

LA SALUD COMO UN PRÁCTICA PEDAGOGICA EN COLOMBIA 1920-1990

ANA MARITZA GOMEZ OCHOA

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL

BOGOTÁ

ABRIL 2015

LA SALUD COMO UN PRÁCTICA PEDAGOGICA EN COLOMBIA 1920-1990

ANA MARITZA GOMEZ OCHOA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTORA EN EDUCACIÓN

DIRECTOR DE TESIS

DOCTOR: ALEJANDRO ÁLVAREZ GALLEGO

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL

BOGOTÁ

ABRIL 2015

Resumen Analítico en Educación RAE

1. Información General	
Tipo de documento	Tesis de Grado
Acceso al documento	Universidad Pedagógica Nacional. Biblioteca Central
Título del documento	La Salud como una Práctica Pedagógica en Colombia:1920-1990
Autor(es)	Gómez Ochoa, Ana Maritza
Director	Alejandro Álvarez Gallego
Publicación	Bogotá, Universidad Pedagógica Nacional,2015.480p
Unidad Patrocinante	Universidad Nacional de Colombia
Palabras Claves	Práctica Pedagógica, Salud y educación, Prevención y promoción de la salud. Sujeto higiénico y sujeto saludable, enfermería

2. Descripción
<p>Tesis de grado, donde la autora realiza una revisión documental histórica, que da cuenta de la relación entre práctica pedagógica y prácticas de salud operadas en Colombia durante 1920-1990 como asunto de gobierno; indaga por las condiciones que posibilitaron el paso de un sujeto higiénico a un sujeto saludable; adicionalmente, describe y cuestiona la relación salud-educación en dos escenarios del estudio: escuela y hospital, preguntando por la potencia que tuvo esta alianza como proyecto político, social y cultural en Colombia, a partir de los conceptos de prevención y promoción de la salud.</p> <p>La enfermera en su condición de género y educadora se hizo necesaria para la medicina moderna, en tanto que su práctica involucró acciones de tipo pedagógico que fueron aplicadas en los dos escenarios del estudio.</p> <p>Ahora bien, la descripción problemática de este trabajo surge de la pregunta por el</p>

presente y su relación con el surgimiento de un novedoso discurso sobre la salud, el cual se transformó desde lo social en múltiples escenarios y con diferentes participantes. Eso hizo posible que actualmente se establezca una manera particular de hablar, así como un estatus de conocimiento y de verdad, que se ha materializado en prácticas que tienen que ver con asuntos como la autorresponsabilidad, la autogestión de la salud y del trabajo, para llegar a un fin último: conformar al sujeto saludable.

3. Fuentes

"Academias de Medicina y crecimiento demográfico". (9 de agosto de 1968). Revista Nueva Frontera.

Banco Mundial y la Educación Boletín Bretton Woods N° 20 February. ((2006)). Obtenido de Banco Mundial y la Educación Boletín Bretton Woods N° 20 February: <http://www.brettonwoodsproject.org/art.shtml?x=523478>

"Circular emitida por el Señor Director de la Comisión Sanitaria" Parmenio Cárdenas, Gobernador del Departamento de Cundinamarca-Gobernación-Bogotá,. ((1937d)). Revista de Higiene. Órgano del Departamento de Higiene (11).

"Conferencias de higiene" dictadas por el doctor Abelardo Arango, profesor de la escuela Normal de Institutores de Antioquia. (Junio de 1935). Revista Alma Nacional, III (2). Medellín, Colombia.

"Educación higienista". (Diciembre MCMXV de 1940). Revista Cultura, X (2). Bogotá.

"Educación Popular sobre problemas higiénicos y sanitarios". (Septiembre-Octubre de (1940b)). Revista de Higiene (9 y 10), Año XXI.

"Educación popular sobre problemas higiénicos y sanitarios". (Septiembre-octubre de (1940b)). Revista de higiene (9 y 10), Año XXI.

"El Problema de la Seguridad". (1943). Revista anales de Economía y Estadística". Revista

de la Contraloría General de la República. , Tomo VI (21-22). Colombia.

(1940). "Enseñanza Primaria" Informe de Educación 1939. Dirección de Educación Pública. Archivo Posada UPTC.

"Es mejor prevenir que curar". (1940). Revista salud y sanidad. Órgano de Divulgación del Ministerio de trabajo, higiene y previsión Social (95 a 100) , Año VIII, 3-23. Bogotá, Colombia.

"Escuela para Anormales". (1933b). Revista Alma Nacional, Revista mensual de educación, 16-17. Medellín, Colombia.

"Estadísticas Educativas". (Julio a diciembre de 1949). Revista Anales de Economía y estadística". Revista de la Contraloría General de la República. (55-60 Segunda época) . Colombia.

"Estatutos de la Aldea Colombiana". Luis López de Meza. . (Agosto de 1932). Revista Alma Nacional, II.

"Instituto de asistencia médico-social del niño. (Enero-abril de (1935c)). Revista de Higiene (1-91), Año XVI.

"La explosión demográfica y la conferencia de Bucarest". (26 de octubre de 1974). Revista Nueva Frontera.

"Las causas que imposibilitan el adelanto en Colombia" Conferencia dictada por el doctor Laurentino Muñoz en la Sociedad de Agricultores de Colombia. (8 de febrero-marzo de (1940b)). (10).

"Ley 48 del 19 de Diciembre de 1945, por la cual se fomenta la creación de Colegios mayores de Cultura Femenina". (Miércoles 19 de diciembre de 1945). Diario Oficial Número 26014.

"Ley 51 del congreso de la república de 1898 de 15 de Diciembre. (4 de noviembre de

1904). Periódico la Voz de Job Órgano de los intereses de los enfermos del Lazareto de Agua de Dios (1). República de Colombia.

"Ley 54 de 1931, abril 18 del congreso de Colombia, "por el cual se crean algunos orfanatos, escuela de artes y oficios, secciones de policía colonizadora y se dan facultades al gobierno para organizar aduanas en las regiones Amazónicas". (Miércoles 29 de abril de 1931). Diario Oficial 21676.

"Ley 87 del 26 de diciembre de 1946, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones". (Lunes 30 de diciembre de 1946). Diario Oficial Número 26317. Bogotá.

"memorándum para la preparación de enfermeras de sanidad Militar de la República de Colombia". (s.f.). Revista Colombiana de pediatría y puericultura. Bogotá.

"Panorama agrícola y económico de Colombia". (Abril de 1945). Revista Económica, Director Benjamín Triana, 4 (37).

"Política e Higiene". (1942). "Revista Anales de Economía y Estadística", Tomo V (15).

"Primer Congreso Latinoamericano de hospitales". (Noviembre y diciembre de (1940c)). Revista de Higiene (12).

"Programa de labores domésticas. Escuelas medias y superiores". (1926). El Maestro de Escuela.

"Reglamento de la sección de protección infantil del Departamento Nacional de Higiene". (Enero-abril de 1935). Revista de higiene (1-4).

"Sanidad Rural" Informe presentado por el doctor George Bebiera a los miembros del comité de Higiene Rural de la Cruz Roja Colombiana. (Febrero de 1933). Revista de Higiene, Numero 2 Año XIV.

"Servicio de Sanidad". (1903). Boletín Militar de Colombia. Órgano del Ministerio de Guerra

y de ejército, Tomo II (Serie VIII XN).

(1981), B. D. (1981). Manual de Vigía de la Salud por la supervivencia y el desarrollo infantil. (U. d. Antioquia, Ed.)

((2007b)). Nacimiento de la Biopolítica. Buenos aires, FCE.

100 Momentos que marcaron el Mundo Contemporáneo (Vol. Tomo 1). (2013). Bogotá, Colombia: Aguilar Prisa Ediciones.

(18 de noviembre de 1903). Periódico Patria Semanario fundado en defensa de la integridad Nacional y de la S. (V. O. Camacho, Recopilador) República de Colombia.

(1984). Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a34.pdf>.

(2007). Arqueología del saber. Siglo XXI Editores.

4. Contenidos

Los capítulos del trabajo son:

1. Práctica Pedagógica Salud y Modernidad. Recoge la historia de la salud en Colombia desde la perspectiva de prácticas pedagógicas en la modernidad y la potencia en los discursos médico higienistas; la pedagogía como campo de saber/poder, desde los discursos de la educación en salud, prevención y promoción de la salud
2. Las practicas pedagógicas de la higienización: Gobernar es sanificar. 1920-1937. Describe un periodo de fuerte influencia higienista marcado por acontecimientos orientados a disminuir la alta morbi-mortalidad de la población, derivada de las enfermedades infectocontagiosas, las cuales se presentaron como una amenaza al progreso del país; la escuela y hospital los escenarios en donde se aplicaron las normas higiénica para conformar al sujeto higiénico; la enfermera como mujer cuidadora de la raza y economista

doméstica participó de manera activa en este proyecto Nacional.

3. La práctica pedagógica en la reconfiguración del cuidado. 1938-1970. Este periodo se caracteriza por la intensificación de la educación sanitaria que puntualizó mayor atención a las necesidades básicas como vivienda, alimentación y educación. A sí mismo, las prácticas de educación en salud se orientaron en la escuela y hospital por los aspectos de la vida en sociedad, con lo cual, protagonizaron gran parte del reordenamiento de la situación básica sanitaria, con el nuevo componente de *riesgo* al concepto de salud. La práctica de enfermería se reconfigura bajo estas nuevas orientaciones.
4. Las prácticas de salud: una pedagogía de autogobierno 1970-1990. La pedagogía se concretó como autogobierno para el sector salud, ante el anuncio de la promoción de la salud como política mundial en 1986, descrita en la carta de Ottawa; no obstante, en Colombia ya se distinguía con claridad la atención primaria, revisada en los capítulos anteriores. Se anuncia el sujeto saludable aunado al componente de autocuidado; Enfermería por su parte, señala mayor participación en tanto que bebió de estas nuevas propuestas para tener mayor autonomía disciplinar; se advierte el paso de la sumisión al trabajo liberal.

