS*. Bogota. (Inédito).
- Málaga, H., Latorre, M.C., Cárdenas, J., Montiel, H., Sampson, C., De Taborda, M.C., Granados, R., Pastor, D. (2000) "Equidad y reforma en salud en Colombia". *Revista de Salud Pública* (Bogotá) 2 (3): 193-219.
- Marín, J.M. (1981) *Proyecto desarrollo administrativo del sector salud. Col. 5500. Informe final de misión OPS*. Bogotá. (Inédito).
- Martínez González-Tablas, A. (2000) *Economía política de la globalización*. Barcelona: Ariel.
- Mejía, A. (2002) *Entrevista realizada por el Dr. Jaime Poveda, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia*. (Material cedido por el entrevistador).
- (2002a) *Entrevista realizada por Juan Carlos Eslava y Manuel Vega*. Bogotá, 30 de Mayo. (Inédito).
- Mendo, C. (2002) "Una decisión poco americana", *El País*, Madrid, 6 de Julio.
- Mesa, D. (1984) "La vida política después de Panamá, 1903.1922". En: Jaramillo Uribe, J. (Dir.) *Manual de Historia de Colombia*. 3ª ed. Tomo III. Bogotá: Procultura/Instituto Colombiano de Cultura: 81-176.
- Misas, G. (2001) "De la sustitución de importaciones a la apertura económica. La difícil consolidación industrial". En: _____. (Ed.) *Desarrollo económico y social en Colombia. Siglo XX*. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia: 111-134.
- Moll, A. (1940) "The Pan American Sanitary Bureau: its origin, development and achievements". *Boletín de la OSP*, 19 (12): 1219-38.

MNSSS—Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. (2001) *Primer congreso nacional por la salud. Conclusiones generales. Bogotá, octubre 3-6 de 2001*. Bogotá: MNSSS.

Múnera, L. (1998) *Rupturas y continuidades. Poder y movimiento popular en Colombia, 1968-1998*. Santa Fe de Bogotá: IEPRI, Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, CEREC.

Navarro, V. (1998) *Neoliberalismo y Estado del bienestar*. 2ª ed. ampliada. Barcelona: Ariel.

(2000) "Assessment of the World Health Report 2000". *Lancet* (356), Nov.: 1598-1601.

Nájera, J.A. (1991) "El paludismo y las actividades de la Organización Mundial de la Salud". *Boletín de la OSP*, 111 (2): 131-151.

Novoa, A. (1992) "La AD M -19 o el reto de construir una opción de gobierno democrático y popular". *2010 Revista Cultural de Debate por la Democracia*. (38) Febrero: 4-7.

NU—Naciones Unidas (1957) *Análisis y proyecciones del desarrollo económico. III. El desarrollo económico de Colombia. Estudio realizado por la Secretaría de la Comisión Económica para América Latina*. México: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

Obregon Torres, D. (2002) *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la República/EAFIT.

Ocampo, J.A. et al (1994) "La consolidación del capitalismo moderno (1945-1986)". En: Ocampo, J.A. (Comp.) *Historia Económica de Colombia*. 4ª ed. Bogotá: Tercer Mundo, Fedesarrollo: 243-334

Ocampo Londoño, A. (1960) *Memoria del ministro de Salud Pública*. Bogotá: MSP.

Ocampo López, L. (2000) *Red de Municipios Saludables por la Paz. Cobertura y estado actual de la estrategia*. Abril, Bogotá. (Inédito).

Ochoa, L.C. (2002) *Entrevista realizada por Juan Carlos Eslava y Manuel Vega*. Medellín, 22 de Junio. (Inédito).

OMS—Organización Mundial de la Salud (1975) “28ª Asamblea Mundial de la Salud—2”. *Crónica de la OMS*, 29: 311-322.

(1978) *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie Salud para Todos N° 1. Ginebra: OMS.

(2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.

(2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/es/>

OMS/UNICEF—Organización Mundial de la Salud / Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (1978) “Atención primaria de salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978”. En: OMS. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie Salud para Todos N° 1. Ginebra: OMS: 39-93.

ONU-Organización de Naciones Unidas (1967) *Declaración de los Jefes de Estado sobre Población*. New York: ONU.

OPS—Organización Panamericana de la Salud (1959) *Informe anual del director*, 1958. Washington D.C.

(1960) “Seminario sobre la enseñanza de la Pediatría”. *Boletín de la OSP*, 48 (6):477-486.

