

La salud pública en Santander. Historias e historiadores

Luis Rubén Pérez Pinzón, Mag Historia*

Resumen

Revisar las nociones médicas y las representaciones históricas sobre la salud pública en Santander requiere contrastar los resultados de investigaciones realizadas por los historiadores regionales con los aportes publicados en ese mismo campo por las revistas de las Facultades de las universidades Industrial de Santander y Autónoma de Bucaramanga. Este artículo plantea que historiar la salud pública implica superar los estudios académicos orientados sobre las personalidades políticas y médico-científicas para asumirse como un proceso interdisciplinario y de carácter neoinstitucional centrado en el análisis de las políticas estatales sobre las instituciones, los empleados y la atención de los pacientes de acuerdo al impacto de las enfermedades (endémicas y epidémicas) y la presión de grupos socioeconómicos interesados en las mismas. Para tal fin, son explorados los orígenes y usos del concepto "Salud Pública", se asocia su origen en Santander con las políticas sanitarias sobre "Lazaretos", son descritos los cambios médicos y hospitalarios consecuentes a la creación del Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Seguros Sociales y, finalmente, es realizada una revisión de la producción intelectual que los profesionales de la salud y los sociohumanistas de las universidades santandereanas han hecho sobre el tema. [Pérez LR. *La salud pública en Santander. Historias e historiadores. MedUNAB 2008; 11:124-139*].

Palabras clave: Historia, Salud, Historiador, Salud Pública, Santander, Colombia.

Summary

To revise the medical notions and the historic representations about public health in Santander require to contrast the results of researches did by different historians trough of thesis, books and papers published in local universities journals. This paper proposes a history of public health implicate to surpass the academic studies about of politic and medical-scientific personalities to be assumed as a interdisciplinary and new-institutional process orientated to the analysis of the State politics about institutions, employees and patient care according to the impact of illness (endemic and epidemic) and the pressure by socio-economical groups interested in it. In this way, the sources and uses of the concept "Public Health" are explored, and its begin in Santander with sanitary politics about "leprossy colonies" are described, including medical and hospitalarian changes as consequence of the creation of the Ministry of Public Health and the Social Security Institute, and finally, a review is realized about the academic production that health and socio-humanistic professionals from Santanderan universities did related with this theme. [Pérez LR. *Public health in Santander. Histories and historians. MedUNAB 2008; 11:124-139*].

Key words: History, Health, Historian, Public health, Santander, Colombia.

* Profesor Asociado, Departamento de Estudios Sociohumanísticos, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Mag. Luis R. Pérez, Calle 48 # 39-234, Departamento de Estudios Sociohumanísticos, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. E-mail: lperez14@unab.edu.co

Artículo recibido: 4 de marzo de 2008; aceptado: 23 de junio de 2008.

Introducción

Este artículo pretende hacer una revisión de las nociones médicas y las representaciones históricas que sobre la Salud Pública en Santander se han divulgado durante los últimos cuarenta años por las Facultades de Salud y Ciencias Humanas de la Universidad Industrial de Santander (UIS) y la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB). Una primera parte de esa exploración temática se presentó en la penúltima sesión de la Cátedra (interdisciplinaria) “Salud y Sociedad” de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander en el 2008.¹

Para emprender un análisis retrospectivo sobre las prácticas y cambios policivos, higiénicos, sanitarios y hospitalarios asociados con los procesos de adopción interinstitucional de la Salud Pública en el actual departamento colombiano de Santander, se consideró necesario partir de las nociones populares que se tienen de los términos que se emplearán reiterativamente. Por “Historia” se entiende el campo de estudio de los historiadores y demás científicos sociohumanísticos a partir de problemas sociales y dinámicas culturales de diferente duración; por “Salud” se ha asumido el campo de estudio y práctica de los profesionales de las ciencias médicas a partir de las variaciones psicofísicas en el ciclo vital humano; y por “Público”, todo aquello asociado con las disposiciones y ejecuciones de los gobernantes y funcionarios estatales encargados de administrar, financiar o regular los bienes, instituciones y establecimientos a su cargo. Resultando de la combinación de “Salud” y “Público”, una definición cotidiana de “Salud Pública” según la cual es el conjunto de servicios de uso general para atender, asistir, curar o prevenir las necesidades, problemas y enfermedades (físicas o mentales) de una comunidad o población de acuerdo a disposiciones y regulaciones estatales.¹

Pero, ¿cómo se pueden integrar esas nociones tradicionales, y específicamente, cuál puede ser la mejor forma de articular las reflexiones e interpretaciones de historiadores, médicos y funcionarios públicos como conservadores de la memoria hospitalaria y sanitaria del Departamento?. Una alternativa para resolver esas preocupaciones es identificar y comprender los períodos históricos en los que cada uno de ellos ha tenido mayor influencia y autoridad al determinar con perspectiva de pasado qué se debía entender y cuáles debían ser los alcances de la salud pública.¹

Para tal fin, se partió de las preocupaciones sociopolíticas de los funcionarios y gobernantes del siglo XIX a partir de los informes de gestión, atención e inversiones que aún se acostumbra a presentar periódicamente; seguidamente se apeló a los informes, crónicas y reminiscencias de los médicos desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX en su condición de legisladores, gobernantes o funcionarios públicos, cuyos contenidos y temáticas han sido reimpresos o preservados en las actuales revistas de salud y medicina de Santander; y, finalmente, se apeló a la

revisión temática de los crecientes y variados estudios que sobre la salud pública han realizado los historiadores de la salud pública en su condición de académicos, médicos y profesionales de la Historia, cuyas conclusiones y reflexiones han sido adoptadas por los funcionarios públicos al implementar sus planes de gobierno mientras que los médicos han adaptado las mismas a los planes de formación de los profesionales de la salud, así como han articulado algunos profesionales socio-humanistas a sus grupos interdisciplinarios de investigación.¹

No obstante, la definición y perspectiva que han sido más dominantes resultan ser las de los funcionarios públicos y la burocracia asociada con la beneficencia, la higiene y la salud, quienes han entendido por salud pública el “*Estado Individual de bienestar garantizado por un Estado Social de Derecho*”, lo cual implica que sea asumido como un concepto cambiante y acorde con el modelo médico hospitalario impuesto por cada régimen político-económico, y consigo, se hace necesario comprender las visiones y usos del mismo término desde el período colonial hasta mediados del siglo XX.¹

Como herencia del régimen hispánico, a inicios del siglo XIX los precursores de la independencia emplearon el término salud pública para referirse al cuidado sociopolítico de los neogranadinos ante la amenaza de ser invadidos por el ejército francés de los Bonaparte después de destronar a los monarcas borbónicos ibéricos (1808-1810), y posteriormente, para justificar la defensa de la patria y la emancipación político-económica ante la amenaza de ser reconquistados por el ejército español de Fernando VII (1811-1816).¹

Las revoluciones de mediados del siglo no modificaron la noción política y republicana de la salud pública al seguir siendo asumida como la responsabilidad interpersonal y el “deber sagrado” de hacer todo lo necesario para garantizar la conservación colectiva. Aunado a ello durante las cíclicas epidemias de mediados del siglo XIX se conformaron “Cuerpos de Salud Pública”, institucionalizados posteriormente como juntas de higiene y salubridad, cuyo fin era coleccionar fondos y brindar ayuda a las familias en calamidad.¹

Con la derrota bélica y electoral de los liberales radicales santandereanos, algunas agremiaciones sociopolíticas pretendieron hacerse nuevamente con el poder liderando un movimiento revolucionario que pretendía luchar contra las injusticias, los excesos y las arbitrariedades de los gobiernos conservadores y regeneracionistas del último cuarto del siglo XIX, entre las cuales se encontraba la forzosa confinación hospitalaria de los enfermos incurables o abominables. De allí que una de ellas se autodenominara “*Sociedad de Salud Pública*” al ser un título beligerante y de retorno a los orígenes republicanos.¹

Por otra parte, el cambio constitucional de 1886 y la adopción del modelo civilizatorio victoriano, aunado a las

innovaciones urbanas y las mejoras sanitarias adoptadas en Gran Bretaña y los Estados Unidos al asegurar por separado redes de agua potable y redes de aguas negras como parte de las políticas estatales de prevención de las enfermedades contagiosas, a falta de planeación, higiene y salubridad en los núcleos urbanos, dieron a la salud pública la connotación contemporánea que tiene al articular las políticas administrativas con las de saneamiento, epidemiología, obras públicas, prácticas salubres y actitudes socio-ambientales.¹

En Santander, sus gobernantes asumieron esos cambios sólo como mejoras de salubridad asociadas con los ramos de fomento (u obras públicas) y de beneficencia (o caridad) al construirse más y mejores hospitales con el fin de librar a la sociedad sana y a los inmigrantes europeos de los horrores públicos que causaban la pobreza y la enfermedad, para ostentar un mayor número de enfermos y pobres asistidos por el Estado como reflejo de la prosperidad y la filantropía alcanzada por los grupos económicos en el poder, así como para demostrar simbólicamente el nivel de civilización alcanzado de acuerdo a los parámetros dispuestos por el modelo médicosanitario europeo.¹

Las campañas de prevención y control de las epidemias que impedían el desarrollo urbano en los enclaves industriales durante las primeras décadas del siglo XX como era el caso de la lepra, la tuberculosis, la sífilis, el paludismo, la fiebre amarilla, e incluso la “toxicomanía”, obligaron al Estado nacional, bipartidista y centralista por presión de las multinacionales, especialmente las compañías petroleras y bananeras, a adoptar a plenitud el modelo de Salud Pública implementado por los países anglosajones, el cual fue a su vez adaptado, impuesto y exigido por organizaciones internacionales de salud como la OPS y la OMS a través de misiones médicas como las financiadas por la Fundación Rockefeller.¹

Finalmente, la reforma constitucional de 1990-1991 impuso la protección y defensa de los Derechos Humanos sobre la rigurosa defensa del régimen jurídico y los deberes políticos que preexistían, lo cual se vio reflejado en innovaciones institucionales, procedimientos participativos y precisiones conceptuales sobre los servicios y prácticas sanitarias que existían o se necesitaban incorporar al Estado Social de Derecho con el cual se debían identificar en adelante los miembros de la Nación.¹⁻³

En el artículo cuarenta y nueve de la Constitución Política de Colombia de 1991 se dispuso que la atención en salud pública como en saneamiento ambiental debían ser considerados servicios públicos integrales, asociados con la seguridad social a cargo del Estado, así como sus instituciones debían garantizar a todas las personas “*el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*”.