5. Metodología

En Colombia, las problemáticas relacionadas con la higiene, la salud y la educación, son exploradas, explicadas y abordadas de diversas formas; una de ellas es el análisis propuesto por el Grupo de Historia de las Prácticas Pedagógicas (GHPP), dentro del cual se inscribe este trabajo; Dicho grupo, ha desarrollado herramientas conceptuales y metodológicas para pensar, desde un enfoque histórico arqueológico-Genealógico, las diferencias y relaciones entre educación y pedagogía en el país y bajo los planteamientos del filósofo Michel Foucault de Biopoder y Gubernamentalidad; así mismo, como fruto de su producción investigativa, se ha hecho visible al maestro como sujeto del saber pedagógico, político y social.

Bajo esta misma línea, el presente trabajo buscó precisamente la relación entre pedagogía con asuntos como la higiene, la salud y la educación, operados éstos como dispositivos que pretendieron el cambio de hábitos y costumbres en pro del avance a la modernidad; de igual forma, se indagó por el sujeto enfermera, quien se hizo visible en todo el periodo estudiado y formó parte activa en este proyecto político y pedagógico del país.

6. Conclusiones

Este trabajo ha descrito al cuidado de la salud como un acontecimiento, marcado por giros históricos, relaciones de saber y de poder que permitieron entender la salud y la enfermedad en Colombia desde diferentes puntos de vista; fue justamente la prevención y la promoción de la salud los enunciados de la época que dieron sentido a lo que allí se había producido; la tarea pedagógica asumió diversas orientaciones de acuerdo al discurso predominante del periodo.

Vemos entonces a la población, asumiendo diferentes posiciones, a la hora de hablar de un estado de salud recomendable: sujeto higiénico, fue la primera posición que identificó el estudio, la cual estuvo marcada por la vigilancia y la disciplina, con normas precisas para ser reproducidas; luego, el sujeto saludable emergió con características distintas y responsabilidades nuevas, delimitadas por el discurso de la promoción de la salud.

Se esperaba con estos nuevos sujetos (higiénicos y/o saludables), conformar la fuente principal de ingresos económicos para el país, en tanto que se afianzaba en una sociedad netamente modernista. La medicina por su parte, adoptó esta figura y se valió de la ciencia y la tecnología, para reproducir un saber que cambiaría el estatus rural que caracterizaba a la población colombiana, por uno urbano; la pedagogía hizo parte importante de este proceso, porque a través de su implementación se iban creando necesidades que estaban ya trazadas desde los planes de desarrollo del país.

Enfermería por su parte, orientó su trabajo bajo estas perspectivas y mostró avances desde su

propio campo; no obstante, fue adquiriendo mayor autonomía para trabajar con la población susceptible de ser saludable, toda vez que se hicieron claro los diferentes niveles de formación profesional para alcanzar tal extensión, en el marco de la promoción de la salud.

Elaborado por:	Ana Maritza Gómez Ochoa
Revisado por:	

Fecha de elaboración del Resumen:	04	06	2015
--	----	----	------

Contenido

	Pág.
Agradecimientos	15
Introducción.....	16
1. Práctica pedagógica, salud y modernidad	
1.1 La salud en la historiografía Colombiana.....	24
1.2 La práctica pedagógica en el debate sobre la modernidad.....	30
1.3 Noción de práctica pedagógica.....	35
1.4 Noción de práctica pedagógica: un campo de saber y de poder más allá de la escuela	36
1.5 Pedagogía y salud.....	39
1.6 Campo conceptual de la pedagogía.....	41
1.7 La fuerza de la práctica pedagógica en la mirada médica.....	49
1.8 Educación en salud: un asunto de gubernamentalidad.....	57
2. Las practicas pedagógicas de la higienización:	
Gobernar es sanificar. 1920-1937	63
2.1 La población y su relación con la salud-enfermedad.....	68
2.2 La prevención y profilaxis como práctica pedagógica: hacia el gobierno de los otros	77
2.3 La emergencia de un saber: entre ciencia y poder.....	80
2.4 Rumbo a la modernización.	

“Dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública en toda la nación”	84
2.5 Configuración de un saber del cuidado. El sujeto higiénico.....	96
2.6 Las enfermedades en Colombia: una amenaza para la nación.....	103
2.6.1 Tuberculosis. Sospecha y vigilancia.....	108
2.6.2 La lepra. Pecado y reclusión.....	114
2.6.3 Enfermedades venéreas. Entre la moral y el delito.....	121
2.6.4 Enfermedades transmitidas por mosquitos y gusanos. Atraso y debilidad.....	126
2.6.5 El alcoholismo: una epidemia social.	130
2.7 El Hospital de encierro. Un lugar de aislamiento.....	137
2.8 La escuela higiénica	147
2.8.1 Tipos de escuela.....	153
2.8.1.1 La escuela urbana y rural	
2.8.1.2 Escuelas Industriales	
2.8.1.3 Las escuelas de artes y oficios	
2.8.1.4 Las escuelas normales	
2.8.1.5 Escuela para anormales	
2.8.1.6 Casas de menores y escuelas de trabajo	
2.8.1.7 Escuelas domésticas	
2.8.1.8 Escuelas Maternas	
2.9 Mujeres y niños, sujetos a higienizar	162
2.10 Nutrir el cuerpo y enaltecer el alma	171
2.11 Mujer, cuidado y enfermería.	

Del cuidado moral al cuidado higiénico	176
2.12 Enfermería un oficio propio de la mujer	180
3. La práctica pedagógica en la reconfiguración del cuidado. 1938-1970...	
3.1 La práctica pedagógica entre el debate de la prevención y la promoción	197
3.2 Reconfiguración del cuidado: prevenir el riesgo	201
3.3 La enfermedad en el orden social.....	208
3.4 Liberalismo y salud.....	216
3.5 La población en las estimaciones vitales. Medir y planificar.....	222
3.6 Nuevas categorías que amplían el poder	230
3.7 Hospital escuela. Un nuevo servicio público	239
3.8 La escuela un organismo social. Conexión con el medio	246
3.8.1 La escolarización masiva.....	250
3.8.1.1 <i>Escuela hogar campesina</i>	
3.8.1.2 <i>Instituciones de alfabetización y educación de adultos.</i>	
3.8.1.3 <i>La cárcel escuela</i>	
3.8.1.4 <i>Escuela de artes y oficios</i>	
3.8.1.5 <i>Colegios mayores de cultura femenina</i>	
3.8.1.6 <i>Escuelas agropecuarias</i>	
3.8.1.7 <i>Escuelas de servicio social</i>	
3.9 La práctica de enfermería en la reconfiguración del cuidado.....	259
3.10 Disciplinas emergentes como apoyo a las nuevas formas de gobierno..	264

4. Las prácticas de salud: una pedagogía de autogobierno 1970-1990.....	270
4.1 La promoción de la salud: noción emergente para viejos problemas.....	272
4.2 La salud integrada a las ciencias sociales: un campo de tensiones.....	281
4.3 La salud: un bien deseable.....	287
4.4 Reformas en el sector salud. Un nuevo poder económico	294
4.5 La salud: un asunto ecológico	301
4.6 Hospital: de la curación a la promoción	304
4.6.1 El hospital: hacia una integración funcional	306
4.7 La escuela de examen: el lugar de las mediciones del comportamiento	317
4.7.1 El texto escolar: comportamiento y salud	320
4.7.2 La escuela:	
Integración de la educación para una cooperación Internacional.....	324
4.7.3 La escuela: un lugar seguro y saludable.....	327
4.8 La promoción de la salud: un nuevo poder a la mano de enfermería.....	331
4.8.1 La práctica de enfermería en las reformas curriculares:	
Hacia una cultura de autocuidado.....	334
4.8.2 Preparación del recurso humano. Una necesidad evidente.....	337
5. Conclusiones.....	344
6. Referencias	354

Agradecimientos

Agradezco ante todo a la vida que me dio la salud y el ímpetu de iniciar y culminar este proyecto; a la universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, en cabeza de sus directivas por el tiempo otorgado para realizar este estudio; al profesor Alejandro Álvarez por sus enseñanzas, compromiso y paciencia durante mi tránsito por el doctorado, su alta calidad humana fue fundamental; gracias profesor por su permanente acompañamiento.

A toda mi familia expreso mis agradecimientos, especialmente a mi mamá en cualquier lugar en donde se encuentre; sus consejos, amor y solidaridad cultivaron en mí la fortaleza necesaria para culminar esta meta y aunque no estés con nosotros, madrecita querida, te dedico este trabajo con todo mi corazón; a mi hermano Rafael, por su confianza y soporte permanente; a mis hijos por su comprensión en mis continuas ausencias; a Jairo por su incondicional apoyo a pesar de nuestras diferencias; a mi nieto, por sus travesuras, que me ayudaron en los momentos más difíciles a darle nuevos sentidos a la vida.

Así mismo extendiendo mi gratitud a la universidad Pedagógica Nacional y a los profesores que hacen parte de ella, principalmente a Carlos Noguera, Alberto Martínez Boom y profesora Claudia Ximena Herrera, de los que recibí enseñanzas que dejaron la huella imborrable de un maestro comprometido con la sociedad de la que hacemos parte y que requiere de reflexión y cuestionamiento permanente.

A todas las personas que de una u otra manera hicieron parte de este arduo trabajo, muchas gracias.

Introducción

La presente investigación pretende hacer un aporte a la historia de las prácticas pedagógicas en Colombia, tomando como precedente los conceptos que paulatinamente se incorporaron en el ámbito de la medicina, a raíz de su encuentro con la pedagogía, entre los años 1920 a 1990. Lo anterior, se dio como producto de una serie de fenómenos que caracterizaron un trayecto histórico, y que configuraron nuevas verdades que requerían ser enseñadas, no solamente en la escuela, sino también en diferentes espacios en donde se esperaba que ellas operaran.