(1962) “Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública en América Latina”. *Boletín de la OSP*, 52 (3): 187-213

(1964) “Primer informe sobre la enseñanza de la Patología en las escuelas de medicina de la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3 (2): 81-88.

(1964a) “Primer informe sobre la enseñanza de la Bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3 (2): 89-97.

(1964b) “Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3 (2): 98-107.

(1964c) “Primer informe sobre la enseñanza de la Fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3 (2): 108-117.

(1964d) “Primer informe sobre la enseñanza de la Pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3(2): 118-131.

(1964e) “Primer informe sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las escuelas de medicina de la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3(2): 132-155.

(1966) “Adiestramiento de personal auxiliar en salud pública”. *Boletín de la OSP*, 61 (5): 383-392.

(1969) “Las Escuelas de Salud Pública en la América Latina”. *Educación Médica y Salud*, 3 (3): 167-215.

(1970) "Funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socio-económicos en la América Latina". *Educación Médica y Salud*, 4 (1-2): 108-127.

(1970a) *Proyecciones cuatrienales del plan de cooperación de OPS-OMS con el gobierno de Colombia*, 2 V.

(1971) *Informe anual del Director, 1970*. Documento oficial No. 109, Washington.

(1973) "Seminario de enseñanza de enfermería a nivel universitario". *Educación Médica y Salud*, 7 (2): 220-242.

(1973a) *Informe anual del Director, 1972*. Documento Oficial Nº 124. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1975) *Informe Anual. Control de la Fiebre Aftosa*. (Inédito).

(1975a) *Informe anual de proyectos. Representación de OPS en Colombia*, Bogotá (Inédito).

(1975b) *Informe anual del Director, 1974*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1975c) "Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina". *Educación Médica y Salud*, 9 (2): 211-223.

(1976) *Informe anual del Director, 1975*. Documento Oficial Nº 143. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1977) *Informe Anual. Control de la Fiebre Aftosa*.

(1977a) *Informe anual del Director, 1976*. Documento Oficial Nº 150. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1977b) *Informe primer semestre*.

(1979) *Informe anual del Director, 1978*. Documento Oficial N° 165. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1981) *Informe anual del Director, 1980*. Documento Oficial N° 177. Washington, D.C.: OPS/OMS

(1983) *Hechos y progresos en fiebre aftosa en América del Sur durante el periodo 1971-1981*.

(1988) *Informe de la V Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria y Directores Generales de Salud en las Américas, Bogotá, Colombia, 1-6 de junio de 1987*. Cuaderno Técnico N° 19. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1991) *Evaluación conjunta de la cooperación técnica OPS/OMS-Colombia. Informe final*. Bogotá (Inédito).

(1991a) *Informe Anual del Director 1990*. Documento Oficial N° 243. Washington, D.C.: OPS

(1992) *Pro Salute Novi Mundi: Historia de la OPS. Boletín de la OSP* (Número especial) 113 (5-6): 373-576.

(1992a) *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1995) *Informe Anual del Director 1994*. Documento Oficial N° 227. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1996) *Informe Anual del Director. En Busca de la Equidad. 1995*. Documento Oficial N° 277. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1997) "La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2 (6): 420-427.

(2000) *42º Consejo Directivo, 52ª sesión del Comité Regional. Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000. Punto 4.11 del orden del día provisional CD42/15, Funciones esenciales de salud pública (Esp.) Julio 20.* (www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd42_15-s.pdf)

(2000a) *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública.* Washington, D.F.: OPS/OMS.

(ca.2001) *Cooperación técnica en pro de la salud. Colombia.* Bogotá. (Inédito).

(2001a) *Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas.* Washington, D.C.: OPS/OMS.

(2002) *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.* Publicación Científica N° 589. Washington, D.C.: OPS/OMS.

OPS/CENDES—Centro de Estudios del Desarrollo Económico y Social (1965) *Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos.* Publicación Científica N° 111, Washington, D.C.: OPS/OMS.

OPS/OMS (1961) *Salud, crecimiento económico y progreso social en la América Latina.* Publicaciones Varias N° 68. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1962) *Atención médica. Bases para la formulación de una política continental.* Publicación Científica N° 70. Washington D.C.: OPS/OMS.

(1963) *Informe final del grupo encargado del estudio de la salud constituido por los ministros de salud de las Américas. Abril 15 al 20 de 1963.* Documento Oficial N° 51. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1965) *Informe de los seminarios sobre la misión de los servicios generales de salud en la erradicación de la malaria. Pocos de Caldas, Brasil, 26 de*

junio-4 de julio de 1964/Cuernavaca, México, 4-13 de marzo de 1965.
Publicación Científica N° 118. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1966) *Administración de servicios de atención médica. Nuevos elementos para la formulación de una política continental.* Publicación Científica No. 129
Washington D. C.: OPS/OMS.