Para cumplir ese mandato, el Congreso y el Gobierno de turno dispusieron organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios (públicos y privados) de salud “*conforme a*

los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”, para lo cual se estudió, debatió y aprobó finalmente la Ley 100 de 1993. Siendo el congresista ponente de esa Ley el encargado de aprobar su reforma tres lustros después, apelando a su condición de presidente reelecto, por medio de la Ley 1122 del 2007.

Los contextos

La fragmentación cronológica y analítica del mismo objeto de estudio por parte de quienes han estudiado qué es, cómo y para qué ha existido la salud pública, como ha sido el caso de los cronistas oficiales, los gremios médicos y los investigadores sociohumanísticos refleja las inevitables prevenciones y los recelos historiográficos existentes entre unos y otros. Caso reciente son las posiciones asumidas por esa triada de investigadores ante un fenómeno común como es la lepra, enfermedad simbólica y legendaria de los santandereanos (siglos XIX-XX) después del coto (siglos XVIII-XIX).²⁻⁴

Para los funcionarios públicos del siglo XIX y XX cada enfermo era sólo un número de “alta” que debía recluirse en los Lazaretos regionales. Con la humanización y despenalización de su existencia a mediados del siglo XX se pretendió integrarlos nuevamente a la sociedad como enfermos endémicos, aunque el incremento en el número de casos y focos de concentración de la enfermedad desde finales del siglo XX han conllevado a que los funcionarios públicos vuelvan a reducir su condición a la de “casos” numéricos que requieren ser atendidos, tratados y subsidiados con dineros públicos a través de la red de hospitales y sanatorios del Departamento.²⁻⁴

Los médicos, por su parte, prefieren pensar y hablar de las razones humanitarias y los derechos sociales con los que cuentan desde 1940 los enfermos de Hansen al recibir tratamiento gratuito y subsidios estatales sin deber permanecer confinados dentro del hospital-sanatorio, evidenciándose así que gozan de mejores condiciones humanas, sanitarias y hospitalarias en comparación a las vividas por sus ascendientes. Los sociohumanistas, por el contrario, han representado a través de sus descripciones cuantitativas y sus relatos cualitativos a los “leprosos” como seres monstruosos castigados por Dios y por los hombres al ser asilados contra su voluntad en los “Lazaretos”, siendo considerados fuentes ambulantes de contagio, amenazas públicas de los caminos y seres que perdían sus derechos al morir social y productivamente.²⁻⁴

Tres miradas distintas y un objeto de estudio verdadero, al cual se suma el papel de los medios de comunicación como cuarto poder del Estado al adiestrar al público consumidor para identificar los agentes del mal (los contagiados), las formas orales de contagio y transmisión (los hábitos), dejar en manos de la ciencia la prevención y erradicación medicalizada de los mismos (las curaciones) e,

inevitablemente, sumar a los terrores globales el rechazo social contra los “hijos del dolor” (las exclusiones).^{2,4}

No obstante, fueron la lepra, los leprosos, los leprólogos y los Lazaretos, los objetos de estudio, caridad, admiración e inversión oficial a través de los cuales las primeras generaciones de santandereanos ensayaron y, finalmente, sentaron las bases de lo que debía entenderse como salud pública en Santander; primero como Estado federal y soberano, y luego, como Departamento centralizado y dependiente de los recursos nacionales. A través de la lepra y los leprosos los santandereanos comprendieron para qué servía la salud pública, por qué se debían pagar contribuciones obligatorias (impuestos) y cuál era la importancia de una cobertura universal en beneficencia y salubridad a través de su Lazareto insignia y los hospitales provinciales de caridad al ser necesaria la atención de todos los enfermos sin distinciones de ninguna índole.^{2,4}

Hasta hace medio siglo la lepra era la enfermedad simbólica del horror social y las malformaciones físicas a las que estaban predispuestos los santandereanos. Recientemente a través de su estudio se ha empezado a reconstruir parte del imaginario sociocultural de los últimos ciento cincuenta años de creación y recreación de la santandereanidad, para lo cual se ha hecho necesario integrar las imágenes e imaginarios relatados, informados o analizados por funcionarios, médicos e investigadores a pesar de sus sesgos, intenciones o posiciones, siendo contrastadas esas fuentes con las reflexiones, vivencias y cuestionamientos de los enfermos que hicieron parte de la administración municipal sin perder su condición de recludos y excluidos en Contratación como fue el caso de Álvaro Ruiz y su autobiografía “Croniquilla de Contratación”.^{2,4}

Reconstrucción histórica que ha asumido la tarea de comprender el devenir de los santandereanos y de las políticas públicas nacionales que los han regulado desde la articulación de factores políticos, económicos, ideológicos, sociales y ambientales. Para ello se ha apelado a los informes, imágenes, discursos y evidencias burocráticas acerca de los cambios y políticas que se han implementado en Salud Pública desde la segunda mitad del siglo XIX al quedar consignados en publicaciones oficiales como periódicos e informes administrativos, siendo contrastadas y complementadas esas evidencias con las crónicas, artículos, estudios y reminiscencias gremiales o autobiográficas de los médicos y enfermos sobre los procesos de transformación material, académica e institucional de las instituciones y los establecimientos hospitalarios a lo largo del siglo XX en su condición de militares, gobernadores, políticos, directores de hospitales, médicos de planta, docentes universitarios, etc., como se describe a continuación en la sección titulada “Las historias”.^{2,4}

En la sección “Los historiadores” se presenta por su parte cómo esas acciones y experiencias han sido revisadas,

confrontadas y redimensionadas durante las últimas dos décadas por profesionales de las ciencias humanas al correlacionar las políticas del Estado con las acciones institucionales y estamentales, y éstas últimas con indicadores de aceptación, responsabilidad y conformidad de gremios profesionales como los médicos, los enfermos y sus familias a partir del estudio de enfermedades como la lepra, la viruela, la sífilis, la fiebre amarilla, el paludismo e, incluso, el cáncer, así como desde la organización político-administrativa y los efectos socioculturales de los centros hospitalarios creados y financiados por el Estado para atender esa población afectada.^{2,4}

Sin embargo, y a pesar de los cambios analíticos, los revisionismos documentales y los cuestionamientos ético-políticos, aún no es fácil conciliar las visiones y miradas que cada una de las ciencias profesa, produce o divulga sobre los fenómenos asociados con la salud pública, especialmente los procesos de separación y fragmentación de las visiones, representaciones, juicios e interpretaciones sobre las enfermedades y los enfermos mediados por la guerras civiles colombianas y los períodos de guerra y postguerra mundial. De allí que muchas de las investigaciones realizadas por los sociohumanistas en ese campo deban ser codirigidas o evaluadas desde un primer momento por reconocidos profesionales de la salud para unificar criterios.^{2,4}

Es importante recordar además que con el triunfo consecutivo de la regeneración bélica, nacionalista y conservadora, los informes burocráticos de los gobernantes liberales radicales fueron sustituidos por estudios e investigaciones de los médicos que ascendieron como Jefes Militares y Políticos, Gobernadores, Miembros de Juntas o Administradores de hospitales y científicos de renombre respaldados por nacientes sociedades de médicos cuyo afán era aliviar o curar los grandes problemas en “higiene” por medio de acciones coactivas acordes con el modelo noreuropeo. Con la adopción del modelo norteamericano en salud pública, la burocracia tecnócrata y ministerial capitalina impuso los postulados y prácticas preventivas, sanitarias y medicalizantes de la postguerra, siendo soportados sus resultados en descripciones y proyecciones estadísticas sobre erradicaciones epidémicas.^{2,4}

De tal manera, las políticas y prácticas en pro del mejoramiento de las condiciones sanitarias de los santandereanos, y por ende del resto de los colombianos, siguieron un proceso gradual de cambio que se caracterizó por cuatro etapas políticoeconómicas específicas, como fueron:

1. La adopción y preservación de las acciones segregantes, excluyentes, policivas y de beneficencia pública del régimen hispanocatólico contra los enfermos incurables o “monstruosos” por parte de los gobiernos demoliberales, al restablecerse hospitales-asilos para contener las cíclicas oleadas de epidemias segadoras como era el caso de la viruela, sarampión, tuberculosis, fiebre amarilla, sífilis, lepra, etc (1826- 1886).

2. La medicalización moralizante de las enfermedades epidémicas o tropicales en lugares de concentración discriminante por parte de médicos profesionales encargados de la dirección hospitalaria como de comunidades religiosas hospitalarias encargadas de la dirección espiritual y disciplinaria de esos establecimientos de beneficencia y asistencia sanitaria. Siendo todo ello regulado por las políticas higienistas dispuestas por una constitución ultraconservadora y un concordato regenerador de la moral pública, la institucionalidad católica y las buenas costumbres (1887- 1945).
3. La creación del Ministerio de Higiene, renombrado posteriormente como de Salud Pública, caracterizado por sus políticas de prevención antes que de represión o separación de los enfermos con las cuales se humanizó el tratamiento socio-hospitalario que debían recibir los enfermos históricamente ocultados, así como propició una reflexión académica y políticoadministrativa en pro de un Sistema Nacional de Salud Pública y el aseguramiento social concebido, analizado y revalorado de forma permanente por legisladores, gobernantes, médicos y, tardíamente, por los historiadores profesionales por medio de trabajos de grado sobre instituciones hospitalarias. Especialmente, el devenir del Instituto de Seguros Sociales (ISS) al darse coyunturas recientes como su fragmentación funcional (2005-2007) al ser entregada su administración a las cajas de compensación familiar, reflejo de reestructuraciones precedentes como fueron la pérdida de su naturaleza como institución privada (ICSS: Ley 90 de 1946) al transformarse en establecimiento público (ISS: Decreto Ley 1650 de 1977), y finalmente, la pérdida de su monopolio al reducirse a empresa prestadora de servicios públicos del Estado (EPS ISS: Ley 100 de 1993) incapaz de competir con las EPS privadas.
4. La división político- tecnológica y asistencial del mundo en los hemisferios democrático capitalista (u occidental) y socialista- comunista (u oriental) conllevó a la adopción de modelos de bienestar y protección social para preservar la estabilidad y sumisión de las naciones ante los regímenes que las dominaban, que sumado a las declaraciones y resoluciones humanitarias de la Organización de las Naciones Unidas y la influencia de los exitosos modelos sanitarios de las naciones socialistas y los regímenes comunistas, propició la creación de sistemas nacionales en salud pública con cobertura social universal en Europa y América (1975-1986). No obstante, el espíritu capitalista de aseguramiento individual y cobertura familiar en naciones contrarias a las políticas públicas colectivistas, como fue el caso de Estados Unidos, propició la importación y adopción de políticas públicas de descentralización, privatización y reducción del papel regulador u operativo del Estado central ante el cuidado de la salud pública de los colombianos (1986, 1993, 2005-2007).