En Colombia, las problemáticas relacionadas con la higiene, la salud y la educación, son exploradas, explicadas y abordadas de diversas formas; una de ellas es el análisis propuesto por el Grupo de Historia de las Prácticas Pedagógicas (GHPP), dentro del cual se inscribe este trabajo. Dicho grupo, ha desarrollado herramientas conceptuales y metodológicas para pensar, desde un enfoque histórico, las diferencias y relaciones entre educación y pedagogía en el país; así mismo como fruto de su producción investigativa, desde allí se ha hecho visible al maestro como sujeto del saber pedagógico, político y social. Una de las cuestiones que guía sus análisis, es precisamente la relación entre la pedagogía con asuntos como la higiene, la salud y la educación, operados estos como dispositivos para el proyecto nacionalista, durante la primera mitad del siglo XX. En ese sentido, autores como Noguera (2003) (2004) (2006); Herrera (2001) (2007) (2010); Álvarez (1995) (2010) y Martínez (1994) (2004), revisan esas relaciones a partir de estudios arqueológicos-genealógicos, en los cuales priman las cuestiones sociales, políticas y pedagógicas.

Desde ese enfoque conceptual y metodológico, los autores citados abordan diversas problemáticas relacionadas con los temas enunciados anteriormente, desde los siguientes aspectos: Martínez y Álvarez se enfocan principalmente en el estudio de la escuela; Herrera se

preocupa especialmente por el cuerpo y la medicina escolar; Herrera y Noguera estudian la medicina como función biopolítica, y particularmente Noguera hace un análisis concienzudo de los textos de higiene de la primera mitad del siglo XX. Así bien, en los trabajos de estos autores se aborda la historicidad de las temáticas propuestas desde el acontecimiento y la ruptura, exponiéndose otra mirada sobre la pedagogía, al estudiar el caso Colombiano.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el presente trabajo también se realizó desde una perspectiva arqueológica-genealógica de salud en relación con la pedagogía, en tanto muestra que diversas prácticas hicieron posible pensar la relación entre salud y educación, como dispositivo normalizador. Desde este planteamiento, la práctica pedagógica y la práctica de salud son concebidas como las categorías que representan la base para abordar los periodos de estudio, por lo cual, se hace necesario inquirir en este trabajo, en las condiciones que posibilitaron el paso de la formación del sujeto higiénico al sujeto saludable, como asunto central en el arte de gobierno.

Si bien es cierto que el GHPP ha trabajado a profundidad la escuela hasta la primera mitad del siglo XX, indagando por el maestro y su relación pedagógica, la presente investigación hace un aporte desde la exploración de la relación entre salud y educación en la escuela y más allá de ella, introduciendo al hospital como escenario poco estudiado por los genealogistas, y abordando igualmente la práctica de la enfermería, sobre la cual no se tienen muchas referencias en dichos estudios.

Adicionalmente, la posibilidad de abordar la relación entre salud y educación durante el periodo de estudio propuesto, en los dos escenarios que se analizan este trabajo, esto es en la escuela y el hospital, abre la posibilidad de discutir, dentro del campo de la pedagogía, la razón por la cual aunque existe un campo denominado educación para la salud, los pedagogos no se

han ocupado de dicha temática y han permanecido ajenos a ella, aun cuando esto comporta prácticas de tipo pedagógico.

En tal sentido, se espera que los aportes y reflexiones que surjan de este trabajo, sean una puerta de entrada para profundizar en el conocimiento del campo de las relaciones entre educación y salud, partiendo de interrogantes que aborden de manera distinta, lo que hasta hoy se ha hablado en relación a estos temas. Lo anterior, considerando además que quien realiza esta investigación proviene del campo de la salud, y en esa medida, le interesa interrogar cómo su área de trabajo se relaciona con la pedagogía, a la vez que se preocupa por las prácticas y profundas relaciones que allí se dan, las cuales a su parecer, requieren ser descritas de manera más detallada.

Ahora bien, la descripción problémica de este trabajo surge de la pregunta por el presente y su relación con el surgimiento de un novedoso discurso sobre la salud, el cual se transformó desde lo social en múltiples escenarios y con diferentes participantes. Eso hizo posible que actualmente se establezca una manera particular de hablar, así como un estatus de conocimiento y de verdad, que se ha materializado en prácticas que tienen que ver con asuntos como la autorresponsabilidad, la autogestión de la salud y del trabajo, para llegar a un fin último: la promoción de la salud.

Con el fin de analizar lo anterior, la advertencia del pasado dará elementos para comprender, cómo ese nuevo discurso se hizo tan necesario y reclamado en Colombia, aunque al parecer, su emergencia no ha logrado resolver los problemas de pobreza, enfermedad y desigualdad, los cuales estuvieron inmersos dentro de lo que se llamó la “crisis de la salud”; pero más allá de enfocarse en esa crisis, el aporte de este trabajo está en el análisis acerca de cómo se

fue posesionando ese discurso sobre la salud, bajo qué categorías surgió, y que fuerzas sirvieron de base y estrategia para entrar en la línea de la promoción.

Así bien, se tomará como referencia los años que van desde 1940 hasta 1945 en Inglaterra, durante la segunda guerra mundial, en la cual se perdieron más de 4 millones de vidas humanas; allí se planteó otro modelo de organización de la salud en el que, “el derecho a la vida” se amplió a “la vida en un buen estado de salud” (Foucault, 1974, p. 152). Nos señala el citado autor que este nuevo paradigma, fue la base para ampliar la panorámica del cuidado de sí y de los otros, y que la medicina cumplió una función como ciencia, en apoyo de sus tecnologías, para ocupar hoy el lugar que ocupa, en cuanto a lo político y lo económico, en el mundo occidental moderno.

En tal sentido, nos preguntamos entonces en este trabajo ¿qué planteó el modelo de salud y qué modalidades de enunciación se aplicaron antes y después de esa fecha para el caso colombiano? y ¿qué hizo al caso colombiano particularmente distinto al de los de otros países?

Desde estos interrogantes y otros planteados dentro de la perspectiva arqueológica-genealógica, se ha tratado de presentar respuestas, no como fórmulas mágicas o metodológicas, sino más bien atendiendo a nuevas preguntas problematizadoras, tratando de descomponer la unidad del discurso, la obra y el autor, para dotar la reflexión aquí presentada, desde una dimensión nueva que posibilite otra manera de pensar.

Igualmente, para abordar analíticamente desde sus positivities los discursos y prácticas surgidos en la escuela y en el hospital, este trabajo se apoya en conceptos acuñados por Michel Foucault tales como biopoder, biopolítica y gubernamentalidad, con el fin de vincular las visibilidades de ciertos discursos con las prácticas de producción, pues, como bien lo afirma Fischer (2002) “el discurso es práctica, justamente porque los discursos no sólo nos constituyen

sino que nos objetivan, señalan qué hacer en función de prácticas sociales muy concretas” (p. 85).

Ahora bien, es necesario decir que de entrada, un análisis general permite describir a groso modo las marcadas diferencias entre la primera y la segunda mitad del siglo XX, en cuanto al campo de la salud se refiere.

Para la primera mitad del siglo XX, fue necesaria la atención de la higiene a partir de la limpieza y del cuerpo. La finalidad principal de aquello era aumentar la capacidad del trabajo productivo, así como abrir las puertas a la modernidad. En tal sentido, la función del Estado se orientó a disciplinar a la población para cumplir dichos fines, fundamentándose en el nacionalismo, el cual estuvo marcado por el racismo y la exclusión.

Para la segunda mitad del siglo, el concepto de salud se transformó, convirtiéndose en un asunto de interés en relación a la economía y al desarrollo. Por esa época el capitalismo se impuso; se rompieron las fronteras y se internalizaron los derechos humanos, acontecimiento que inauguró el surgimiento del Estado de derechos. En ese escenario, la salud también ocupó un lugar en el espacio de los derechos; el derecho a estar enfermo, el derecho a la maternidad, el derecho a la vida, etc, estuvieron mediados por el riesgo, que se convirtió en un desembolso para su cuantía.

A partir de este quiebre histórico, se asumieron otras formas de pensar la salud, las cuales según Foucault (1974), habían comenzado desde el siglo XVIII con la medicina moderna, aunque para mediados del siglo XX, adquirieron dimensiones más complejas. La medicina con sus funciones normalizadoras, fue más allá de la atención al enfermo y las enfermedades; se medicalizó el agua, la vivienda, los alimentos y la tierra. Así mismo, institucionalidades como la

familia, la fábrica, el hospital, la escuela y la prisión, fueron en últimas, los espacios donde se aplicó la norma.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente señalados, particularmente en este estudio, en el que se aborda el caso Colombiano, se muestran las formas en que sucedieron tales acontecimientos y cómo se admitió la salud a partir de prácticas de tipo pedagógico para regular a la sociedad, con normas y comportamientos que posesionaron la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, como discursos centrales de la modernidad, demarcando el camino que todos debían tomar. En tal sentido, en este trabajo se indagan, desde las relaciones de saber-poder, los sujetos y las institucionalidades, así como la manera en que desde 1920 hasta 1990, fue cambiando el discurso médico en el país, siguiendo sus singularidades y particularidades.

Así pues, la exploración del vínculo entre las prácticas de saber y de poder, como formas políticos-sociales de conducir a los individuos en tanto sujetos éticos, políticos y morales, son los asuntos que se tratarán en los siguientes capítulos, a partir de la interioridad y exterioridad del análisis discursivo, teniendo en cuenta la potencia que tuvo la alianza entre la salud y la educación, como proyecto político, social y cultural en nuestro país.

Por otra parte, sabemos de ante mano por diversos estudios referidos a la salud, que la prevención se impulsó con mayor fuerza en la primera mitad del siglo XX y la promoción se implementó durante la segunda mitad de ese siglo. Así pues, el aporte de este trabajo además de los que ya se han señalado, será mostrar, a través de las fuentes primarias, que esas dos nociones estuvieron presentes en los tres periodos que aquí se estudian, y que se implementaron con modalidades de intervención pedagógicas; también se expondrá aquí cómo gracias a ello, se asumieron cambios y reformas que desplegaron una serie de estrategias, las cuales llevaron a conformar, en el primer y segundo periodo sujetos higiénicos, y durante el tercero, sujetos

saludables, los cuales en suma, se asumieron como recursos importantes en la configuración de los proyectos nacionales.

Debemos decir igualmente, que la periodicidad que se establece en este trabajo, surge de los mismos documentos consultados, específicamente cuando estos comienzan a mostrar cambios y giros, así como nuevas formas de expresión y nuevas referencias en cuanto a formas de intervenir a la población, pensado en clave biopolítica.