(1967) *Coordinación de los servicios médicos. Discusiones técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.* Publicación Científica N° 154.
Washington D. C.: OPS/OMS.

(1970) *Coordinación de la atención médica. Informe final de un grupo de estudios. 4-8 de agosto de 1969.* Washington D. C. OPS/OMS.

(1973) *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.* Documento Oficial N° 118. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1978) *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.* Documento Oficial No. 155. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1980) *Salud para todos en el año 2000. Estrategias.* Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1981) *Malaria en las Américas. Informe de la III reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas, Oaxtepec, Morelos, México, 26-31 de marzo, 1979,* Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1983) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de junio de 1946.* Documento Oficial N° 188. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1988) *Informe de la V Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria y Directores Generales de Salud en las Américas, Bogotá, Colombia, 1-6 de junio de 1987*. Cuaderno Técnico N° 19. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1993) *Planificación familiar, salud reproductiva y población*. CE11/18 (Esp.) Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1994) *Marco de referencia para la enseñanza de la salud reproductiva. Grupo de Cartagena. Septiembre 8-18 de 1993*. OPS/OMS-UNFPA.

(1995) *Orientaciones estratégicas y programáticas, 1995-1998*. Documento Oficial N° 269. Washington D.C.: OPS/OMS.

(1995a) *Las políticas de salud en los 90. Programa de políticas de salud, División de Salud y Desarrollo, OPS/OMS*. Serie de Informes Técnicos N° 45. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1996) *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica N° 557. Washington, D.C.: OPS/OMS.

(1996a) *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sanitarias en Salud. Cambios y Oportunidades..* Washington. D.C.: OPS/OMS-División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud-Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.

(1996b) "Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. San José de Costa Rica". En: _____. *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sanitarias en Salud. Cambios y Oportunidades..* OPS, Washington. D.C.: OPS/OMS-División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.

OPS/OMS/Colombia—Representación en Colombia. (1975) “Col-0200-Eradicación de la Malaria”. En: _____. *La OPS/OMS en Colombia, Informe primer semestre 1975*:1-3 (Inédito).

(1975a) “Col-0200-Eradicación de la Malaria”. En: _____. *Informe Anual, 1975*: 1-4. (Inédito).

(1976) *Informe anual. Proyectos de cooperación OPS*. Bogotá. (Inédito).

(1977) “Informe trimestral sobre ejecución del proyecto. Colombia-0200-Eradicación de la Malaria”. En: _____. *Informes. Primer Semestre, 1977*: 1-5. (Inédito).

(1977a) “Colombia-0200-Eradicación de la Malaria”. En: _____. *Informes anuales, 1977*: 1-6. (Inédito).

(1978) “Col-0200-Eradicación de la malaria”. En: _____. *Informe. Primer trimestre, 1978*. (Inédito).

(1978a) “Col-0200-Eradicación de la malaria”. En: _____. *Informe Anual, 1978*. (Inédito).

(1983) *Informe sobre Proyectos de cooperación OPS Colombia*. Bogotá. (Inédito)

(1984) *Col-013. Colombia. Descripción del país y de su situación de salud*, Bogotá (Inédito).

(1984a) *Informe Final “PAI”. Segunda Reunión Regional*. Bogotá. (Inédito).

(ca.1986) *Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Taller sobre planificación, administración y evaluación*. Vol. 1. Bogotá. (Inédito).

(1991) *Evaluación Conjunta de la Cooperación Técnica OPS/OMS Colombia Informe final*. Bogotá (Inédito).

(1996) SOIP. *Proyecto de Salud Ocupacional en la Industria del Petróleo. Informe Final*. Bogotá. (Inédito).

(1997) *Evaluación de cooperación técnica de la OPS/OMS a Colombia*. Bogotá. (Inédito).

(1998) *Evaluación conjunta del bienio 1996-1997. OPS–Ministerio de Salud. Informe*. Bogotá. (Inédito).

(ca.2001) *Informe transferencia de la Representación OPS/OMS en Colombia*. Bogotá. (Inédito).

OPS/OMS/FNSP—Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud/Facultad Nacional de Salud Pública (1999) “Salud Pública y Reforma. Memorias del Seminario-Taller Nacional ‘Salud Pública Salud para Todos, resultados y retos para el siglo XXI: balance de la reforma sectorial’.” *Cartilla de Seguridad Social* (Medellín), Número Especial (5): 9 y ss.