Paralelos a esos procesos de cambio en las políticas e inversiones públicas, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud condicionaron a los Estados democráticos a crear y preservar instituciones

nacionales de higiene que fuesen eficientes, productivas y acordes con los estándares de carácter internacional, lo cual conllevó a que se incorporaran en cada sistema de salud pública las innovaciones administrativas, terapéuticas, farmacéuticas y profesionales que caracterizaban a la ciencias de la salud y el saneamiento ambiental. Ejemplos de esas innovaciones fueron la creación de una Facultad de Ciencias de la Salud en la región, y consigo, la fusión del Hospital San Juan de Dios con el naciente Hospital Universitario Ramón González Valencia (1973-2005) para dar origen al “hospital moderno” que requerían los santandereanos bajo la asesoría científica de los decanos y docentes de la Universidad Industrial de Santander.

Así mismo, se adoptaron novedades postbélicas como el DDT para combatir los agentes de la malaria, la cloroquina para el paludismo, los antibióticos para las enfermedades consideradas hasta entonces como incurables, y se inocularon más y mejores vacunas con el fin de alcanzar los índices de crecimiento demográfico e higiene pública proyectados en el ámbito nacional, continental y mundial.

Las historias

Las representaciones oficiales de la “Salud Pública” en Santander desde inicios del siglo XIX estuvieron mediadas y condicionadas por el cumplimiento de los actos legislativos, ejecutivos y judiciales expedidos por los funcionarios, representantes y autoridades del Estado. En el período comprendido entre la creación del Estado federal e interprovincial de Santander (1857), su fragmentación en Departamentos neoprovinciales (1908), su separación definitiva en los departamentos de Norte de Santander y Santander (1910) y la extinción político-administrativa del Lazareto de Contratación (1961), el interés presupuestal y sanitario de los legisladores y gobernantes santandereanos se concentró en la plena financiación, la eficiente administración y una periódica asistencia hospitalaria para los enfermos de Hanssen al ser considerados los portadores de la plaga, el mal y castigo divino más temido y inaceptado y vergonzoso para la “raza” santandereana en gestación, contrariando así el deseo de muchos políticos e intelectuales por contar con un grupo humano que estuviese al mismo nivel de las sociedades comerciales e industriales europeas que habían inmigrado o empezaban a llegar al Estado.⁵

La focalización de las políticas de beneficencia, salubridad e higiene en los Lazaretos y las diferentes denominaciones dadas a los enfermos de lepra (leoninos, lazarinos, elefanciacos, leprosos o hansenianos) por parte de los gobernantes de los estados federales y soberanos concluyó con la reconcentración política, administrativa y moral de la Nación en Departamentos (1886). A partir de entonces se dispuso la centralización del manejo de la lepra al ser encomendada su administración científico asistencial (1904-1919) a médicos investigadores especializados en tratamientos para curar o rehabilitar temporalmente a los reclusos bajo su cuidado por medio del uso de aceites como

la Chaoulmugra asiática y sueros curativos como la seroterapia equina desarrollada y ensayada por el científico Juan de Dios Carrasquilla en Bogotá y al mismo tiempo por Carlos Putnam en el Lazareto de Agua de Dios (1895).⁵

La administración anímico-hospitalaria fue encomendada a las comunidades religiosas salesiana y dominica al considerarse las más convenientes para atender sus dolencias y reducirlos al aislamiento preventivo dispuesto por médicos y científicos (1896-1961). Así mismo, se crearon instituciones oficiales de orden municipal para garantizar el orden y la administración político-policiva y judicial (1886-1907) de esas jurisdicciones de exclusión a las cuales se sumaron los aparatos de persecución y represión estatal de los hansenianos como parte de la “campana antileprosa” que se implementó durante la primera mitad del siglo XX en todo el país (1920-1939).⁵

Para el funcionamiento de ese conjunto de dependencias, funcionarios y autoridades municipales concentradas en los Lazaretos se nombraron administradores, médicos, jueces, etc., así como se emplearon enfermos letrados o con experiencia burocrática durante la municipalización de Contratación, siendo todos ellos regulados con las visitas periódicas de funcionarios estatales, la presentación obligatoria de informes anuales sobre su gestión y el uso eficaz (cualitativo como cuantitativo) de los presupuestos anuales que le fueron asignados durante cuarenta años por la Asamblea Legislativa (1858-1885) y después por la Asamblea Departamental (1886-1905) al ser el único y principal establecimiento de beneficencia y caridad de responsabilidad exclusiva de los santandereanos al negarse sus gobernantes a nacionalizar sus recursos o la procedencia (foránea) de sus habitantes enfermos.⁵

Sin embargo, en ninguna de las disposiciones legislativas que ordenaron la creación constitucional o el presupuesto anual para el Estado de Santander entre 1858 y 1861 se dispuso cuál debía ser el papel del Lazareto existente en Contratación ni los funcionarios o rentas con las que contaría al seguir siendo asumido como un gasto propio de la sociedad del Socorro a través de su cabildo municipal del Socorro, disponiéndose para tal fin las limosnas, contribuciones, donaciones y uso de rentas públicas con las que se podía contar. Con lo cual, el interés oficial y la designación del presupuesto anual para el Lazareto al será sumido como establecimiento de beneficencia estatal de los santandereanos sólo se concretó después de las guerras y cambios constitucionales de 1863 al ser creado en cada presupuesto anual el gasto “Departamento de Beneficencia” con el fin de financiar y administrar la leprosería socorrana después de refundada y reorganizada en Contratación como un establecimiento de todos y para todos los santandereanos enfermos (1861).⁵

Desde entonces, los presupuestos de gastos aprobados por los legisladores y gobernantes de Santander se incrementaron gradualmente entre década y década pasando del 3% en la primera década de creación del Estado

al 4% durante la década de las guerras e inmigraciones europeas, a lo cual siguió un 5% durante la década regeneradora, un 6% durante la primera década de la constitución centralista y conservadora, un 7% interrumpido por la guerra civil de inicios del siglo XX y finalmente un 8% antes de ser nacionalizados los presupuestos y servicios médico-hospitalarios por el presidente Rafael Reyes. Lo cual representa un crecimiento acumulado del 25% en los presupuestos públicos anuales para atención y sustento de los elefanciacos o hansenianos, como para la ampliación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria que los congregaba.¹

En cada uno de esos presupuestos anuales se dispuso gastar del total asignado para el Departamento de Beneficencia un 16% promedio para pago de salarios y remuneraciones del personal administrativo y de servicios que tenían la responsabilidad de administrar, asegurar y atender el hospital de elefanciacos y la aldea construida a su alrededor. Entre esos empleados se encontraban un administrador, un cabo de policía, un cabo de sala, una enfermera mayor y un creciente número de lavanderas y enfermeras cuyo promedio variaba de acuerdo con el número de enfermos conducidos y recibidos en el Lazareto, sumándose tardíamente a esos funcionarios asalariados un capellán y un médico no residente.¹

Otros gastos estaban asociados con la construcción y el arreglo de las casas y enfermerías en donde deberían residir los enfermos terminales de acuerdo a su grado de postración o incapacidad, así como las administraciones conservadoras influenciadas por las comunidades religiosas decidieron gestionar y adicionar en los presupuestos anuales de gastos la compra de vestidos simbólicos y distintivos para los reclusos por el Estado en el Lazareto, al igual que los trajes de los prisioneros en los establecimientos penitenciarios. Sin embargo, la mayor parte del presupuesto estaba dirigido a asignar una ayuda monetaria o *ración* a cada uno de los enfermos que eran reclusos después de ser comprobada su enfermedad, denunciados públicamente a través de los medios de comunicación oficial y finalmente conducidos como prisioneros peligrosos hasta la serranía de los cobardes en donde se encontraba oculto e inaccesible el Lazareto.¹

El promedio histórico de gastos en raciones anuales que fue asignado para los enfermos de Contratación fue de un 76%. Y aunque la asignación monetaria fue pagada en las tres primeras décadas del siglo XX con la moneda acuñada como “Lazareto” por el Estado (1901-1928), a la cual los enfermos llamaban popularmente “Coscoja” por su discriminante devaluó, esos auxilios tuvieron un crecimiento constante en cuanto al número de beneficiados y el monto individual de cada ración al pasar de Lazareto de Santander a Lazareto Nacional.¹

De los auxilios anuales asignados para raciones diarias se puede deducir además el número máximo de enfermos que en cada década fue atendido en promedio siendo posible

reconocer que el hospital pasó de atender 100 elefanciacos en la primera década a 500 hanseñanos aproximadamente a inicios del siglo XX. Lo cual permite calcular un promedio histórico de al menos 300 enfermos al año que recibían las ayudas racionadas por el Estado de acuerdo a sus necesidades vitales como eran alimentos, abastos, medicinas y jabón para lavar su ropa en las frías quebradas que cruzaban la aldea.

Es importante destacar además que las raciones pasaron de 10 a 30 centavos diarios para cada enfermo registrado por el administrador y atendido por el personal hospitalario, lo cual permite calcular un promedio histórico de 18 centavos aprobado y remitido a los beneficiados de esas raciones a cambio de su ocultamiento y olvido, siendo formalizada su muerte sociocultural como su inutilidad productividad al ser registrados sus nombres y condiciones en los libros administrativos del Lazareto, divulgados los nombres de los nuevos racionados a través de los avisos e informes públicos en la prensa oficial y, finalmente, reducida su existencia a una cifra estadística de enfermos confinados o de muertos dados de baja.