También es necesario decir que la enfermera, con su condición de género y como educadora, fue necesaria para la medicina moderna, en tanto que las prácticas que realizaba, fueron estratégicas en la escuela y en el hospital, durante los tres periodos que aquí se estudian, específicamente para apoyar y consolidar a la medicina, en las formas disciplinarias y de control que se impusieron en cada periodo; es por eso, por lo que ella será particularmente tenida en cuenta en este estudio.

Así bien, para concluir este apartado hay que decir que la discusión que aquí se presenta, plantea un nuevo reto para el campo de la salud, pues como se verá, esta tuvo un momento de cruce con la educación, lo cual llevó a un mismo fin: normalizar y conducir a los individuos por el camino de la modernidad y de la modernización. Fue entonces en torno a estas dinámicas, cuando comenzó la discusión entre pedagogía y salud, y tomó fuerza la práctica pedagógica dentro del campo de la salud. Dicho asunto, es visible en los tres periodos aquí tratados, aunque en cada uno se asumieron objetos distintos, a propósito de la intervención en la escuela y el hospital.

Para entrar a profundidad en los temas señalados, en el siguiente capítulo se revisarán desde la perspectiva salud y modernidad, algunos trabajos historiográficos sobre la salud en Colombia, los que a su vez servirán de insumo para este trabajo. Posteriormente se describirán

las prácticas pedagógicas dentro el debate de la modernidad, para ir comprendiendo su fuerza en el campo de saber-poder; luego se indagará por la pedagogía en la discusión colombiana, para entrar luego al campo de la práctica médica. Por último, se relacionará la educación en salud como un asunto de gubernamentalidad.

1. Práctica pedagógica, salud y modernidad

1.1 La salud en la historiografía colombiana

Los estudios históricos sobre la salud en Colombia por lo general buscan saber qué tanto se ha dado una atención adecuada; los procesos relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado, han sido de interés para explorar diferentes dilemas sobre el tema, los cuales se han agendado en debates políticos y económicos.

El tema de la salud, en su dinámica relación con la política, la economía y la transformación social, es expresado de diversas formas cuando se intenta hacer una historia de ella; se escuchan voces heterogéneas que se ocupan de los procesos entre salud y enfermedad, y su respuesta social en las perspectivas del progreso, civilidad y modernidad.

Conviene aquí resaltar la importancia política que ha tenido el saber científico y la práctica médica y su lugar tanto interpretativo como de intervención en la tarea del control social; aspectos que han despertado el interés de muchos historiadores por comprender cómo diferentes discursos como la raza, la higiene y la educación, se fueron entrelazando de manera directa con el discurso de la salud y su influencia en el ordenamiento social.

Existen estudios cuya temática es referente al tema de interés de esta investigación, cuyas en esta investigación, se señalan similitudes o diferencias que se describen en su debido momento.

Christopher Abel, en su estudio sobre historia de la salud en Colombia, afirma que “la eugenesia aportó un tema pseudo-científico a la salud” (1996), que sirvió de base a las tesis de la degeneración racial. Por ejemplo, cita este autor a Miguel Jiménez López, cuando planteó que: “(...) el progreso de la raza podría lograrse mejorando el medio ambiente. Se preguntaba si la

aplicación de la medicina preventiva tendría efectos regenerativos o habilitaría a los débiles mentales para seguir luchando y, a la larga, multiplicarse perjudicando así a la estirpe nacional” (p. 37-38). De otro lado, Jorge Bejarano se inclinaba más por apoyar la idea de la salud pública, e insistía en que se debía establecer una conexión entre la medicina preventiva y la formulación de políticas de salud pública.

Según Jiménez López, citado por Abel (1996), para esta primera mitad de siglo, los patrones de mortalidad y morbilidad se encontraban alterados significativamente. Hacia la década de 1920 las enfermedades asociadas con la infancia, la niñez y la desnutrición constituían una plaga permanente en todas las regiones y las enfermedades tropicales eran endémicas y epidémicas,¹ y se consideraban un factor de impacto hacia el debilitamiento de la raza, por lo que se reducía su capacidad de trabajo y su calidad de vida.

El autor en cuestión, a la vez que presenta el desarrollo de la medicina en Colombia a partir de los conceptos señalados, también discute la práctica médica en la medida en que se constituyó como un saber autoritario, sin posibilidad de ser debatido; afirma Abel (1996) “que entre 1880 y 1930 se presentó como ejercicio profesional con un estatus cercano a la vocación de sacerdocio amparados por las misiones divinas” (p. 34), que generaba admiración y respeto en todas las esferas sociales. Tales expresiones fueron para el autor los temas de discusión, al plantear la salud como ideología dominante, que establecía una superioridad entre los poseedores de ese saber científico, encarnado en el médico y el resto de la población.

Si bien no es tema de este trabajo el estudio de las relaciones de dominio entre saberes, sujetos e institucionalidades que hicieron posible pensar a la salud y a la educación en un asunto

¹ Las enfermedades epidémicas vienen de afuera, en oleadas, y en poco tiempo pueden arrasar con la población. Las endémicas, por el contrario, conviven con la población humana y animal de un lugar.

necesario e imprescindible; si intenta describir las fuerzas, tensiones y emergencias que configuraron nuevas maneras de ser y pensar en los diferentes periodos históricos, para entender lo que hoy nos constituye como sujetos saludables.

Otros estudios que ameritan nuestra atención son los de Pedraza (2001) (1996), que señalan al cuerpo como condición *sine qua non* para proyectar las posturas modernas, que se irían conformando como formas de gobierno en la población, y desde una visión antropológica señala al cuerpo como un campo discursivo, que se hizo presente de manera permanente en los modelos de orden social, como lo fue el caso de la definición de género, o los procesos de higienización para establecer la diferencia entre hombres y mujeres, así como con la urbanidad, que operaba para controlar regular las percepciones y comportamientos de los individuos.

Las medidas de regeneración que en términos pedagógicos señala Pedraza, se relacionan con la introducción de la higiene y el médico en la escuela, en la educación de la madre moderna, en el diseño de programas escolares y campañas para la prevención contra enfermedades prevalentes de la época. En consecuencia, se instauró una estrategia que permitió la articulación del tema de la degeneración de la raza con la educación, lo cual condujo a la educación higienista, entendida como el inculcar nuevos hábitos y costumbres relacionadas con el cuidado del cuerpo, de las viviendas, los locales escolares y el trabajo.

La preocupación por la raza, el cuerpo, la moral y la higiene en la escuela, durante la primera mitad del siglo XX, fueron temas tratados desde la biopolítica por Herrera (2011a), señalando que la escuela, con apoyo del médico escolar y con el objetivo de conformar un proyecto nacional, las políticas oficiales buscaban transformar costumbres y prácticas cotidianas, a través de unos dispositivos que pretendían medicalizar e higienizar a la población. En este sentido, en otro de sus escritos (2011b), destaca cómo la enseñanza de la Educación Física se

posesionó en la escuela un mecanismo que pasó de ser un asunto anatómico-patológico a una preocupación biopolítica, ya que trató de intervenir sobre los sujetos desde dos frentes: el control y disciplinamiento del cuerpo individual y el control preventivo del cuerpo social, en el marco del racismo de Estado.

Noguera (2003) por su parte, también estudió las prácticas médicas operadas en la primera mitad del siglo XX como un problema biopolítico, enmarcado en la higiene como ciencia de vida, que si bien llegó a toda la población, operó especialmente en los niños. Pedraza (2006), describe que la medicalización operó sobre los cuerpos, en la primera mitad del siglo XX en Colombia, para construir *verdades* asumidas por el proyecto nacionalista. Para el caso de la presente investigación, dichos estudios constituyen un punto de partida, siguiendo la línea genealógica, para explorar las relaciones pedagógicas en el campo de la salud como un asunto atinente a la biopolítica y la gubernamentalidad y del cómo éstas fueron aportando a los proyectos estatales hasta 1990; estos aspectos constituyen un aporte a los estudios referidos.

Otros estudios hechos en Colombia bajo la historiografía de las políticas de salud y su incidencia en el proceso sociopolítico, son los referidos por Hernández (1997), cuando examina la formulación de políticas de salud en relación con los cambios del contexto económico, social y político entre 1958 y 1993, el que muestra cómo se produce el paso de un Sistema Nacional de Salud a un Sistema de Seguridad Social en Salud; y en la investigación *La OPS y el Estado Colombiano: cien años de historia 1902-2002* (2002), describe la participación de la Organización Panamericana de la salud en la sociedad Colombiana entre 1902 y 2002.

Quevedo (2004) por su parte, presenta en su estudio: *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo*, una revisión sobre los modelos de desarrollo iniciados a comienzos del siglo XX y la construcción de un nuevo modelo de salud pública, pensado a partir de una postura expansionista

y desarrollista, bajo las influencias establecidas por los intereses norteamericanos para el control y detección de las enfermedades.

También, Restrepo y Villa (1980) historiaron la medicina desde la perspectiva de integración de los servicios de salud con el Estado a partir de las leyes y decretos expedidos en cada momento histórico y sus implicaciones para la conformación de un solo sistema (público-privado y seguridad social); estos trabajos aportados por Hernández, Quevedo, Restrepo y Villa, describen para nuestro estudio las formas político-sociales en las que se fueron configurando los sistemas de la salud en Colombia, a partir de una visión desarrollista.

El aporte de la presente investigación se encuentra en la descripción de la manera en que operó la salud, en términos de prácticas de tipo pedagógico, para cambiar hábitos y costumbres de la población colombiana, indagando por las relaciones entre el saber y el poder, sujetos e instituciones, como la escuela y el hospital, en donde se desarrollaron dichas prácticas de manera importante, para convertir al sujeto de *higiénico* a *saludable*, pasando indudablemente por los sistemas de salud operantes en cada periodo estudiado.

Otro estudio importante para esta investigación es el aportado por Rosen (1985), por cuanto realiza un amplio análisis sobre la medicina social y su relación con las ciencias sociales, a partir de su historicidad en Europa especialmente en Francia y Alemania en los siglos XVII, XVIII y XIX, a partir de la relación entre salud-enfermedad y las condiciones sociales. Estudia el concepto de policía médica en el marco del desarrollo de la industrialización, y el valor de la salud en la política y el Estado. La influencia de filósofos, políticos y teóricos de la ciencia policial hicieron necesaria la creación de un código de policía médica, para establecer el deber del Estado en el cuidado de la salud del pueblo y la obligación del médico de tratar a los enfermos y supervisar la salud de la población. Los problemas médicos se orientaban

principalmente en la regulación de la práctica médica, la educación al público, la supervisión de farmacias y hospitales, la prevención de epidemias, y el combatir a los curanderos.