OPS/OMS/Secretaría de Salud Pública Municipal (1990) *Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en los Países de la Sub-región Andina*. Talleres Gráficos de XYZ Impresores, Cali-Colombia.

Ocampo López, L. (2000) *Red de Municipios Saludables por la Paz. Cobertura y estado actual de la estrategia*. Bogotá, Abril (Inédito, policopiado).

Ordóñez Plaja, A. (2002) *Entrevista realizada por Mario Hernández*. Bogotá, 26 de Abril. (Inédito).

Orejuela Bueno, R. y Rueda Bernal, A. (1967) “Participación de los servicios de salud del Departamento del Valle en el Programa de Erradicación de la Malaria”. En: Colombia, Ministerio de Salud Pública/Servicios de Salud del Valle-MSP/SSV. *Seminarios sobre la participación de los servicios locales de salud en la erradicación de la Malaria, Cali-Cartago, 21 a 25 de agosto de 1967*. Con la participación de OPS/OMS.

Orozco, G. (1984). *De la Escuela de Medicina y su Universidad*. Publicaciones U. del Valle, Cali.

OSP—Oficina Sanitaria Panamericana (1924) *Código Sanitario Panamericano*. En: <http://www.paho.org/spanish/sanitarycode.htm>

(1938) “X Conferencia Sanitaria Panamericana”. *Boletín de la OSP*, 17 (4): 352-3.

(1938a) “Actas y Resoluciones de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana”. *Boletín de la OSP*, 17 (11): 957-71.

(1954). *Informe anual del Director*. Washington, D.C.: OSP

(1956) *Informe anual del Director*. Washington, D.C.: OSP

(1958) *Informe del director de la Oficina Sanitaria Panamericana a los Gobiernos miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, enero 1954-diciembre 1957*. Documentos Oficiales N° 25. Washington, D.C.: OSP.

(1959) *Seminario sobre el control de la lepra* Publicaciones Científicas N° 41. Washington, D.C.: OSP.

Ossa Escobar, (1989) [1987] “Consolidación de la democracia: el pluralismo, el esquema gobierno – oposición y la reconciliación nacional”. En: Colombia, PR. *Hacia una nueva Colombia. La política de reconciliación, normalización y rehabilitación. Historia de un proceso*. Bogotá: Consejería Presidencial para la Reconciliación, Normalización y Rehabilitación: 55- 62.

Otero Ruiz, E (2002) *Entrevista realizada por Román Vega Romero y Jineth Hernández*. 6 de Mayo, Bogotá. (Inédito).

Paganini, J.M. (1990) Intervención del Doctor José María Paganini, Representante de la OPS/OMS. En: OPS/OMS – Secretaría de Salud Pública Municipal,

(1990) *Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en los Países de la Sub-región Andina*. Talleres Gráficos de XYZ Impresores, Cali-Colombia.

PAHO/WHO—Pan American Health Organization / World Health Organization
(1969) *Health Sciences Education Information Center. Activities in International Cooperation in the health sciences education in Latin America*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization/World Health Organization.

Palacio Hurtado, M. (1986) *Diagnóstico de la situación de salud materno infantil*. Febrero, Bogotá (Inédito).

(2002) *Discurso de instalación del coloquio de salud sexual y reproductiva. Celebración del centenario de OPS/OMS*. Universidad del Valle, Cali, Octubre 29. (Inédito).

Palacios, M. (1995) *Entre la legitimidad y la violencia, Colombia 1875-1994*. Bogotá: Norma.

Paredes, R. (1968) "Recursos humanos y educativos para la salud y educación médica". En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFAME. *Recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Conferencia nacional: Bogotá, agosto de 1967*. Bogotá: ASCOFAME: 107-120.

Pastor, D. (2002) *Entrevista realizada por Vladimir Villamizar*. Bogotá, Representación de OPS en Colombia, octubre. (Inédito).

Patiño, J.F. (1964) "Reorientación de la educación médica ante los problemas propios del país. El médico para Colombia". En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFAME. *Medicina y Desarrollo Social*. Bogotá: ASCOFAME, Tercer Mundo: 29-36.

(1999) "Planteamientos del Presidente de la Academia Nacional de Medicina ante el grupo de trabajo". En: ANM-Academia Nacional de Medicina, Comisión de Salud. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Bogotá: ANM: 14-25.