Y, ¿qué pasó con las personas pobres y enfermas que no tenían lepra ni cualquier otra enfermedad contagiosa? ¿Cuáles fueron las políticas sanitarias para atender sus demandas en beneficencia e higiene públicas? En la medida que las necesidades de los enfermos de lepra y los temores de las “gentes sanas” fueron atendidas y regularizadas por las autoridades estatales, los legisladores y gobernantes orientaron gradualmente su interés hacia otros sectores de la población que también requerían la ayuda benéfica del Estado al aumentar la necesidad de más y mejores hospitales de caridad para los enfermos pobres, asilos para los indigentes y hospicios para los desamparados, ya que su número aumentaba con el crecimiento mismo de las ciudades, así como se hizo imperativo disponer de montos específicos del presupuesto para gastos varios o imprevistos con el fin de atender las cíclicas epidemias y los desastres naturales que azotaban la región, especialmente en los municipios circunvecinos a Bucaramanga y a El Socorro.⁵

Esos gastos hospitalarios, de asilamiento y previsión sanitaria pasaron de representar el 0.05% del presupuesto estatal anual aprobado por los liberales radicales a un constante 1% durante los gobiernos departamentales de regeneración y centralización nacional hasta que los gobiernos nacionales centralizaron las políticas y servicios en higiene y salud pública al adoptar el modelo de seguridad social europeo a partir de 1946 (Ley 90). Cambio de sistema que generó una abierta oposición a su implementación por parte de los médicos particulares que tradicionalmente habían estado a cargo de la salud de las familias privilegiadas y los grupos humanos que dependían de ellas (sirvientes, administradores, jornaleros, ahijados, etc), así como los médicos asalariados y dependientes del Estado manifestaron su inconformidad al ser inevitables las reducciones fiscales en los bondadosos auxilios departamentales y las rentas municipales con las cuales se

mantenían los establecimientos hospitalarios de carácter municipal o provincial para la atención de las gentes del común, los obreros independientes, los enfermos de caridad y los mendicantes.¹

A partir de entonces, el estudio de la salud pública desde la perspectiva de las crónicas, gestiones y cuestionamientos de los médicos se constituyó en un ejercicio académico permanente mediante el cual se pretendía recordar a las administraciones gubernamentales y a las familias privilegiadas como había sido, seguía y debería seguir el estatus sociocultural, el papel político-científico y el prestigio profesional y económico que habían adquirido los facultativos durante un siglo de formación y ejercicio profesional en el país. Para tal fin, se les presentó como héroes fundadores, restauradores o modernizadores de los establecimientos hospitalarios y de los procedimientos sanitarios, así como se asoció la salud pública como los resultados, innovaciones y sacrificios humanos de los médicos más prestigiosos, afamados, especializados o reconocidos, dejándose de lado las estructuras políticas, sociales, económicas y científicas propiciadas por otros seres humanos contemporáneos que daban razón de ser a esos profesionales.

Tendencia analítica preservada y defendida por los médicos-historiadores de la salud pública en Colombia, quienes a través de eventos como el “Simposio Internacional Forjadores de la Salud Pública”, llevado a cabo por la Universidad Nacional de Colombia del 1 al 3 de diciembre de 2004, bajo la coordinación científica de Emilio Quevedo como Director del Centro de Historia de la Medicina “Andrés Soriano Lleras” de la Facultad de Medicina de la misma universidad, y con el fin explícito de rescatar el estudio del papel protagónico de los actores sociales en la construcción de los procesos históricos.⁶

Para tal fin, la temática del Simposio se centró en el renacer del culto a la personalidad médica al ser necesario: *“...retomar el análisis de la singularidad del papel de los sujetos dentro de los procesos de desarrollo de la salud pública. Se trata de discutir las posibles redes de relaciones e intereses personales, políticos, económicos e ideológicos en las cuales estuvieron inmersos los sujetos que participaron en la historia de la salud pública, de qué manera estas determinaron o no sus formas de entender y de actuar, y de qué forma influyeron o no en las decisiones que han orientado las políticas en salud pública y las acciones sanitarias tanto en el ámbito internacional como en el nacional y local. El desafío es el de escribir unas pequeñas biografías que no sean apenas un simple relato apasionado y cronológico de acontecimientos contruidos artificialmente, sino que se afirme como una narración de una vida individual, que por una parte es colectiva y por otra es singular. El desafío es zurcir esta trama, tentadora e incitante. Analizar los hilos que envuelven esta problemática implica el abordaje de una cuestión que ha sido discutida desde hace algunos años: ¿Cuál es el papel del sujeto en el proceso histórico?”*⁶

Para el caso de Santander, el médico mejoraba o perdía su prestigio de acuerdo a la institución en la cual prestaba sus servicios, así como la institución ganaba o perdía confianza y clientela acorde con las calidades y capacidades de los médicos con los que contaba. Ejemplo de ello era la condición que obtenía el médico que decidía trabajar en el Lazareto de Contratación al ser excluido o discriminado por su círculo social e intelectual al pasar a ser potencialmente un enfermo contagioso; por el contrario, los médicos que tenían prestigio académico y científico por sus investigaciones y hallazgos en la curación de enfermedades, por ejemplo la lepra, al decidir adelantar sus estudios en los hospitales de hansenianos obtenían el apoyo del Estado a través del incremento en los fondos presupuestales para su funcionamiento, en infraestructura científica y en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que hacían parte de esos establecimientos al pasar a ser objetos de estudio de alto interés sociopolítico y científico-médico.⁵

Sin embargo, médicos y hospitales fueron instituciones tardías en el entorno santandereano al estar asociados a los procesos de colonización y reorganización provincial del siglo XVII como a los procesos de expansión parroquial del siglo XVIII dispuestos por la legislación colonial española. Para entonces, la atención hospitalaria para quienes no podían pagar o contar con médicos privados se concentraba en los hospicios hospitalarios regentados, sustentados y atendidos por los curas párrocos, las cofradías parroquiales y los médicos particulares de las familias principales de cada jurisdicción en su afán por ganar gracias salvíficas. Vecinos que apelando a los deberes caritativos de todo cristiano pretendían garantizar en cada municipalidad el cuidado anímico-espiritual y al mismo tiempo el ocultamiento físico-social de los enfermos pobres, los niños mendicantes, las mujeres vagabundas o paridoras y los ancianos abandonados que deambulaban por las calles generando incomodidad moral, escándalos públicos, y en el peor de los casos, miedo colectivo de acuerdo a la monstruosidad de los cuerpos lacerados, llagados, contagiados o descompuestos.¹

El asilamiento de los elementos contrarios a los valores e imágenes que caracterizaban la vida en policía y moralidad también se extendía de acuerdo al modelo médico-hospitalario imperante al aislamiento y ocultamiento de los portadores de las plagas divinas de carácter pecaminoso e incurable como eran la lepra, la sífilis, el sarampión y la viruela, optándose durante los ciclos epidémicos regionales a la deportación y el exilio a lugares apartados, intransitados e inaccesibles de todos aquellos enfermos sospechosos de ser contagiosos o incurables. El mejor ejemplo de esos lugares fueron los Lazaretos u hospitales para elefanciacos, las casas de degrado para virulentos, los edificios de cuarentena para viajeros infecto-contagiosos y los cementerios “rurales” para los cadáveres de los enfermos contagiosos cuyos vapores bacterianos (miasmas) se consideraban portadores de los agentes causantes de enfermedades para los parroquianos.⁵

Aún así, la falta de médicos y profesionales de la salud hasta mediados del siglo XIX en Santander ha conllevado a que

las historias de las prácticas médicas y el funcionamiento de los hospitales como ejes articuladores de las políticas, las prácticas, las mejoras públicas y las transformaciones en los nacientes modelos de Salud Pública que se siguieron por parte de los gobernantes monárquicos y republicanos durante los siglos XVIII, XIX e inicios del XX estén directamente relacionadas con los conocimientos médicos y las gestiones hospitalarias que hicieron los sacerdotes (diocesanos y monacales) que se desempeñaron como misioneros o curas párrocos de las parroquias y villas neogranadinas más prósperas.⁵

Ejemplo de ello fue la experimentación terapéutica con compuestos botánicos y homeopáticos aunado a la aplicación de sus conocimientos en medicina y cirugía mediterráneas, administración de hospicios y diseño de cementerios por parte de José Celestino Mutis y su discípulo Juan Eloy Valenzuela en la Provincia de Pamplona. Llegado a América como médico del virrey Pedro Mesia de la Zerda, Mutis se desempeñó como administrador y catador de la mina de San Antonio en la Montuosa Baja (1766-1770) mientras esperaba la aprobación de la expedición científica que había pedido para el Reino, así como hizo parte de la Junta Médica que decidió en Santafé cómo actuar con los cotudos y leprosos del actual Santander. Valenzuela por su parte, fue cura párroco de Bucaramanga (1786-1834), médico y confesor de los miembros de la familia de Mutis en esa provincia, aunque a ambos los unió su pasión por estudiar las enfermedades y peligros tropicales, así como los beneficios de plantas como la quina y el bejuco-guaco para su curación, de allí que al iniciar tareas la Real Expedición Botánica Neogranadina (1783-1808), Mutis fuese nombrado Director y Valenzuela subdirector y escribano de la misma (1783-1785).¹

Además de sus conocimientos avanzados en medicina, con los cuales realizó múltiples observaciones, experimentos y tratamientos anatomoclínicos entre los miembros de las familias principales como entre las personas más humildes que enterraba de “balde”, Valenzuela incentivó el estudio y el incremento en el número de médicos al crear becas, cofradías, premios y estímulos particulares para los jóvenes que tuvieran el interés y la inclinación por el estudio universitario y el desempeño profesional de la medicina en su provincia natal, siendo considerado el “santo patrono” de los médicos santandereanos.⁷

Todos sus esfuerzos sólo se concretaron después de las guerras de independencia y de su trágica muerte con el retorno a los hogares paternos de las primeras generaciones de médicos neogranadinos comprometidos con mejorar la salubridad de sus compatriotas guiados por las innovaciones científicas de Europa. El cronista Bumangués José Joaquín García registró a finales del siglo XIX que a la futura capital del Estado y del Departamento de Santander sólo llegó hasta 1840 el doctor Benito Valenzuela, primer médico titulado, residente y permanente en la provincia, quien con la ayuda del cura párroco, el cabildo municipal y las familias más prestantes iniciaron el proceso de

refundación y transformación en cuanto a uso y razón social del hospital de caridad que para entonces existía en la villa. Siendo continuada esa labor por otros médicos altruistas, como fue el caso de Aparicio Reyes, quienes pretendían mejorar la infraestructura, los servicios y la cobertura para las gentes más humildes y necesitadas mientras que las familias principales y acomodadas accedían a los servicios médicos de forma privada al interior de sus residencias urbanas o en sus estancias y haciendas rurales, beneficiándose de los mismos sus esclavos, sirvientes, peones, etc.