La Salud pública adquiere importancia para el autor, en la medida en que se extiende desde la visión biológica de los procesos del sujeto desde la salud y la enfermedad hasta el campo de lo social, a partir de sus necesidades básicas como alimentación, excreción y procesos vitales, lo que también está mediado por unidades sociales con una mutua influencia entre individuo y sociedad.

Para Rosen (1985), la visión médica del siglo XVII y XVIII en los países europeos, ya planteaba la preocupación de la enfermedad como carga social y factor económico; el término de *policía médica*, se aunó a los asuntos matemáticos para establecer estudios cuantitativos que demostraran los fenómenos sociales como: tasas de nacimientos, defunciones, enfermedades, etc. Cita este autor como representantes de esta línea a William Petty, quien además de ser médico, también era un terrateniente acaudalado interesado en las finanzas y los proyectos comerciales, y John Graunt, del que señala su contribución en 1662 sobre la observación natural y política de las enfermedades, quien señalaba la posibilidad de observar numéricamente casos de enfermedades por ciclos, brotes endémicos, número de defunciones en mayor proporción en las ciudades que en las zonas rurales. Estos estudios anunciaron que los problemas de salud-enfermedad se relacionaron con el poder político y el Estado bajo la lógica de la productividad: incrementar la población era muy conveniente para la industria como factor de producción, por lo tanto se convertían en datos fundamentales “el número y el valor de la gente”. (Rosen, 1985; 200-252).

Este estudio recoge la manera en que se fue configurando el campo de la salud como asunto político, social y económico en Europa en los siglos XVII XVIII y XIX y cómo la carga

de la enfermedad movilizó fuerzas, sujetos e instituciones para regular los estados mórbidos, al tiempo que se establecía un control social y la salud iba ocupando un lugar de considerable importancia en el campo económico. Esta interpretación histórica aportada por el autor, contribuye a la comprensión de los cambios que prosiguieron al siglo XX en América Latina, con sus singularidades y particularidades para cada Región, los cuales, al ser retomados para el caso colombiano, se pueden encontrar diferencias y similitudes al hacer un estudio histórico de la salud, como prosigue en los siguientes apartados, incorporando las nociones de *prácticas pedagógicas* como el eje medular del análisis, para ir comprendiendo su importancia y articulación a los sistemas de salud imperantes para cada periodo de estudio, en correspondencia con los alcances planteados por la modernidad.

1.2 La práctica pedagógica en el debate sobre la modernidad

Examinar los debates actuales sobre modernidad y modernización educativa, es sin duda el primer paso para encontrar el lugar que ocupó la práctica pedagógica, en nuevos escenarios de conflicto y tensiones que ofreció la modernidad, como formas reflexivas de problematizar los diferentes caminos que trazaron los investigadores, leídos desde su inteligibilidad e interrogantes.

Autores como Hardt y Negri (2000), hablan de la modernidad a partir de la declinación de la soberanía de los Estados-Nación, “lo que no significó la declinación de la soberanía, sino un giro acaecido de los mecanismos regulatorios, tomando nuevas formas, más allá de los organismos nacionales”. (Hardt y Negri, 2000, p. 34). Desde esta perspectiva de modernidad, los autores señalan que: “no es posible desligar el papel de la educación con la desnacionalización del estado para dar paso a la globalización y el advenimiento del imperio y la multitud que

afectaron la naturaleza del saber” (Hardt y Negri, 2000, p. 14). La modernización tiende cada vez más a ser totalizante, por cuanto su producción abarca lo económico, político, social y cultural, y su principal finalidad es la creación de riqueza, para configurar la sociedad actual, a partir de cambios productivos que obligan a la configuración de nuevos paradigmas.

Por ejemplo, con respecto a la relación entre democracia e industrialización, plantea Stramiello, (2010) que son asuntos de la modernidad, y describe que: “fueron la piedra angular del desarrollo económico-social, en el que la educación cumplía un rol decisivo. Se esperaba que la industrialización ayudara a la liberación política y económica de las naciones latinoamericanas” (Stramiello, 2010, p. 396). Las reformas mantenían vínculos cercanos con la economía, en tanto que los aspectos sociales y culturales adquirieron un carácter instrumental; por tanto para la autora: “La educación se presentaba como el instrumento para combatir el desempleo, para impulsar los avances científicos y tecnológicos, para defender la democracia y para lograr el desarrollo social”. (Stramiello, 2010, p. 399); en este orden nos documenta el autor:

“En América Latina la discusión de los sistemas educativos fue una prioridad y el tema de desarrollo económico se convirtió en el eje principal para el desarrollo de la nación; llegar a la población fue un asunto fundamental. En este sentido aumentó el número de alfabetos, aunque el índice de analfabetismo continuó altísimo, sobre todo en las zonas rurales” (Stramiello, 2010, p. 397).

Gajardo (1999) por su parte, expone que, la política reformista de los noventa, se desarrolló en torno a cuatro ejes principales: gestión, calidad y equidad, perfeccionamiento docente, y, financiamiento; las propuestas políticas se sustentaban bajo los enunciados

relacionados con la democracia y la economía, restándole menor intervención al Estado y priorizando la economía de libre mercado.

Estos cambios en el consumo económico de producción y en la estructura misma de la interacción social que se ha planteado desde los conceptos modernizantes, han incidido de manera directa en el cambio de la visión pedagógica, por cuanto plantea nuevos desafíos y logros, que para Gajardo (2009), tienen que ver sobre todo con el aumento de la cobertura de la enseñanza, el atender a la calidad de la educación mediante la medición de resultados y el integrar a la salud escolar en los currículos; En torno a esto, Ratinoff ² (1994) nos anuncia que: “las instituciones docentes tenían que adoptar una pedagogía pluralista, reemplazar el formalismo académico y la homogeneidad cultural y llegar a la aceptación por la diversidad” (Ratinoff 1994, p. 17).

Vásquez (2003) por su parte, considera que la educación de la mano de la investigación, mejoraría el ejercicio de la ciencia y la tecnología, y promovería mayor independencia y autonomía, sin embargo, se priorizaría en la educación básica como una exigencia del Banco Mundial. Por tanto, la agenda de “modernización” de la educación fijó como objetivos: “mejorar la calidad del sistema educativo, elevar la escolaridad de la población, descentralizar la

2 Luis Ratinoff. distingue cuatro momentos estratégicos en el análisis de la evolución de las retóricas educativas: 1. el nacionalismo educativo, predomina poco antes de la segunda guerra mundial, y enfatiza la creación social de valor a través de los esfuerzos para construir la nación; 2. El pluralismo educativo que dura el corto interludio del final de la guerra y pocos años antes de la guerra fría, acentúa la importancia de la escuela en la formación de sociedades abiertas y democráticas; 3. el culto al mérito que expresa las preocupaciones del largo periodo de la confrontación ideológica y destaca el papel estratégico de la escuela en la formación de los cuadros dirigentes en sociedades estratificadas; y el 4. Las retóricas del capital humano que están profundamente asociadas al periodo del “final de la historia”, con el énfasis puesto en la globalización de los procesos y en la reducción de los compromisos político nacionales, que desvía la atención de los propósitos a la organización de los medios educativos, puesto que el nuevo papel de la escuela es programar la productividad de los individuos. (Ratinoff, 1994, p. 15-98).

educación y fortalecer la participación de la sociedad en el quehacer educativo” (Vásquez, 2003, p. 5).

Con estos aportes de los autores referidos, podemos inferir con alguna certeza que la pedagogía pensada y operada a partir del concepto de desarrollo y modernidad, emergió, como condición de posibilidad para impulsar y convertirse en aliada de las nuevas propuestas desarrollista del campo educativo, pedagógico y de la salud.

Para el caso de Colombia, ya se hablaba de modernidad desde el siglo XIX, y la instrucción pública había adquirido un carácter social, que según Martínez, Noguera y Castro: (2003, p. 240), “esta dimensión social estaba subyugada al ejercicio de un poder que más que ejercerlo estaba garantizando la continuidad de los regímenes guardianes de la democracia, proyectando así más un proyecto político que educativo” (Martínez, Noguera, Castro, 2003, p. 240). Según los autores, un hito histórico marcado por la Segunda Guerra Mundial, fue el acelerado proceso de desarrollo económico, social y cultural, manifiesto por el término de *desarrollo*, que se convirtió en una estrategia generada a partir de 1945 en los países industrializados, creando un nuevo campo delimitado por la noción de *subdesarrollo*, y por el despliegue de nuevas formas del ejercicio del poder.

Para la primera mitad del siglo XX, la educación colombiana estaba sujeta a un modelo disciplinario y regenerativo, marcado por el *higienismo*, que se orientaba a resolver los problemas de la raza, enfermedad e ignorancia en la que estaba sumergido el pueblo colombiano, que eran considerados los aspectos que frenaban los procesos de modernización y modernidad, planteados en su momento por los legisladores. Alternamente a estos hechos, la pedagogía y su práctica comenzaron a ser cuestionadas e interrogadas a partir de un afán civilizatorio, que Sáenz (1997), refiere en los siguientes términos: “Es evidente la vocación «civilizadora» que ha tenido

la pedagogía en el país, vocación que en el presente siglo se ha vivido como un afán racionalizador y modernizador” (Sáenz, 1997, p. 113).

Transcurrida la primera mitad del siglo, se interpone la salud y el autogobierno marcado por un proceso democrático, con una alta tendencia a la escolarización y curricularización masiva. Sucede entonces que de la disciplina y de la regeneración, se pasa a la flexibilidad y la formación ciudadana.

El campo de la salud para los tres periodos planteados en este estudio (1920-1990), se encuentra articulado al modelo educativo de diferentes formas, que en este texto se irán describiendo en cada periodo, pero en la perspectiva de metas planteadas por las agendas de gobierno, en las que además de la preocupación por la enseñanza de las letras y las matemáticas, se encontraba la preocupación por la enseñanza de la salud.