Payares, C. y Arango, A. (1991). *Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia siglo XX*. Editora Luz Marina Montoya, Medellín.

Pecáut, D. (ca.1989) *Crónica de dos décadas de política colombiana. 1968-1988*. Bogotá: Siglo XXI.

Pedraza, H. (1942) "Informe para el VIII Congreso Panamericano del Niño, sobre organización y actividades de la protección materna e infantil en Colombia". *Revista de Higiene*, 23 (6-7), Jun-Jul.: 10-35.

PIDHDD/UN-Observatorio/ALAMES-Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Universidad Nacional de Colombia-Observatorio de Política Social y Calidad de Vida/Asociación Latinoamericana de Medicina Social (2001) *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Bogotá: PIDHDD/UN-Observatorio/ALAMES.

Pinzón, E. (2002) *Entrevista realizada por Mónica García*, Bogotá, Agosto (Inédito).

Plata Guarnizo, L. (1960) *Informe de la campaña antileprosa*. Bogotá, Ministerio de Salud Pública (Inédito).

Polanyi, K. (1997) [1944] *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Madrid: La Piqueta.

Porter, D. (1999) *Health, Civilization, and the State. A history of public health from ancient to modern times*. New York: Routledge.

- Quevedo, E. (2000) "El tránsito de la higiene hacia la salud pública en América Latina". En: Castrillón, C. (ed.) *Curso Internacional Itinerante: La Salud Colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín; Universidad de Antioquia: Vol. 1, 17-76.
- Quevedo, E. et al. (1990) *La salud en Colombia. Análisis sociohistórico*. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.
- Quevedo, E. et al (1993) "Ciencias médicas, estado y salud en Colombia: 1886-1957". En: Miranda, N. Et al (2) *Historia Social de la Ciencia en Colombia*. Tomo VIII. Bogotá: Colciencias, Tercer Mundo: 161-289.
- Quiroga, E. (2002) *Intervención en conversatorio Cali sobre la cooperación OPS-Estado Colombiano desde una perspectiva regional*. Junio 5, Facultad de Medicina Universidad del Valle, Cali. (Inédito).
- Ramírez, C.A.(2002) *Entrevista realizada por Claudia Mónica García*. Septiembre 30. Bogotá. (Inédito).
- Ramírez, W. (1991) "Las nuevas ceremonias de la paz". En: Sánchez, G. y Peñaranda, R. (Comp.) *Pasado y presente de la violencia en Colombia*. 2ª ed. Instituto de Estudios Políticas y Relaciones Internacionales-IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, CEREC: 451-486.
- Redondo, H. (1999) "[Opinión del] Dr. Herman Redondo Gómez, Vicepresidente Laboral de la Asociación Médica Colombiana". En: ANM-Academia Nacional de Medicina, Comisión de Salud. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Bogotá: ANM: 43-45.
- Restrepo, C.E. (1914) "Sanidad de Puertos". En: _____ *Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso de 1914*, Bogotá: Imprenta Nacional: 99-104.

Restrepo, D.I. (1992) *Descentralización y Neoliberalismo. (Balance de un proceso)*. Santafé de Bogotá: CEIR-Realidad Municipal.

Restrepo, G. y Villa, A. (1980) *Desarrollo de la Salud Pública colombiana*. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Restrepo H.E. (1992) Las Políticas de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. En: OPS / OMS / MS. (1992) *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santafé de Bogotá, noviembre de 1992.

(2002) *Intervención en conversatorio Cali sobre la cooperación OPS-Estado colombiano desde una perspectiva regional*. 5 de junio, Facultad de Medicina Universidad del Valle, Cali. (Inédito).

Restrepo Molina, J. (1974) "Características del médico para la comunidad en Colombia". En: ASCOFAME. *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. Bogotá: ASCOFAME: 29-34.

Restrepo Trujillo, M. (1997) *La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada*. Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL, GTZ.

Roca García, M. (1950) "Instituto de Estudios Especiales 'Carlos Finlay'. Informe al Sr. Ministro de Higiene sobre las actividades desarrolladas durante el año de 1949" en *Revista de Higiene*, 24 (2): 160-194.

Rodríguez, A.J. (1958) "Informe sumario de las actividades desarrolladas por el Instituto 'Carlos Finlay' durante el periodo comprendido entre el 10 de mayo de 1957 al 31 de mayo de 1958" en Juan Pablo Llinás *Memoria del ministro de Salud Pública al Congreso Nacional 1958*. Bogotá, Imprenta Nacional, 1958, pp. 181-188.