En ausencia de médicos titulados y de instituciones oficiales con presupuestos para asistir a los pobres de solemnidad y a los pobres desamparados fue obligación de los curas párrocos como parte de su ministerio sacramental el cuidado espiritual y corporal de sus feligreses en peligro de muerte. Y si bien muchos de ellos se preocuparon sólo por asegurar el cuidado y la salvación de las almas a través de los deberes y rituales del culto divino, muchos otros además de cumplir con esas obligaciones llegaron a comprometer sus rentas personales y los fondos parroquiales futuros con el fin de construir, arrendar y acondicionar hospicios de caridad y beneficencia por medio de los cuales se buscaba garantizar misericordia y caridad para los bienaventurados que estaban bajo su cuidado, así como garantizar la rápida y eficaz recuperación de todos aquellos feligreses que al estar en capacidad de retornar a sus labores retribuían los servicios recibidos con limosnas, diezmos, servicios personales, e incluso, dependencias sociopolíticas para con sus benefactores.¹

Y aunque durante períodos irregulares de paternalismo y prosperidad los representantes del Estado (monárquico como republicano) pretendieron financiar y administrar de forma continua los establecimientos hospitalarios existentes, en la práctica fueron una carga asumida con parte de las rentas parroquiales, los impuestos colectados por los cabildos municipales, y especialmente, las donaciones, limosnas y obras pías que como disposiciones testamentarias de los habitantes del “más allá” debían ser cumplidas para garantizar la paz y salvación de sus almas como para contribuir a la proyección de la vida de los más necesitados del “más acá” por medio de alimentos y medicamentos.⁵

La oficialización de los establecimientos hospitalarios y la burocratización de los servicios profesionales que en ellos se prestaban desde mediados del siglo XIX motivó a los médicos a través de sus copartidarios en el Gobierno de turno a sugerir innovaciones en las infraestructuras diseñadas por los curas párrocos, para lo cual, se derrumbaron y reconstruyeron los edificios hospitalarios para que fuesen acordes con los modelos europeos, se agregaron mejoras materiales y procedimentales en los servicios especializados ofrecidos, y especialmente, se concibió la necesidad de descentralizar los servicios hospitalarios ofrecidos al promoverse la creación y puesta en funcionamiento de enfermerías (para hansenianos) y

pabellones (venéreos) de acuerdo a la enfermedades y su grado de complejidad o contagio. Décadas después, se promovieron centros de salud en los barrios obreros, asilos para niños y ancianos reclusos como desamparados en los hospitales, dispensarios para los enfermos contagiosos que requerían ser asistidos pero no aislados, así como centros hospitalarios especializados para la población con enfermedades mentales o para la atención especializada de los partos y los infantes en peligro de muerte.²

Los logros alcanzados por el gremio de los médicos fueron sistemáticamente resumidos en crónicas, estudios y artículos retrospectivos por parte de los mismos médicos que propiciaron, lideraron o administraron esos procesos al resaltar el impacto sociocultural de sus esfuerzos, así como al exaltar por medio de biografías, autobiografías e historias institucionales la labor desempeñada por los profesionales de las ciencias de la salud que intervinieron en esos proyectos de innovación o renovación. Siendo evidente e inevitable la vanagloria de sus actos o los homenajes de perpetuo recuerdo y admiración a los cultores del “maravilloso arte” de la medicina por medio de las publicaciones particulares, gremiales o institucionales que gestionan, dirigen y temáticamente acuerdan divulgar.

Para exaltar sus nombres y obras gradualmente se adoptó un modelo necrológico tan riguroso y especializado que las biografías póstumas de los más insignes médicos de la región se han constituido en los textos que siguen representando la “historia de la medicina” y las “crónicas médicas” en las revistas especializadas de salud o medicina al reseñarse a través de ellas: el origen familiar, profesional y territorial del homenajeado (linaje y estirpe), sus vocaciones y capacidades reconocidas (estudios y títulos), sus logros académicos (publicaciones y condecoraciones), el prestigio profesional alcanzado (cargos e instituciones laborales), el desarrollo humano alcanzado en vida al presentarse como modelos de virtudes a imitar por las nuevas generaciones de médicos, profesionales de la salud y demás ciudadanos (prototipo y legado), las justas razones para merecer homenajes, distinciones y nombres de claustros (heroísmo), e incluso, sus luchas y causas sociopolíticas en defensa de su profesión como de la consolidación de las innovaciones políticas en salud pública (liderazgo). Sobreponiéndose así la importancia del individuo profesional al de las instituciones académicas donde se formó y laboró a la par de aislar su existencia del contexto sociocultural en el cual creció, sirvió y se desarrolló integralmente.

Ejemplos de ello son las representaciones biográficas de los médicos e historiadores Roberto y Fernando Serpa Flórez sobre sus familiares, amigos y conocidos más distinguidos. Convergiendo todas sus reflexiones y esfuerzos historiográficos en exaltar la memoria de su padre Roberto Serpa Novoa (1888-1959), de quien una de sus hijas ha expresado que fue: “*Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, luchador por el establecimiento de la salud pública en el país, escritor de prosa narrativa y*

*científica publicada en revistas literarias y médicas, dedicó su vida profesional a curar enfermos y aliviar con su humor y sabiduría los quebrantos de la salud de cuerpos y almas, con esos rasgos de caridad humana que transmitió a sus hijos como la más valiosa de sus herencias. Recuerdo a mi padre como un verdadero hombre cumplidor de los deberes humanos y divinos, que me transmitió su respeto hacia el prójimo, al mismo tiempo que el sobrio sentido religioso que me ha acompañado a lo largo de la vida”.*⁸

Esa condición de “luchador por el establecimiento de la salud pública en el país” fue también reconocida durante el “Simposio Internacional Forjadores de la Salud Pública” del 2004 al ser con Augusto Gast Galvis los únicos médicos santandereanos merecedores de la condición de forjadores de la salud pública moderna al hacer parte del grupo de facultativos que de forma pionera recibieron “la salud pública norteamericana en Colombia” durante la primera mitad del siglo XX.⁶

Influenciadas por esas tendencias, otras fuentes que permiten reconocer esas mismas preocupaciones de enaltecimiento biográfico por parte de los médicos han sido las publicaciones periódicas de Facultades de Medicina y Salud de la UIS y la UNAB. Para comprender sus tendencias y particularidades en Santander se seleccionó una muestra de 168 textos de revisión, artículos originales y trabajos de investigación publicados en las revistas universitarias **UIS Medicina** (1969-1987), **Salud UIS** (1987- 2006), **Médicas UIS** (1987- 2006) y **MedUNAB** (1998-2006).

La primera conclusión a la que se llegó fue reconocer la importancia que han tenido y siguen teniendo los estudios sobre las personalidades científico-médicas al dedicarse el 20% de los textos publicados en esas cuatro revistas a ese preciso fin. Siendo asociados los médicos elegidos con la Historia (UIS) y las Crónicas (UNAB) de la medicina santandereana, los autores de esos artículos centran sus relatos biográficos en la vida, obra y legado de los más destacados o recordados por los editores de esas publicaciones, incluidos dioses, héroes, precursores y algunas patografías médicas, así como se destaca el esfuerzo hecho por algunos médicos santandereanos por redactar la Historia de la Medicina en Colombia, resaltándose especialmente las tareas editoriales emprendidas por revistas extintas como “Hospital” o “Neurosiquiatría” y los proyectos historiográficos emprendidos por Max Olaya Restrepo y Luis Guillermo Ortiz González.

Así mismo, se ha recordado la vida y obra de médicos como Luis Guillermo Ortiz González, Guillermo Fergusson Manrique, Orlando Díaz Gómez, Lope Carvajal Peralta, Camilo Riaño y Álvaro Sabogal Rey. Sin embargo, el médico e historiador más reconocido y exaltado desde los orígenes de esas publicaciones ha sido Roberto Serpa Flórez, a la par de su hermano Fernando, quien apelando a su experiencia y conocimientos históricos en el 2003 dio a conocer sus “Apuntes para la historia de la Medicina en Santander” como parte de los actos conmemorativos de

creación de la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Médica de Santander.⁵

Apelando a esas mismas efemérides, el autor publicó en el 2005 en Salud UIS un artículo mediante el cual exalta el nombre, la formación y el prestigio de diez médicos santandereanos que en su saber y entender podían ser considerados y destacados como los más eminentes y legendarios médicos de Colombia, considerando para ello que “Los ciudadanos de un país deben conocer las vidas y los hechos de aquellas personas que han contribuido a formar a la Nación y a crear los valores que forman la identidad nacional. Este conocimiento contribuye preservar esos valores y a reforzar esta identidad”.⁹

Entre los médicos del Siglo XIX hasta inicios del XXI que fueron elegidos y exaltados por Serpa Flórez estaban: Antonio Vargas Reyes, Manuel Plata Azuero, Maximiliano Rueda Galvis, Augusto Gast Galvis, Ernesto Plata Rueda, Roso Alfredo Cala Hederich, Efraín Otero Ruiz, Augusto Sarmiento Rosillo, Roberto Serpa Novoa y Fernando Serpa Flórez, estos dos últimos padre y hermano del autor, respectivamente. El proyecto biográfico de Serpa daba continuidad a su vez al de Max Olaya (1969), quién había elegido como los médicos más “destacados” hasta la primera mitad del siglo XX a Antonio Vargas Vega, Antonio Vargas Reyes, Eusebio Cadena Rey, Eulogio Uscátegui, Martín Carvajal Bautista, Francisco Pradilla, Daniel Peralta, Luis Ardila Gómez, Roberto Serpa Novoa, Roberto Cadena Menéndez, Francisco Soriano, Antonio Gómez Amorocho, Manuel Camargo Martínez, José Antonio Jácome Valderrama y Lope Carvajal Peralta.⁵

Esa preocupación de los médicos historiadores por rendir homenaje a los médicos “forjadores”, “destacados” o “ilustres” de la salud pública hace necesario preguntarse una vez más: ¿qué es la salud pública?, ¿es tan sólo la suma de las acciones heroicas, los valores patrióticos y las intenciones filantrópicas de los médicos antes que las políticas estatales, las instituciones gubernamentales o las exigencias socioeconómicas? Para responder esos interrogantes es preciso excluir del análisis a los relatos biográficos y centrarse en los autores y textos que han ubicado esas personalidades en contextos, relaciones y áreas funcionales donde es posible precisar el concepto de salud pública.