En este orden, se planteó a la educación como un proceso abierto de difusión de valores apoyados en la gobernabilidad y la democracia, con una función principal: contribuir a la construcción, modernización e integración de la nación. Fue así como la paz, la salud y la educación constituyeron el trípode que delimitaría la finalidad de la acción pedagógica.

La práctica pedagógica se apropió de estas nuevas categorías y se reconceptualizó como saber y como campo, en un horizonte de producción de nuevos conceptos y prácticas, que en palabras del profesor Echeverry (1997), se produjo a partir de la “multiplicidad” y “proliferación”. La tensión entre lo tradicional y lo moderno se develó en el debilitamiento de la enseñanza, la pregunta por el papel del maestro y la relación escuela-sociedad, que afiliado al campo de la salud, instituyeron una complicidad para determinar el nuevo tipo de hombre a formar. La tecnología, la circulación del capital y la pérdida de fronteras, definieron en gran

parte a la sociedad contemporánea, lo cual, aliado a la pedagogía, sirvió de base y estrategia para lograr intervenir la nueva sociedad que estaba emergiendo.

1.3 Noción de práctica pedagógica

La presente investigación recoge el concepto de “Practica Pedagógica”, estudiado por el Grupo de Historia de la Práctica Pedagógica en Colombia (GHPP), que en cabeza de la profesora Olga Lucia Zuluaga, la define a partir de las relaciones entre la práctica y el discurso del saber pedagógico en Colombia, con estudios que abarcan desde la colonia hasta el siglo XX.

Una lectura metodológica de las relaciones entre prácticas y discursos del saber pedagógico, realizada por Zuluaga (1999), a propósito de la obra de Foucault (2007), plantea que a través de los discursos se conocen las prácticas, es decir, se hacen posible en medio de la dispersión. La autora afirma que se tiene entonces una diversidad del discurso con prácticas heterogéneas, por lo que no hay un discurso único, sino que se encuentra diseminado en los registros; no son una memoria de los hechos, son acontecimientos, y su materialidad toma cuerpo en diferentes tipos de registros que se localizan en las instituciones y prácticas en las que se usa, produce y circula el discurso. Afirma al respecto que:

(...) una práctica en un momento histórico determinado se corresponde con una teoría que pudo haber nacido por fuera de tal teoría, existir paralelamente a ella y por un efecto externo a la propia práctica, más adelante inscribirse a la teoría; así la práctica de la prisión no nace en el siglo XIX de la teoría jurídica sobre el crimen, nace de la práctica de los controles sociales en los siglos XVII y XVIII y es el poder político el que se apropia de la prisión como forma de castigo (Zuluaga ,1999, p. 88).

Para la profesora Zuluaga (1999), la noción metodológica de la práctica pedagógica tiene cinco aspectos importantes, a saber: se refiere a los modelos pedagógicos tanto teóricos como

prácticos, utilizando diferentes niveles de enseñanza; existe una pluralidad de conceptos pertenecientes a campos heterogéneos de conocimiento retomados y aplicados por la pedagogía; hay formas de funcionamiento de los discursos en las instituciones educativas, con las que se realizan prácticas pedagógicas; las características sociales adquiridas por la práctica pedagógica, en las instituciones educativas de una sociedad, y por último, se encuentran las prácticas de enseñanza en diferentes espacios sociales, mediante elementos del saber pedagógico.

La potencia de esta noción metodológica para el campo de la salud, se encuentra en que la perspectiva acuñada por la profesora Zuluaga, permite explorar la práctica pedagógica como una práctica discursiva³, que se encuentra desde un saber, “cruzada por relaciones interdiscursivas” (Zuluaga, 1999, p. 38), que para nuestro caso se relacionan con la educación, la salud, la vida cotidiana de la escuela, el hospital y el entorno socio-cultural que la rodea, para constituirse en un escenario histórico, no solo de la enseñanza, sino también de los agentes y los métodos con lo que se hace visible tal discursividad (Zuluaga, 2005).

1.4 Noción de práctica pedagógica: un campo de saber y de poder más allá de la escuela

La práctica pedagógica como escenario histórico en Colombia, desde la perspectiva del GHPP registró objetos de saber, nociones y conceptos, que dieron cuenta de la pedagogía, la educación, el currículo y la didáctica, en funciones de conceptos y formas de ser de una época, que se ligaron no sólo a la escuela, sino a otras institucionalidades como por ejemplo el hospital, y a otras subjetividades como los son las propias de la enfermera y el médico, a los que de

3 La categoría de 'práctica discursiva' tal como ha sido propuesta por Foucault, consiste en que “ningún 'discurso' se da fuera del sistema de relaciones materiales que lo estructuran y lo constituyen”; (...) en toda formación discursiva se encuentra una relación específica entre ciencia y saber (...) La palabra 'práctica', designa la existencia objetiva y material de ciertas reglas dentro de las cuales el sujeto toma parte en el 'discurso'. Sus efectos son analizados como 'posiciones del sujeto'. Foucault (1970, p. 306-310).

manera conjunta se les confirió una pluralidad de acciones que respondían a las finalidades propuestas para el desarrollo, la civilidad y la modernidad.

Para la primera mitad del siglo XX, la práctica pedagógica fue presentada de manera contundente unida a la higiene, desde la escuela como centro de operaciones y dispositivo para el proyecto nacionalista. Estas temáticas han sido ampliamente documentadas y estudiadas por autores como Noguera (2002), (2003), (2013), Herrera (2011a), (211b), (2012), Álvarez (2010a), (2013) y Martínez (2003), (2010). Resta indagar por el hospital como escenario histórico que recoge una amplia experiencia en prácticas pedagógicas, ya que allí también establecieron relaciones atinentes a la salud y la educación.

Posteriormente para la década de los 80 y 90 del siglo XX, autores como Sirotnik (1989), Escudero (1989), (1990) y De Miguel (1990), refirieron cambios de renovación en la educación, consideraron a la escuela como el lugar por excelencia para el cambio, en la que a partir de cada realidad concreta como institucionalidad, se debería elaborar planes de formación para alumnos y maestros.

Otros autores, ampliaron la intencionalidad de la práctica pedagógica, no sólo en la escuela y el maestro, sino que tuvieron en cuenta el contexto del orden social. A partir de diferentes reflexiones, estos autores reconocen a la práctica pedagógica del lado de los procesos y sistemas, en tanto lo consideran como un proceso intencional que, según Huberman (1994): se sitúa en un sistema deliberado, consiente y participativo para mejorar desempeños y resultados, estimular el desarrollo de la renovación en campos académicos, profesionales o laborales y formar el espíritu de compromiso de cada persona con la sociedad y particularmente para la comunidad en la cual se desenvuelve. (Huberman, 1994, p. 11).

Hasta aquí la discusión tiene varias vertientes: una, que se concentra en el maestro comunicador y enseñante de lo “ya dicho” en relación con el conocimiento y su posición como sujeto autónomo o no, sujeto a una producción de significados desde el poder-control, en la que se cuestiona la autonomía del maestro; y otra, que pasa al orden social, donde la práctica pedagógica se legitima en otros escenarios que, para nuestro caso, el hospital, el que plantea también el problema de la enseñanza y su relación con la sociedad, la cultura con sus valores, objetos, experiencias y sus formas de comunicación.

La potencia y fuerza de los discursos contemporáneos se perciben como la emergencia de nuevos lenguajes que se instituyen en una práctica discursiva, en relación a un sujeto pedagógico, con la intención de orientarlo a nuevas alternativas propuestas para el cambio de un sujeto que responda a la triada: capital humano, mercado y producción. Este tipo de asuntos aparecen descritos y analizados en los siguientes capítulos.

El papel de la pedagogía en este sentido se encuentra en organizar, explicar, regular, y poner a funcionar la gramática de la re-contextualización⁴, en una práctica reconstructiva, susceptible de ser teorizada y enseñada, pero con una finalidad muy clara: conducir a los individuos. Este tema se encuentra referido por el profesor Noguera (2013), cuando señala “que el término ‘pedagogía’ es usado para referir la práctica de conducir y orientar la conducta de otros” (Noguera, 2013, p. 2). Estos enunciados señalan que las prácticas pedagógicas se han expresado como una forma de conducir las conductas de los individuos, que para Díaz (1990), se ha instituido como un dispositivo de regulación de discursos/significados, practicas/formas y transmisión de significados, y tales prácticas operadas en la población colombiana, se

4 Recordemos que hacia los años setenta comenzó a abrirse paso la inquietud por la investigación sobre la pedagogía en Colombia. Un trabajo pionero fue el propuesto por el grupo de Historia de la Práctica Pedagógica en Colombia.

materializaron en planes, programas y técnicas, que tuvieron por finalidad la conversión de un sujeto higiénico a un sujeto saludable. La práctica pedagógica entonces, se abrió paso de una escuela de encierro a una escuela abierta y de conocimiento, que se encontró operando en otros escenarios como lo es el hospital.

1.5 Pedagogía y salud

La pedagogía y la salud son quizás dominios diferentes en su estructura, posibles expresiones que designan dos lugares distintos de resistencia, de lucha, de realidad, de naturaleza, de extrañeza y de tensión. Pero, ¿qué las hace particularmente cercanas? ¿Compañeras y aliadas silenciosas en la multiplicidad y la dispersión?

Responder a estas preguntas es una de las metas que propone esta investigación. Se parte de la tesis de que la salud y la pedagogía han sido campos que desarrollan actividades intencionales. Configuran prácticas sociales y establecen relaciones con la enseñanza, con el aprendizaje y con el tipo de contenido a enseñar. En ese discurrir, la práctica pedagógica adquiere su sentido, convoca una relación susceptible de ser historiada a partir de aquellos sujetos participantes del discurso y sus funciones en torno a un saber.