Rodríguez, G.H. (1989) "Segunda administración de López Pumarejo". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 373-96.

Rodríguez, O. (ca.1992) "El preámbulo a la seguridad social integral". En: Rodríguez, O. y Arévalo, D. (Eds.) *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia, 1946–1992*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia: 111-27.

(2001) "La difícil consolidación de un Estado de Bienestar". En: Misas, G. (Ed.) *Desarrollo económico y social en Colombia. Siglo XX*. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia: 203-230.

Rodríguez, O. y Arévalo, D. (Eds.) (ca.1992) *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia, 1946–1992*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

Rodríguez Orejuela, J.E. (1960), *Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SEM), Sección de Epidemiología, Resumen de actividades mayo 1959-abril 1960*.

Rosen, G. (1993) [1958] *A History of Public Health. Expanded Edition*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Rostow, W.W. (1960) *The Stages os Economic Growth*. Cambridge: Cambridge Univesity Press. Ver la traducción al español de los dos primeros capítulos en: _____. (1961) "Las etapas del crecimiento económico". *ECO, Revista de la Cultura de Occidente*, 2 (5), marzo: 437-460.

Ruiz, J., Tenjo, F. (1986) "La política de descentralización del cuatrienio (1982-1986)". *Economía Colombiana*, N° 182, junio: 25-30.

Salud Colombia (ca.2000) Edición 39.
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/noticia39.htm>.

Sanín Cano, B. (1909) *Administración Reyes (1904-1909)*. Lausana: Imprenta Jorge Bridel y Co.

Santana, P. (1989) *Los movimientos sociales en Colombia*. Bogotá: Foro Nacional por Colombia.

Santos, E. (1931) "Exposición de motivos del proyecto de ley por el cual se aprueban el Código Sanitario Panamericano firmado en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana y su Memorandum de Interpretación y Protocolo adicional aprobada en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana". *Leyes Autógrafas, Senado*, 1931, fl.243-4.

(1939) "Capítulo X del Mensaje del señor Presidente de la República al Congreso Nacional en sus sesiones de 1939". *Revista de Higiene*, 20 (9): 18-26.

Sarmiento, L. (1997) "Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales". En: Brarreto, M. y Sarmiento, L. (1997) *Constitución Política de Colombia comentada por la Comisión Colombiana de Juristas. Título II. De los derechos, las garantías y los deberes*. Bogotá: Comisión Colombiana de Juristas: 167-341.

Sarué, E. y López, C.A. (1975) "Proyecto Colombia 1300 – Programa Materno Infantil". En: OPS/OMS/Colombia. *La OPS / OMS en Colombia*. Bogotá. (Inédito).

Scholle Connor, S. y Fuenzálida Puelma, H. (1989) *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*. Publicación Científica N° 509. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Sen, A. (1998) "Las teorías del desarrollo a principios del Siglo XXI". *Cuadernos de Economía* (Bogotá), Vol. XVII, N° 29: 73-100.

Silva Lujan, G. (1989) "Lleras Camargo y Valencia: entre el reformismo y la represión". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Planeta: 211-36.

(1989a) "Carlos Lleras y Misael Pastrana: reforma del Estado y crisis del Frente Nacional". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Planeta: 237-62.

Skidmore, T. y Smith, P. (1996) *Historia contemporánea de América Latina*. Barcelona: Crítica.

Steel, J. (ca.2002) *Historia de la Salud Pública Veterinaria en la OPS*. (Documento inédito cedido por los Doctores Jaime Cárdenas y Miguel Reyes).

Tavares, L. (1999) *Ajuste neoliberal e desajuste social na America Latina*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.

Tirado Mejía, A. (1989) "Del Frente Nacional al momento actual: diagnóstico de una crisis". En: _____. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Planeta: 397-407.

(1989a) "López Pumarejo: la Revolución en Marcha". En: _____ (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 305-48.

Ugá, A. et al (2001) "Consideraciones sobre el Informe de la OMS-2000". *Revista de Salud Pública*, (Bogotá) 3 (1), Marzo: 1-11.

Ugalde, A. (1987) "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en programas de salud en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario), (41): 27-43.

UNICEF/OMS—Fondo de Naciones Unidas para la Infancia / Organización Mundial de la Salud (1975) "Necesidades sanitarias básicas de los países en desarrollo: posibles soluciones". *Crónica de la OMS*, 29: 179-200.

UV/FUN—Universidad Del Valle / Fondo Universitario Nacional (1957). *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia*. U del Valle, Serie “Reforma Universitaria”. Cali.