Si bien se pretende que formar, investigar y actuar en salud pública es un proceso multidisciplinario en el cual se aplican transversalmente las ciencias biológicas, sociales, médicas y del comportamiento para la comprensión integral de los fenómenos de salud que afectan a una comunidad o población humana organizada social, cultural y políticamente, de allí que se justifique la relevancia de realizar estudios socio humanísticos complementarios, desde una perspectiva cronológica y editorial es inevitable afirmar que la formación y la práctica de la salud pública “está instrumentalizada por el modelo medicalizado, y está orientada a lograr una mayor eficiencia de los servicios de

atención médicas”¹⁰ a partir del principio “costo-provecho-beneficio” de los recursos físicos y humanos disponibles.

Ese predominio de los criterios médicos es corroborado por las revistas universitarias seleccionadas para las cuales la salud pública “*ha perdido una visión global del problema de la salud y opera con instrumentos al servicio de la enfermedad, porque la atención médica no tiene que ver con la salud, sino con la enfermedad*”.⁸ Una visión asociada especialmente con el área epidemiológica al representar el 45% de los artículos analizados.

Esa tendencia también permite reconocer que hay una mayor producción de textos asociados con las diferentes áreas o miradas de la salud pública durante la última década, y aunque resultan ser un menor número de publicaciones en comparación con los estudios con perspectiva histórica sobre las infecciones o las enfermedades de mayor impacto social (cáncer, tabaquismo, Sida, etc.), a través de los mismos es posible identificar el interés que existe por analizar, mejorar o cuestionar la gerencia y prestación de los servicios de salud para prolongar y conservar la vida (9%), los procesos de restauración y rehabilitación de la salud a través de los sistemas de aseguramiento social existentes (3%), y especialmente, la formación integral en salud pública por medio de un componente multidisciplinario y pedagógico (3.5%).

Si bien las cuatro revistas seleccionadas cuentan con textos que cumplen la tarea de analizar las dimensiones y áreas internacionales de la salud pública, no menos importante es resaltar la difusión y divulgación institucional con una perspectiva “evolutiva” de las diferentes disciplinas, carreras y dependencias que contribuyen a formar o asistir el personal hospitalario que se encarga de prestar los servicios médico-hospitalarios. Destacándose la participación que los decanos de la Facultad de Salud de la UIS (3.5%), los directivos de las Escuelas de Enfermería y Fisioterapia de la UIS (5%), y los docentes de disciplinas como la farmacología, toxicología, psiquiatría, oftalmología, etc. (11%) han hecho para difundir la historia, grupos de investigación y proyección socioprofesional de sus programas.

Mientras las retrospectivas institucionales representan el 19,5% de los artículos seleccionados, la estrecha relación entre la historia de los médicos y la historia de las enfermedades representa un 65% de la muestra elegida. Aún así, algunos de ellos articulan la vida y obra de los médicos con las campañas y luchas regionales contra las epidemias de acuerdo al contexto histórico en que se dieron. Ejemplo de ello es la reimpresión de uno de los capítulos de la “*Introducción a la Historia de la Medicina en Santander*” de Max Olaya Retrepo en la revista MedUNAB de 1999. A través del mismo, se presenta la biografía de los doce médicos tropicalistas más ilustres y destacados de Santander durante la primera mitad del siglo XX, especialmente aquellos que se integraron a los científicos norteamericanos de la Misión Rockefeller que se propuso erradicar la fiebre amarilla del departamento (1916-1923).

Esos relatos biográficos de carácter heroico, aunado al deseo de los médicos-historiadores por contar con revistas médicas para la divulgación de sus representaciones, por ejemplo “Hospital” fundada por el médico y político Francisco Sorzano y rescatada temporalmente del “polvo y el olvido” por Olaya, permiten identificar a su vez la oposición y rechazo de los médicos que fueron formados y laboraron antes o durante las reformas en salud pública que se implementaron a mediados del siglo XX por parte de los gobiernos nacionales y departamentales, especialmente, desde la creación del Ministerio de Higiene, el Instituto de Seguros Sociales para los trabajadores privados y la Caja de Previsión Social para los trabajadores públicos.

Para entonces, Olaya consideraba que esas disposiciones ocasionarían la crisis y fulminación de la medicina colombiana al disgregarse moral y gremialmente a los profesionales de la salud, y consigo, se propiciaría, la pérdida del rol políticoeconómico y el status sociocultural de los médicos. Todo lo cual le motivó a expresar, después de haber magnificado el papel histórico de la medicina y los médicos, que las políticas sociales, la legislación nacional en Salud Pública y específicamente la “*medicina socializada*” de los Seguros Sociales resultaba ser tan despersonalizada, carcelaria, uniforme, secularizada, materialista, falta de ética, inmoral y “*tan anti-históricamente pequeña que no merece ni necesita la dignificación de la crítica historia*”.¹¹

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), creado en 1946, se constituyó durante las siguientes décadas en “el primer empleador de los médicos” formados en el nuevo modelo de salud pública, mientras que las generaciones precedentes se mantuvieron en el sistema privado o el sistema hospitalario regional. La reestructuración estatal del ISS (1977, 1993) y el sistema de aseguramiento social que lo regulaba condicionaron a su vez al “*... cambio de la práctica liberal de la profesión con pago de honorarios, por la práctica social con trabajo a sueldo, por horas*”,¹² que sumado a la sobreoferta de médicos dispuestos a someterse al multiempleo y las condiciones de los nuevos patrones o empleadores paraestatales, obligó a los médicos a sindicalizarse a través de organizaciones como ASMEDAS y ASPU para preservar parte del status perdido y para negociar sus condiciones laborales con las empresas que surgieron posteriormente, actuando de igual manera los demás profesionales y trabajadores de la salud pública.

Sin embargo, las predicciones, tensiones y malestares de Olaya llegaron a su punto más crítico con la aprobación de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, mediante la cual se reglamentaba el artículo 48 de la Constitución Política de 1991 que disponía el derecho a la salud y su cobertura universal. Con ella se creó el “Sistema de Seguridad Social Integral” para “*...proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad*”, así como para garantizar el

derecho irrenunciable y el acceso al servicio público en Seguridad Social (salud, pensión, riesgos, vejez, invalidez, vivienda, etc.) por parte del Estado.

Sus mayores contradictores fueron una vez más los médicos y los demás profesionales de la salud porque con ella se permitía que los subsidios estatales y los aportes de los trabajadores fuesen administrados por el agonizante ISS y por novedosas empresas de salud privada que intermediaban y regulaban las relaciones entre el afiliado y las empresas prestadoras de los servicios públicos al ser su principal interés el lucro monetario antes que el bienestar social de los afiliados, entendidos como “mercancías”, generándose así la competencia entre esas organizaciones para “maximizar” la captación de recursos y afiliados por medio de cotizaciones bajas y la negación de beneficios asociados con los servicios en seguridad social.

De allí que los médicos subcontratados por esas instituciones y sus respectivos supervisores asumieran desde entonces la pretérita y denigrante condición decimonónica de “matasanos”, no por ser practicantes ignorantes o incapaces para desempeñarse sino por su obligación laboral de negar o demorar al paciente enfermo exámenes, medicinas, tratamientos, intervenciones, etc., que impliquen sobrecostos, y por ende, pérdidas para los empresarios de la salud, obteniendo a cambio reconocimientos, ascensos administrativos y mejoramientos salariales.

En ese panorama de inseguridad social propiciada por el Estado central al liquidar y minimizar el papel de los hospitales como símbolos de los orígenes y cambios de la Salud Pública, al otorgar el manejo administrativo y operativo de la seguridad social a los empresarios privados al liquidar y fragmentar el ISS (2005-2007), al dar continuidad al corrupto “negocio de la salud” a pesar de reformar de la Ley 100 de 1993 con la Ley 1122 de 2007, sumado al sometimiento de los nuevos profesionales de la salud a las condiciones laborales impuestas por esos mismos empresarios, a los afiliados al Sistema de Seguridad Social sólo les queda contratar con médicos y especialistas privados su recuperación al “no servir para nada” la cotización forzosamente pagada o descontada, exigir a través de las vías de hecho o derecho (tutelas) atención pública-hospitalaria por parte del Estado, o en el peor de los casos, someterse los más pobres a vivir el mal llamado “paseo de la muerte” al pedir inútilmente atención médica de clínica u hospital en hospital al no tener dinero para pagar inmediatamente la atención proporcionada o por ser ciudadanos subsidiados cuyo carnet de identificación sanitaria justifica su discriminación o exclusión de toda asistencia preferente.

Los historiadores

Descrita la preocupación histórica de los funcionarios públicos por abordar la salud pública como la relación entre casos de enfermos y cifras de atención de las enfermedades

endémicas y epidémicas que han padecido los santandereanos, especialmente la lepra, aunado a la creciente asociación de la salud pública con las personalidades históricas que han contribuido a su consolidación durante los últimos cincuenta años por parte de los médicos historiadores, resta establecer cuáles son los propósitos y enfoques con los cuales los historiadores profesionales han asumido el estudio de la salud pública en Santander.

La transición de la muerte inevitable y el heroísmo del médico por arrebatarle sus pacientes a la “huesuda muerte” (siglos XVIII-XIX) al uso de procedimientos tecnocráticos de reconocimiento del riesgo sanitario regional y la acción preventiva a partir de bases de datos estadísticos y el seguimiento cronopatológico a diferentes fenómenos epidemiológicos por parte de médicos especializados (siglos XX-XXI) ha llevado a pensar que la esencia misma de toda política de salud pública es la “muerte evitable” de los ciudadanos por medio de “políticas y servicios de salud eficaces y oportunos”.

Esa perspectiva se ha reflejado a su vez en los cambios necesarios que gradualmente se han empezado a dar por parte de los investigadores de la ciencia y los historiadores de la salud pública al considerar nuevos problemas y fenómenos interdisciplinarios de investigación a partir del estudio y la articulación de los grandes temas que captaron la atención de los médicos e historiadores durante el siglo XX como fueron las biografías e innovaciones de los médicos más destacados, las crónicas oficiales o médico institucionales sobre el origen y las transformaciones de los centros hospitalarios más prestigiosos, y especialmente, los parámetros conceptuales y metodológicos formulados por Colciencias a través de los estudios sobre la Historia Social de la Ciencia en el país.