“Aproximarse en la historia a la forma de lo dicho, en esta relación pedagogía y salud en nuestro país, es de alguna manera apropiarse de una historia, de un objeto de análisis institucionalizado con los sujetos que lo enuncian” (Álvarez, 2010b, p. 2). Para el campo de la salud, existen relaciones que cobran visibilidad a partir de la preocupación por cambiar hábitos y costumbres, en tanto que para el campo de la educación, la preocupación es la construcción de intersubjetividades a partir del moldeamiento de cuerpos y mentes; estos elementos, constituyen puntos de cercanía en la relación entre la pedagogía y la salud, para erigir un modo de ser y pensar en la sociedad colombiana.

Durante el periodo estudiado en este trabajo, es claro que para el propósito de moldear el ser y pensar de la sociedad, la pedagogía, en sus múltiples aristas, se constituyó tanto en condición de posibilidad, como en objeto, para el nuevo reordenamiento social y cultural demandado por las sociedades modernas. Surgieron nuevos significados para la educación: la higiene, la nutrición y la preocupación por el cuerpo, que se conformaron como fuentes de sabiduría, y apoyados en la ciencia y la tecnología implementaron criterios de verdad en su discurso.

El profesor Álvarez (2010c) en sus estudios acerca de la escuela, del maestro y sobre la configuración de la pedagogía, señala a esta última como el saber que da cuenta de un nuevo modo de ser de la época, la que abre nuevas preguntas y planteamientos a la modernidad, a partir de los cuales son conformados nuevos dispositivos pedagógicos para educar a la población más allá de la escuela. Para el autor, “este asunto tendría que orientar los modos de educación escolarizados“, y reconoce “que existen otros modos de educación que le piden a la pedagogía su orientación”. (p. 3).

Indagar por la relación entre pedagogía y salud en el periodo 1920-1990, requiere realizar unas apuestas conceptuales, cuya mirada dé cuenta de estos dos asuntos. La noción de práctica pedagógica cobra sentido, en tanto que implica considerar a la pedagogía no en sí misma, sino en una red de relaciones y finalidades que se salen del campo exclusivamente pedagógico, para actuar en otros campos como el de la salud, que también tiene que ver con una relación establecida entre la enseñanza y el aprendizaje. En concordancia, las preguntas que se plantean para este trabajo son:

- ¿Qué límites, resistencias y tensiones se han fijado entre el campo de la pedagogía y el campo de la salud en cada periodo de estudio?

- ¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre prácticas pedagógicas y prácticas de educación en salud para cada periodo?
- ¿Cuáles fueron las condiciones de posibilidad que permiten pensar la relación pedagogía y salud?

Para lograr una aproximación de respuesta a estos cuestionamientos, se indaga en el siguiente apartado por la pedagogía como *campo*, estudiado por el Grupo de Historia de la Práctica Pedagógica en Colombia (GHHPP) y las discusiones en torno a ella, ya que desde allí se puede comprender la potencia de la práctica pedagógica, al entrar al campo de la medicina y hacer uso de ella como un asunto de gubernamentalidad, capaz de incidir en un cambio de conducta social en torno a la salud. En los siguientes capítulos se describen en detalle, para cada periodo, las formas que hicieron posible tales intenciones para posesionar al país tanto en las lógicas del nacionalismo como en las del desarrollo.

1.6 Campo conceptual de la pedagogía

En los últimos cincuenta años en Colombia, el debate pedagógico ha enfocado gran parte de su discusión en la reconfiguración de un campo conceptual que admita un estatus propio a la pedagogía. A partir de su preocupación central: el lugar de la escuela, el maestro y la pedagogía, propugna por recuperar la voz del maestro y su autonomía. Sin embargo, en medio de la divergencia, dispersión y segregación entre los temas relacionados con la educación y la pedagogía, se han planteado claras diferencias entre ellos.

De una parte, el campo intelectual de la educación fue un asunto estudiado en Colombia por Mario Díaz (1995), quien a partir de los planteamientos de Bourdieu sobre campo⁵ y

5 “La estructura del campo es un estado de relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones implicadas en la lucha, o si se prefiere así, de la distribución del capital específico que, acumulado en el curso de las luchas anteriores, orienta las estrategias ulteriores”. (Bourdieu, 2000, p. 113).

habitus⁶, tejió un entramado teórico aplicado al campo educativo. En este punto de vista, los agentes y las instituciones crean un campo de fuerza y de lucha por un capital simbólico, representado en diversas formas como económico, cultural, político o social, a partir del cual construyen reglas de juego dentro del campo, así como jerarquías, disputas y fronteras entre ellos; de ahí que diferentes posiciones y oposiciones determinan la estructura específica del campo en un momento histórico dado.

Contrario al punto de vista anterior, el campo conceptual de la pedagogía (CCP), planteado por Alberto Echeverry (2009), parte de la tesis de que “la pedagogía, más que un discurso ideológico, tiene la potencia suficiente para construir un campo de producción conceptual” (p. 12), no obstante, como argumenta Díaz (1998, p. 10), “ser un campo de proliferación de conceptos y un sinnúmero de disciplinas que la sostienen”, para Echeverry (2009) esa condición se convierte en fortaleza: “(...) la multiplicidad, en ciertas circunstancias, funciona como un obstáculo; en otras, potencia y enriquece el funcionamiento de la pedagogía, ya no como disciplina, sino como campo” (Echeverry, 2009, p. 12).

En el CCP se interroga por la pedagogía y el maestro desde la pedagogía misma, ésta última desplegada a partir de la “proliferación” y la “multiplicidad”, como lo afirma Echeverry (2009): “La pedagogía antes que un arte o un hacer, es una lectura del mundo para ser entregado a los niños y jóvenes” (p. 13). En este sentido, el CCP que se presenta proclive de ser investigado en sus luchas y tensiones con la enseñanza, el maestro y el método, se pone hoy en tensión con otros campos y disciplinas. Por lo menos dos tendencias fueron establecidas para el campo de la

⁶ habitus entendido como “sistema de disposiciones en vista de la práctica, constituye el fundamento objetivo de conductas regulares y, por lo mismo, de la regularidad de las conductas. Y podemos prever las prácticas [...] precisamente porque el habitus es aquello que hace que los agentes dotados del mismo se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias” Bourdieu (1987).

pedagogía que el grupo de Historia de la Práctica Pedagógica en Colombia (GHPP)⁷ describe en los siguientes términos: “hay quienes hablan de la contribución al campo conceptual de la pedagogía, y quienes prefieren hablar del campo de saber pedagógico” (Álvarez 2010b, p. 2). La diferencia radica en que la primera tendencia se interesa por estudiar la pedagogía como campo disciplinar dotado de un cuerpo conceptual teórico, y la segunda, se interesa por estudiar los enunciados que han configurado el campo, con lo que se sale de un marco disciplinar rígido en su estructura, y se sitúa en la heterogeneidad y dispersión, para mirar de otro modo sus posibles tensiones y resistencias.

Se puede precisar que en Colombia comenzó la discusión de la pedagogía como campo hacia finales de los años setenta, ligado a referentes formativos y teorizaciones pedagógicas tomadas de otras disciplinas como la psicología y la sociología, entre otras, para preguntar por el maestro y su enseñanza en el mundo contemporáneo, reafirmado en una lectura pedagógica a partir de clásicos de la pedagogía como Vives, Comenio, Herbart, Kant, Pestalozzi, Claparede, Rousseau, Montessori, Freinet y Piaget, entre otros. Se intentó, más que llegar a una verdad, analizar desde su historia, cuál era la función de la pedagogía en el intento por recobrar su propia voz frente a la civilización y la cultura, y cómo la pedagogía, al ser sustituida por los dispositivos de la tecnología, al demarcar la distancia entre tradición y modernidad, obligaría a mirarla desde el exterior y pensar en su reconceptualización.

Varios grupos de trabajo de pedagogos se venían conformando en el país para la segunda mitad del siglo XX, los que impactaron en la visión pedagógica y fomentaron propuestas innovadoras que delimitaron nuevas miradas a la pedagogía, a partir de instaurar un estatuto

7 El Grupo Historia de La Práctica Pedagógica en Colombia fundado en 1978 por la profesora Olga Lucía Zuluaga en cabeza del grupo y los profesores: Jesús

epistemológico propio que la desprendía de otras disciplinas, a las que había estado sometida. En el debate por el maestro, la enseñanza incluía el método y la escuela como el lugar de la acción pedagógica.

Los aportes del GHPP al campo conceptual de la pedagogía, fueron atinentes a la consideración de la pedagogía como saber y como práctica. La noción de práctica pedagógica propuesta por el grupo, permitió, según la profesora Zuluaga, “historiar a la pedagogía en tanto discurso y práctica acerca de la enseñanza; allí se contempló las prácticas de enseñanza en diferentes espacios sociales mediante elementos del saber pedagógico” (Zuluaga, 2005, p. 23).

Para el GHPP, la orientación metodológica de la arqueología y genealogía, marcó el derrotero por el cual se podría ir más allá de los conceptos y las prácticas de su propio campo; los referentes teórico-metodológicos planteados por el filósofo francés Michel Foucault, posibilitaron el análisis para encontrar distintas relaciones con otras prácticas y disciplinas que, en todo caso, se conectaban con la pedagogía y su objeto: la enseñanza. Desde esta perspectiva, la profesora Zuluaga (2005) anuncia:

(...) dotó al grupo de Historia de la Práctica Pedagógica en Colombia de un lente para entrar en relación con destacados pensadores de la pedagogía y para observar en los documentos que componen el archivo pedagógico del país, el cruce de conceptos y prácticas (Zuluaga, 2005:16).

Las nociones que dieron piso al proyecto de investigación del grupo fueron, en principio, las nociones de saber y práctica discursiva de Foucault, sobre las cuales elaboraron las nociones de saber pedagógico y práctica pedagógica; esta relación permitió describir la pedagogía como práctica discursiva, y entender que no existe saber sin una práctica, en palabras de la profesora

Zuluaga: “no se puede entender la práctica sin el saber y viceversa, es decir práctica y saber son al mismo tiempo objeto y condición de posibilidad” (Zuluaga, 2005: 20).

Aproximarse a una historia de las prácticas discursivas implicó para el GHPP hacer una exhaustiva revisión documental, de los objetos y saberes institucionalizados y los sujetos implicados en dichas relaciones, a partir de sus acuerdos, tensiones y rupturas, para rastrear en los discursos de la época de estudio, esta compleja red de relaciones y percibir en sus memorias, los enunciados que traspasaron la época e influyeron en la circulación de saberes.