Vega, M. (2001) *Los partidos políticos tradicionales y los sistemas de salud en Colombia: una revisión de tres décadas, 1963-1993*. Informe de Internado Especial, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (inédito).

Vega Romero, R., Jara, M.I. (2001) Análisis del discurso de focalización de subsidios en salud y del SISBEN en Colombia durante la década de los noventa, Informe final. Fondo Financiero Distrital, Hospital del Sur y Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C. (Inédito).

Velandia, A.L. (1995). *Historia de la Enfermería en Colombia*. Ediciones Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Velásquez Palau, G. (1964) “La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina”. En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFAME. *Medicina y Desarrollo Social*. Bogotá: ASCOFAME, Tercer Mundo: 17-19.

(1968) “Discurso en la sesión inaugural”. En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFAME. *Recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Conferencia nacional: Bogotá, agosto de 1967*. Bogotá: ASCOFAME: 15-24.

Vélez, H. (1989) “Rafael Reyes: Quinquenio, régimen político y capitalismo (1904-1909)”. En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 187-214.

Vélez, L.A. (1988). “Nuevos rumbos y estrategias de la Educación Médica en Colombia”. *Revista Colombiana de Educación Médica* (Bogotá)1 (1).

Vernaza, J. I. (1925) *Memoria del Ministro de Instrucción y Salubridad Públicas al Congreso de 1925*. Bogotá: Imprenta Nacional.

- Vesga, A. (2002) *Intervención en conversatorio Cali sobre la cooperación OPS-Estado colombiano desde una perspectiva regional*. Junio 5, Facultad de Medicina Universidad del Valle, Cali (Inédito)
- Villa Alvarez, A. (1932) "Informe del Departamento Nacional de Higiene al señor Ministro de Gobierno 1931-1931". En: Morales, A. *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932*. Tomo I, Bogotá: Imprenta Nacional: 127-43.
- Villarreal, R. (1969) "Problemas y tendencias de la educación médica en América Latina" (editorial). *Educación Médica y Salud*, 3 (4): 259-266.
- Vivas Reyna, J. Et al (1988) *El Sistema Nacional de Salud*. Bogotá: Fedesarrollo, OPS.
- Walt, G. (1994) *Health Policy. An introduction to process and power*. London: Witwatersrand University Press; Zed Books.
- Weindling, P. (1995) *International Health Organizations and Movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO-World Health Organization (1987) *Decentralization and Health for All Strategy*. Geneva: WHO.
- Yepes Luján, F. (Dir.) (1990) *Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia. Documento general*. 2 tomos. Bogotá: MS, DNP
- (2002) *Entrevista realizada por Román Vega Romero y Jinneth Hernández Torres*. Bogotá, Mayo 15.
- Yepes Parra, A. (1974) "Evaluación crítica del producto de las facultades de medicina desde el punto de vista del Seguro Social". En: ASCOFAME. *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. Bogotá: ASCOFAME.

(1988). "Integración Docente-Asistencial: evolución de un concepto de desarrollo social". En: *Revista Colombiana de Educación Médica*. Bogotá. 1 (1)

Zapata, Y. (2002) *Intervención en conversatorio Cali sobre la cooperación OPS-Estado Colombiano desde una perspectiva regional*. Junio 5, Facultad de Medicina Universidad del Valle, Cali (Inédito)

ANEXO

Lista de entrevistados y de participantes en los conversatorios

- Jaime Arias Ramírez, ex ministro de Salud, ex congresista
- Jaime Cárdenas, ex director del ICA. Profesional Nacional en Salud Pública Veterinaria, OPS
- Jorge Castellanos, ex funcionario de OPS, funcionario del Ministerio de Salud
- Elmer Escobar, ex funcionario de OPS
- Ramón Granados, funcionario de la OPS a cargo de la cooperación técnica en el país en el área de sistemas y servicios de salud
- Hernando Groot, ex director del Instituto Nacional de Salud
- Ricardo Luque, funcionario del Ministerio de Salud
- Alfonso Mejía, ex funcionario de OMS en el área de Recursos Humanos
- Roberto Montoya, asesor regional en el área de Malaria, OPS
- Luis Carlos Ochoa, ex funcionario del Ministerio de Salud y de OPS