Después de una década de esfuerzos investigativos y publicaciones parciales en 1993 se divulgó el estudio completo que sobre la Historia Social de las Ciencias Médicas en Colombia había iniciado la Escuela Colombiana de Medicina y el médico Emilio Quevedo quien contó además con la colaboración de sociólogos, historiadores (académicos) y algunos médicos interesados en el devenir de su profesión. Dicho estudio fue publicado por Colciencias como los tomos VII y VIII de la Historia Social de la Ciencia en Colombia. Con el primero se analizaron los orígenes e institucionalización de la medicina desde el período colonial hasta 1860 y con el segundo se estudiaron las transiciones médicas que se dieron en Colombia desde 1867 hasta 1957, centrándose la atención de los autores en los efectos externalistas e internalistas que tuvo el cambio del modelo anatomoclínico (francés) por el modelo de salud pública (norteamericano) adoptado por el Estado a través del Ministerio de Higiene, denominado finalmente Ministerio de Salud Pública.

La obra del Dr. Quevedo y sus colaboradores contribuyeron desde entonces a reconocer y exaltar los textos documentales, impresos o reimpresos que los médicos neogranadinos

habían producido o influido producir durante cinco siglos de colonización científico-hospitalaria reflejándose a través de ellos las transformaciones que se dieron en las ciencias y el saber médico, en las técnicas y las profesiones médico-hospitalarias, en los cambios de la infraestructura sanitaria, en las decisiones político-económicas como en las relaciones socio-culturales entre gobernantes, médicos y pacientes, y especialmente en la “Historia de las estructuras e instituciones neogranadinas” al comprenderse a través de ella:

- **Las formas** “...por medio de las cuales los profesionales médicos han organizado sus labores de producción, transmisión e intercambio de conocimientos y problemáticas, así como la difusión de unos y otros”;
- **El lugar** “...en donde el profesional ejerce su práctica y en donde ciencias y prácticas se interrelacionan de una manera orgánica para plantear soluciones concretas de tipo profesional a las necesidades de salud de la comunidad”; y específicamente,
- **El proceso** de institucionalización interno mediante el cual “...se difunden y se asimilan las diversas corrientes de pensamiento científico en los países periféricos y se domestican las teorías científicas hegemónicas en los países centrales”.¹³

Entendida la salud pública como las óptimas condiciones de bienestar (físico, psíquico, ambiental y material) de una comunidad garantizadas por las instituciones del Estado, estudiarla desde una perspectiva internalista o intra-institucional a través de las representaciones de los médicos en su condición de administradores o prestadores de servicios hospitalarios implicaba comprender el devenir de las políticas y prácticas de esas instituciones y al mismo tiempo las presiones o innovaciones ejercidas por las asociaciones científicas y gremiales de los profesionales de la salud como representantes de las academias, escuelas y facultades de medicina (y las carreras auxiliares o afines a las mismas), el papel que tenían y aún siguen teniendo las publicaciones periódicas y especializadas de esos profesionales (bibliometría), así como el impacto socioeconómico de los cambios formativos y los procedimientos médico-hospitalarios para las “boticas y farmacias” como organizaciones intermediarias entre la medicina tradicional y la científica.

A los aportes de Emilio Quevedo y el Centro de Historia de la Medicina de la Universidad Nacional se sumaron las investigaciones de las Academias capitalinas sobre la historia de las enfermedades y las dolencias, entre las cuales se destacan los trabajos sobre las enfermedades y dolencias tropicales del Médico Hugo Sotomayor como representante de la Academia Colombiana de Medicina, las propuestas de la antropóloga Virginia Gutiérrez de Pineda sobre historia de la medicina tradicional, y especialmente, la propuesta de Christopher Apel al hacer en sus “Ensayos de Historia de la Salud Pública en Colombia” una retrospectiva de las políticas y los presupuestos que en salud fueron dispuestos por los gobiernos monárquicos, dictatoriales y republicanos anteriores a la constitución de 1991.

Algunos historiadores e investigadores sociales de Santander también han dedicado su atención al papel benéfico y asistencial del Estado para afrontar las enfermedades a la par de los médicos y demás profesionales de la salud, desprendiéndose de sus ensayos propuestas analíticas y metodológicas sobre cómo abordar desde una perspectiva científico-social un problema de estudio tradicionalmente asociado a las ciencias de la salud.

Una **primera** opción analítica e investigativa fue propuesta en 1990 por Armando Martínez Garnica, Doctor en Historia del Colegio de México, quien publicó en la revista Salud UIS un “artículo original” en el cual analizaba las perspectivas profesionales de la enfermería a partir de los escritos, obras y reformas sanitarias emprendidas por la enfermera Florence Nightingale en Inglaterra durante la segunda mitad del siglo XIX, proponiendo al final del mismo “objetos” específicos de investigación integral de las ciencias, las profesiones y la salud pública asumida como un todo.

El Dr. Martínez, influenciado por los planteamientos de F. Nightingale y considerando los postulados analíticos de escuelas del pensamiento historiográfico como “Annales” de Francia, propuso a los profesionales en enfermería y, necesariamente, a los investigadores de las ciencias, las enfermedades y la salud pública tener en cuenta los siguientes “objetos de reflexión” en el momento de abordar los temas y problemas asociados con las condiciones de salud física, mental, espiritual y material de los individuos asociados en comunidad:

a) **En cuanto a los espacios sanitarios:**

- Propone “...mirar no sólo al cuerpo enfermo que hay que cuidar, sino además el contexto social y político de la violencia y la enfermedad, cuyos testimonios deberían documentar las reformas locales en beneficio de una cultura sana”.

- Investigar y documentar con los instrumentos de las Ciencias Sociales “...los agentes y los espacios de trabajo” de los profesionales de la salud como son “el hospital, el distrito de salud y los domicilios” al ser ellos “los espacios del cuerpo y de la prevención”;

- Pensar los espacios de trabajo y del cuerpo “...en sus dimensiones histórica, sociológica, psicológica y económica en procura de captar su racionalidad y proponer las modificaciones que favorezcan la salubridad”.

- Los profesionales de la salud por ser agentes científico-hospitalarios deben “...examinar los discursos de poder o saber que expresan los otros agentes que llenan el espacio de trabajo (médicos, parteras, los agentes de medicina tradicional) y de quienes dirigen la administración pública de la salud”.

b) **En cuanto a los hechos hospitalarios:**

- El cuerpo enfermo y las terapéuticas para rehabilitarlo se deben constituir en objetos de reflexión al ofrecer cada uno de ellos la “...historicidad que debería ser abordada a través de las epidemias, las campañas sanitarias, las

técnicas terapéuticas y las actividades sociales provocadas por la enfermedad”.

- Establecer cómo y para qué los profesionales examinan o articulan a su práctica cotidiana las reflexiones y reconstrucciones publicadas en la bibliografía histórica y antropológica sobre medicina, enfermedad y prácticas tradicionales en salud.

- Identificar la responsabilidad asumida en “...*la reflexión cognoscitiva, rompiendo la reducción de su función social a la de la mera racionalidad instrumental*”... “...*lo cual significa una modificación de su práctica rutinizada*”.

- Comprender cuáles son las estrategias que emplean durante sus procesos de formación o ejercicio los profesionales de la salud para ampliar el “...*horizonte de su praxis profesional*” y para enriquecer “...*el discurso tecnológico con las dimensiones de una reflexión sobre una sociedad enferma y sus enemigos, de tal modo que generen proyectos de reforma cultural en asuntos de salud pública*”.¹⁴

Una reflexión con pretensiones semejantes hizo una década después el historiador Álvaro Acevedo Tarazona, uno de los discípulos del Dr. A. Martínez, al proponer en el primer número de la revista *MedUNAB* cuál debería ser el papel de la formación científico-humanística antes que la técnico-profesional para el mejoramiento de la “profesión médica” dando así continuidad a su reflexión sobre los logros y fracasos de la formación científico- técnica en la región apelando al caso de la UIS después de cincuenta años de creación.

Sin embargo, desconocidas o inadvertidas las propuestas precedentes de sus colegas, el historiador y Doctor en Urbanismo Néstor José Rueda Gómez publicó en el 2003, con el apoyo de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Santo Tomás, el texto titulado “*Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga. Memoria histórica y nuevos retos*”. Investigación que plantea una **segunda** opción para pensar teórica y metodológicamente el devenir de la historia de la salud pública en la última década al proponerse la necesidad de apelar a estrategias cualitativas para estudiar integralmente las percepciones históricas sobre ese establecimiento de salud sin descartar el uso de prácticas tradicionales de la historia de la ciencia médica.

El texto en mención cuenta con una biografía del General Ramón González Valencia, se describe desde fuentes oficiales los procesos de regulación y crecimiento urbano a la par del equipamiento sanitario y el ordenamiento higiénico-hospitalario que tuvo la ciudad durante el Siglo XX y se reconstruyen hechos sobre la creación del Hospital Universitario desde el 13 de abril de 1951 hasta su inauguración en 1973 a partir de la documentación institucional y las fuentes periodísticas que se conservan. Finalmente, anexa un compilado de entrevistas hechas a directivos, administrativos, personal hospitalario y representantes gremiales por medio de las cuales deja a criterio del lector la interpretación de las razones de apoyo o rechazo a la reestructuración de dicho hospital, aunque su

propósito sea hacer una retrospectiva de los treinta años de funcionamiento de ese establecimiento hospitalario, considerado símbolo de la salud pública y los “hospitales modernos” de Santander.

Una **tercera** vía para estudiar la Salud Pública con una perspectiva histórica e historiográfica en Santander también fue propuesta en el 2003 en el primer número de “Memorias”, revista anual de la Escuela de Historia de la UIS, por medio de un artículo sobre “nuevas perspectivas analíticas” titulado “¿*Cómo abordar el tema de la historia de la salud pública?*”. El autor plantea un concepto de salud pública que resulta acorde con los temas y problemas de las ciencias humanas y sociales, delimita los cambios en las nociones de salud pública de acuerdo a organizaciones e instituciones históricas que emplearon de múltiples formas ese concepto, y finalmente, propone que teórica como metodológicamente “*hacer la historia de la salud pública*” debe estar directamente asociada con la elaboración de una historia total e integral de la enfermedad y los enfermos. Lo cual implica correlacionar a éstos últimos con las historias paralelas acerca de los gremios profesionales, las institucionales oficiales y las políticas públicas.

Para justificar esa alternativa analítica e historiográfica el autor plantea que la historia de la salud pública: “... *es una historia fundada en la dimensión política de la salud que contribuye a comprender desde un énfasis específico los procesos de formación del estado-nación al ser pensada desde las dinámicas del poder, los intereses políticos, el estado y la profesión médica en los espacios urbanos y rurales provinciales, así como contribuye a identificar las relaciones entre las instituciones de salud y los fenómenos estructurales (económicos, sociales, políticos, ideológicos) de la sociedad, e incluso asume una condición útil e instrumentalista similar a la adoptada por los higienistas de los siglos XIX-XX al buscarse en el pasado lecciones para el presente y el futuro pues se asume que la salud no es un proceso cerrado al ser una preocupación de larga duración*”.¹⁵

Ese panorama de miradas, opciones y reflexiones historiográficas alternativas facilitó que a partir del 2005 la Escuela de Historia de la UIS aprobara nuevos trabajos de investigación sobre Santander y los santandereanos a partir de temas, preguntas y preocupaciones teórico-metodológicas que se apartaban de los acostumbrados estudios políticos, demográficos y económicos asociados con la Colonia, las experiencias federalistas y la república centralistas, abriéndose paso a investigaciones novedosas tituladas: 1. “*Los Lazaretos colombianos y su transición de establecimientos hospitalarios a instituciones de aislamiento, el caso del Lazareto de Contratación-Santander, 1931-1961*” de Dayana Lizarazo (2005); 2. “*Sin miedo ni gloria: ciencia y política en la segadora de vidas de tez amarilliza: Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923*” de Élquin Morales (2005); 3. “*El suicidio en Bucaramanga, su caracterización a través de Vanguardia Liberal 1970-1985*” de Melissa Jaimes (2006) y; 4. “*La sífilis, otra*

enfermedad que atacó la ciudad de Bucaramanga 1920-1947” de Camilo Rodríguez (2007).

A la par de las reflexiones y discusiones teórico-metodológicas en el desarrollo del trabajo de D. Lizarazo sobre la Lepra y el Lazareto de Contratación como en la planeación del proyecto de C. Rodríguez sobre la sífilis y la prostitución en Bucaramanga, surgió una **cuarta** alternativa investigativa de la Salud Pública, según la cual, era necesario pensar la enfermedad y el enfermo más allá de los informes oficiales, las visiones médico-hospitalarias de los profesionales de la salud y los incomprensibles volúmenes estadísticos anexados a las investigaciones historiográficas, lo cual implicaba hacer reflexiones integrales de enfermedades y enfermos estudiados hasta el momento como eran la lepra, los leprólogos, los leprocomios y los leprosos a partir de las nociones, principios y preocupaciones de la salud pública. El resultado de esas reflexiones fue el artículo publicado por la revista Salud UIS (2005) con el título: “*La lepra y los Lazaretos en Santander. Discapacidad clínico-hospitalaria y minusvalía socio-cultural*”.

La adopción interpretativa y la irreverencia propositiva de los conceptos discapacidad y minusvalía pretendían llamar la atención de los profesionales de las ciencias humanas y de la salud acerca del objeto primario de toda investigación en salud pública, es decir, el enfermo y su contexto socioafectivo o sicorepresor. En el caso particular de los enfermos de lepra, era necesario insistir que hasta entonces ningún otro grupo humano santandereano había sido tan señalado, perseguido, encarcelado y exiliado sólo por ser enfermos incurables, de allí que después de cien años de vivir ocultos en la “ciudad del dolor” gracias a los trascendentales cambios políticos, ideológicos, sociales y terapéuticos de mediados del siglo XX pudieron llegar a vivir procesos de plena convivencia familiar y el restablecimiento socio-político de su condición de ciudadanos.

Esa pretensión por comprender los fenómenos sanitarios más allá de las mediciones y explicaciones deterministas acostumbradas por funcionarios, médicos y académicos conllevó a hacer una lectura alternativa de la condición del hanseniano como ser humano integral y no solo como paciente moribundo, enfermo incapaz o sospechoso portador de acuerdo a las tipologías y disposiciones de los sanatorios y asilos. Con lo cual, el estudio de las enfermedades requería una mirada mucho más responsable e interdisciplinaria, y por ende, hacer historia de la salud pública implicaba comprender, estudiar y representar todas las dimensiones posibles del bienestar físico, mental y socio-afectivo de los individuos y las comunidades humanas analizadas y no solo la presencia o ausencia de afecciones endémicas o epidémicas en los cuerpos de los mismos.

Esa preocupación neohistórica ha encontrado interlocutores válidos que también pretenden y anhelan hacer una reflexión mucho más humanizada de los grandes temas y

problemas de la salud pública al ser directa o indirectamente “hijos del dolor” y de la desesperanza que produce ser descendientes o portadores de enfermedades. Ese es el caso de algunos estudiantes-historiadores que han concebido la realización de trabajos de grado con la pretensión de estudiar, comprender e interpretar desde teorías y metodologías mucho más cercanas a los actores primarios de los hechos y los cambios históricos que se articulan plenamente y con una perspectiva espacio-temporal a las áreas de la salud pública (Epidemiología, salud ambiental, gerencia en salud y salud ocupacional) contemporánea¹⁶.

Entre las propuestas de esa nueva generación de investigadores se encuentra específicamente indagar sobre:

1. El origen y devenir del aseguramiento social en salud y pensiones promovido por el Estado a través del Instituto de Seguros Sociales (ISS);
2. Las nuevas formas del equipamiento urbano y ecología sanitaria de las ciudades a partir de la construcción y comercialización interinstitucional de jardines-cementerios y crematorios en los suburbios urbanos;
3. El papel científico, hospitalario y filantrópico de las asociaciones y ligas que luchan por la prevención, tratamiento y curación del cáncer uterino en Bucaramanga y;
4. El reencuentro historiográfico con los cientos de niños y niñas que fueron separados violentamente de sus padres y familiares leprosos para ser observados y vigilados en asilos de prevención adjuntos al Lazareto de los santandereanos.

Conclusión

La diversidad de perspectivas históricas que existen sobre la salud pública como tema, objeto y fenómeno común de estudio, aunado a las pretensiones particulares o a las preocupaciones gremiales de los investigadores que conciben y divulgan esas historias desde su condición de funcionarios públicos, médicos, académicos, docentes o historiadores profesionales, permite reconocer una creciente pluralidad de representaciones cuyos alcances siguen estando limitados a los grupos de interés y difusión para los cuales son pensados. De allí que los reportes estadísticos y las tendencias epidémicas de las enfermedades divulgadas por los funcionarios de las entidades de salud, al igual que en el siglo XIX, sigan siendo empleadas para proyectar las acciones de inversión, prevención o intervención de los gobernantes o para ser divulgadas como noticias “alarmantes” sin más profundidad o seguimiento que los otorgados por los medios de comunicación.

Por otra parte, el papel médico-científico de las personalidades históricas a partir de las reseñas sobre sus logros biográficos y sus aportes innovadores en la detección, prevención o curación de las enfermedades tiende a constituirse en informaciones de interés preferencial para los profesionales de la salud, graduados o en formación, al ser rememorados o magnificados sus nombres en las revistas especializadas de la ciencia o

disciplina que profesaban cerrando así la posibilidad de interacciones interdisciplinarias con otros lectores. Sumándose a esa tendencia la inutilidad disciplinaria e irrelevancia sociocultural que revisten para muchas disciplinas las investigaciones realizadas por los profesionales de las ciencias humanas y sociales acerca de la salud y la enfermedad al ser reducidos la mayor parte de sus esfuerzos a informes impresos o digitalizados, que en el mejor de los casos, son dados a conocer en publicaciones y eventos estrictamente disciplinarios.

Aún así, éste artículo ha sido el resultado de encuentros y reflexiones transdisciplinarias entre las ciencias universitarias de Santander al surgir como síntesis de la ponencia que sobre “Salud y Sociedad” presentó el autor a los miembros de la estatal UIS, aunque sus defectos y limitaciones fueron identificados por los profesionales de la Salud que conforman el comité editorial de *MedUNAB*, condicionando así al investigador a repensarlo y reconstruirlo para que sus propósitos revisionistas fuesen de mutuo interés y aceptación.

Referencias

1. Pérez Pinzón L. Regenerar la muerte. La política sanitaria en el Estado Soberano de Santander, 1857-1886. Trabajo de Grado (Magíster en Historia). Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2004.
2. Lizcano D. Los Lazaretos colombianos y su transición de establecimientos hospitalarios a instituciones de aislamiento. El caso del Lazareto de Contratación - Santander 1931-1961. Trabajo de Grado (Historiadora). Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, 2005.
3. Morales E. Sin miedo ni gloria: ciencia y política en la segadora de vidas de tez amarilliza: Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923. Trabajo de Grado (Historiador). Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, 2005.
4. Rodríguez C. La sífilis, otra enfermedad que atacó la ciudad de Bucaramanga 1920 - 1947. Trabajo de Grado (Historiador). Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, 2007.
5. Pérez Pinzón L. La lepra y los Lazaretos en Santander. Discapacidad clínico - hospitalaria y minusvalía socio-cultural. *Salud UIS* 2005; 37:141-51.
6. Quevedo E. Coord. Simposio Internacional Forjadores de la Salud Pública, Nov 2004. Disponible en: URL: http://www.unal.edu.co/eventos/eventos_94_20041125.html. Consultado: Abril 13 de 2008.
7. Serpa Flórez F. El médico ante la amenaza de la guerra nuclear. *Salud UIS* 1989; 17:108.
8. Serpa-Flórez de Kolbe G. Personajes y amigos (conocidos en vida). Disponible en: <http://www.gloriaserpaflorez.com/general/personajes.htm>. Consultado: Febrero 15 de 2008.
9. Serpa Flórez R. Diez médicos santandereanos. *Salud UIS* 2005; 37:72.
10. Ruíz Rodríguez M. Hacia el aprendizaje integral en salud pública. *Salud UIS* 1998; 28:1.
11. Olaya Restrepo M. Médicos destacados en la primera mitad del siglo. *MedUNAB* 1999; 6:59.
12. Serpa Flórez R. La medicina en los gremios médicos en el siglo XX. *Médicas UIS* 1989; 3:37-41.
13. Quevedo E. Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo VII (Medicina 1). Santafé de Bogotá: Colciencias, 1993: 13-6.
14. Martínez Garnica A. La perspectiva profesional de Florence Nightingale. *Salud UIS* 1990; 18:10-1.
15. Pérez Pinzón L. ¿Cómo abordar el tema de la salud pública? *Memorias* 2003; 1:79.
16. Blanco JH, Maya JM. Fundamentos de Salud Pública. *Salud Pública*. Tomo 1. Medellín: CIB, 1 ed, 1997:7.