- Antonio Ordóñez Plaja, ex ministro de Salud
- Efraím Otero Cifuentes, ex ministro de Salud
- Magda Palacio, Ex funcionaria del Ministerio de Salud, asesora de OPS
- Desirée Pastor, asesora internacional de OPS en el área de Inmunización
- Enrique Pinzón, ex funcionario del SEM
- Carlos Augusto Ramírez, ex director del programa sobre VIH/SIDA de OPS
- Miguel Reyes, ex asesor del Ministerio de Agricultura en Salud Pública Veterinaria

- Isabel Cristina Ruiz. Ex funcionaria del ISS, exfuncionaria del Servicio de Salud de Antioquia y del Ministerio de Salud

- Maria Cristina de Taborda, ex funcionaria del Ministerio de Salud , asesora en Recursos Humanos y en Salud Mental de la OPS
- Francisco J. Yépez Luján, ex funcionario del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguros Sociales

Conversatorio de Cali

Fecha: 5 Junio de 2002

Lugar: Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, Cali

Realizado con el apoyo de la Universidad del Valle y la OPS

Coordinadores: Román Vega y Jinneth Hernández

Participantes

- Lilibian Arias, docente de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle
- Gabriel Carrasquilla, ex secretario de salud de Cali, Universidad del Valle
- Ramón Granados, funcionario de la OPS a cargo de la cooperación técnica en el país en el área de sistemas y servicios de salud
- Carlos Guillermo Llanos, director de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle y ex funcionario de la OPS
- Hugo Moreno, decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en representación del Rector de la Universidad
- Edgar Quiroga, director del Instituto CINARA de la Universidad del Valle
- Helena Restrepo, ex funcionaria jubilada de la OPS en Washington
- Ligia de Salazar, docente de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle
- Patricia de Segurado, asesora internacional de Salud y Ambiente de la OPS
- Rocío Venegas, funcionaria de la OPS en Cali en el programa de salud, desastres y emergencias
- Amparo Vesga, ex funcionaria del Servicio de Salud de Cali y del Ministerio de Salud, directora del programa de Enfermería, Universidad Libre
- Yolanda Zapata, ex funcionaria Secretaria de Salud del Valle, docente de la

Universidad del Valle

Conversatorio de Medellín

Fecha: 21 de Junio de 2002

Lugar: Hostería Llano Grande en Rionegro, Antioquia

Realizado con el apoyo de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la Universidad de Antioquia y la OPS

Coordinadores: Juan Carlos Eslava y Manuel Vega

Participantes

- Alberto Arango Botero ex decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, ex asesor de OMS y ex consultor OPS
- David Bersh, ex funcionario del Ministerio de Salud.
- Francisco Correa, ex decano de la FNSP de la Universidad de Antioquia, ex asesor de OMS y ex consultor OPS
- Blanca Estela Giraldo, docente de la FNSP de la Universidad de Antioquia
- Jhon Flórez Trujillo, decano de la FNSP de la Universidad de Antioquia, ex consultor de OPS
- Sergio García, profesor de la FNSP de la Universidad de Antioquia
- Edgar Gómez Echeverri, ex consultor OPS
- Germán González, ex funcionario de Servicio de Salud de Antioquia, docente de la FNSP de la Universidad de Antioquia
- Raúl Mejía Villa, docente de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, consultor OPS
- Juan Fernando Mesa, ex docente de la FNSP, ex funcionario de la Oficina de Planeación de la Facultad
- Luis Carlos Ochoa, ex funcionario del Ministerio de Salud y de OPS
- Alvaro Olaya, docente de la FNSP
- Jaime Poveda, director de la IPS de la Universidad de Antioquia
- Hernán Puerta Roa, ex consultor OPS
- Alvaro Quintero, docente de la FNSP de la Universidad de Antioquia
- Humberto Ramírez, ex profesor de la FNSP

- Maria Cristina de Taborda, ex funcionaria del Ministerio de Salud, asesora OPS
- Virgilio Vargas Pino, ex profesor de la FNSP, ex congresista

Conversatorio ACODAL

Fecha: 4 de septiembre del 2002

Lugar: sede de la representación de la OPS/OMS, Bogotá

Realizado con el apoyo de la OPS, citado por Patricia de Segurado

Coordinadores: Diego Barbosa y Manuel Vega

Participantes

- Amparo Cadena, ex funcionaria del Ministerio de Salud
- Omayda Cárdenas, funcionaria del INS
- Elmer Escobar, ex funcionario de OPS y ex funcionario de OPS
- Julio Roberto Jiménez, ex funcionario del Ministerio de Salud
- Luis Alberto Leal, ex funcionario de OPS
- Patricia de Segurado, consultora internacional de OPS