Con posterioridad, hacia los años 80, se conformó el grupo *Federici*⁸, el cual se nutrió de los argumentos de la teoría crítica de Jürgen Habermas, inscrita en el contexto de la tradición filosófica cultivada por los miembros de la denominada Escuela de Fráncfort, y en el pensamiento de Hans-Georg Gadamer, para hacer sus aportes al pensamiento pedagógico Colombiano, desde dos frentes: el primero, reconoció la enseñanza como una acción comunicativa de los maestros y abogó por la construcción de alternativas didácticas para lograr competencias especializadas en la enseñanza de las ciencias; el segundo, se dirigió a la denuncia y la crítica de un modelo curricular con enfoque Taylorista, y llamó la atención de los maestros sobre el peligro de un diseño instruccional que ponía en riesgo su práctica pedagógica y la identidad del maestro. (Tamayo, 2006, p. 107). Parte de las orientaciones del grupo se dirigió hacia la crítica de la reforma curricular que en su momento se había iniciado, cuyas bases

8 Carlo Federici. 1906-2005. En los años 80, el Maestro Federici organizó varios seminarios en la Facultad de Ciencias Humanas de la universidad Nacional de Colombia para discutir temas relacionados con pedagogía. Estas reuniones originaron la primera generación del llamado "Grupo Federici", del cual hicieron parte reconocidos intelectuales como Antanas Mockus, Jorge Charum, Berenice Guerrero, María Clemencia Castro, Carlos Augusto Hernández y José Granés, entre muchos otros. "Federici comenzó rompiendo los rígidos esquemas pedagógicos y los rituales formalistas, usuales en las prácticas educativas del momento, en tanto que inicia discusiones alrededor de la educación en las ciencias y las matemáticas, discusión de las reformas curriculares para la escuela básica y media, y trabaja en un proyecto sobre la formación de una actitud científica en el niño a través de la enseñanza de las ciencias naturales y la matemática, entre otros". (Grupo Federici, s.f.).

cientificistas y positivistas se legitimaron bajo la categoría “tecnología educativa”, como una manera particular de asumir el aprendizaje y el conocimiento en general, por eso las fuertes críticas se dieron en el orden de la estandarización de los contenidos, que convertían al maestro en simple ejecutor de guías y planes de enseñanza (Gómez, 1989, p. 17).

Este grupo Federicci, estudió también otros aspectos referentes a la calidad de la educación, en tanto conocimiento y comunicación dentro y fuera de la escuela. La medición de la educación por resultados, como las propuestas por el ICFES, fueron fuertemente cuestionados: “Por ello el trabajo diario, así como sus efectos más importantes a largo plazo, pueden juzgarse más que por la cantidad o novedad de los contenidos, por el grado de acceso al dominio de esas formas de comunicación y de conocimiento”. (Mockus y Charum, 1986: 22).

Hay que resaltar aquí, un estudio del GHPP, realizado por Martínez, Noguera y Castro (1994), en el que se describen las primeras experiencias de educación fundamental en Colombia hacia finales de los años cuarenta; en esta reflexión, se describe el periodo instruccionalista, marcado por varios acontecimientos tales como: “la misión Currie en 1949 que planteó la articulación de desarrollo con educación, y posteriormente en 1956 con la misión Le Bret que la hizo realidad” (Martínez, Noguera y Castro, 1994, p. 92). Este modelo de desarrollo implicó la urbanización, escolarización y normalización de la población. Triada estudiada ampliamente por estos autores y en general por el GHPP.

En este orden de ideas, el tema de la enseñanza, fuertemente debatida en torno al saber y a la autonomía del maestro, sería una de las cuestiones que posibilitó a los pedagogos y grupos de investigación iniciar los debates de los nuevos escenarios que planteaba la pedagogía, en concordancia con la modernidad y el desarrollo de las apuestas políticas y económicas del momento, sin desconocer que, “a finales de la década de los cuarenta, se inicia un proceso de

generalización de la educación primaria gratuita y obligatoria en todos los países del tercer mundo”. (Martínez, Noguera y Castro, 1994, p. 25).

Por su parte, el profesor Quiceno (1998), aborda la pedagogía como *acontecimiento*, pero advierte sobre el cuidado con el que se deben ubicar los procesos que la afectan desde su exterioridad, los cuales intervienen y se truncan con los procesos cerrados, en la medida que se piense la organización de la información y los aspectos de la subjetividad. Al respecto afirma:

(...) su objeto (la pedagogía) ya no puede ser el hombre y su fundamento la naturaleza o la sociedad. La pedagogía debe plantearse seriamente los problemas de la vida, de la comunicación y de la información del hombre como ser viviente en relación con esta red de sistemas y sus efectos sobre la cultura y las formas de poder-saber. (Quiceno, 1998, p. 146).

Otros aportes que hicieron eco en los debates pedagógicos fueron los realizados por los grupos de educación popular, como lo fueron, entre otros, el CINEP (Centro de Investigación y Educación Popular) y Dimensión Educativa y el CEPECS (Centro de Promoción EcuMénica y Comunicación Social), que a partir de sus trabajos comunitarios de educación de adultos y educación popular, marcaron la relación escuela-comunidad, ligados a los movimientos sociales y en oposición a la educación formal, su voz se desplegó en las apuestas políticas y pedagógicas del país; enraizado en las propuestas de Paulo Freire, convocó para el país y en general para toda América Latina, a las pedagogías de la liberación y las pedagogías sociales, enmarcado en las corrientes críticas y emancipadoras.

El tema del conflicto, la violencia y la paz generó, por parte de estos grupos, un asunto a tratar en sus agendas de trabajo (Muñoz, 2004, p. 5), que condujo a plantear como propuesta pedagógica, el diálogo de saberes y el diálogo cultural. La relación con el campo de la pedagogía

en continua tensión y disputa, no construyó un edificio conceptual, lo que los llevó a ocuparse de la enseñanza y la reconstrucción del pensamiento pedagógico de los educadores.

Lo planteado hasta aquí visibiliza las diferentes visiones y posiciones pedagógicas procedentes de heterogéneas orientaciones de trabajo, las cuales tienen como punto de partida la tensión entre pedagogía, escuela y maestro, lo que se daría a partir de su “proliferación” y “multiplicidad”, según palabras del profesor Alberto Echeverry (2009). De otra parte, la preocupación de otros grupos de trabajo por dar un estatus propio a la pedagogía en Colombia, como campo de saber y de poder, a partir de la conceptualización y reconceptualización del CCE y CCP, que en medio de la crisis educativa establece una relación directa con la modernidad, instauro, de una parte, la discusión sobre su científicidad y, de otra, como asunto político, en tanto dispositivo para la regulación y homogenización social. Finalmente, están los aportes del movimiento popular como movimiento social y emancipador en un diálogo con la cultura y la sociedad.

Se puede concluir, para este apartado, que el Campo Conceptual de la Pedagogía abre la posibilidad de encuentro o desencuentro entre la teoría frente a sus problemáticas, como recurso para discutir sus procesos de institucionalización emergentes y constituyentes de nuevos sujetos y saberes al campo pedagógico. Para el profesor Álvarez (2010), allí “se toma distancia de otros acontecimientos, se excluyen verdades, en fin. Inscribiendo estas tradiciones en un campo conceptual, se producen préstamos e intercambios que podrían enriquecer a su vez a cada una de ellas”. (Álvarez, 2010c, p. 4).

De otra parte, las orientaciones del campo del saber pedagógico, permitieron la articulación y acercamiento con otros saberes y prácticas que fueron consideradas significativas, y aunque no sigan las rigurosidades académicas, se apropiaron de un lenguaje y una cultura para

problematizar más allá de la escuela. Estos campos se relacionan con la salud, la política, la economía, etc.: “El Campo de Saber Pedagógico incluiría todo este tipo de discursos, con sus regímenes de enunciación propios y sus reglas de funcionamiento que desbordan y cuestionan la escuela”. (Álvarez. 2010c, p. 4). Estos dos campos serían los que permitirían reconocer, históricamente, la manera como se constituyó cada uno de estos paradigmas y encontrar en su devenir sus filiaciones, sus especificidades, sus conceptos y sus problemáticas.

Un trabajo de largo aliento, con mucho material de análisis, que nos invita a trabajar en dos frentes: a pensar el problema de la reconfiguración de una cultura pedagógica, con lo que abre la posibilidad de nuevas formas de diálogo con otros saberes y disciplinas, que para el caso que nos ocupa, como es el campo de la salud, retoman para sí a la pedagogía como objeto y como condición de posibilidad para argumentar sus propias posturas.

Desde esta mirada, el campo de la pedagogía muestra cómo en cada dominio discursivo se discute su científicidad, sus teorías y conceptos, así como se institucionalizan procesos y emergen sujetos y oficios. Cabe entonces, a partir de las conceptualizaciones arriba señaladas de educación y pedagogía, comenzar a dialogar con la práctica pedagógica como un campo dinámico en la discusión, por cuanto se relaciona con los saberes institucionalizados, enmarcados desde un saber-poder para ir comprendiendo su fuerza como una forma político social, que tomó forma a través del discurso de la salud representado en el campo de la medicina, como se verá en los siguientes apartados del presente capítulo.

1.7 La fuerza de la práctica pedagógica en la mirada médica

Siguiendo la misma línea de análisis, se puede decir entonces que el campo de la medicina en Colombia, asumió una activa participación en el movimiento modernizador, durante el periodo que va desde 1920 hasta 1990. En la primera mitad del siglo XX, se definieron

políticas con altas tendencias desarrollistas enmarcadas en la formación de un sujeto higiénico; para la segunda mitad de ese siglo, se pretendió formar un sujeto saludable; su amplia intervención abarcó la promoción y protección de la salud, lo cual se orientó a la infancia, la mujer, el hombre como fuerza de trabajo y capital social, y la familia como institucionalidad concreta.

Para el periodo de estudio, la medicina como campo de saber y de poder definió reglas concretas de vida, justificadas a partir de un conocimiento científico que requirió del concurso de un conjunto de disciplinas y profesiones tales como: la enfermería, la bioestadística y microbiología. Desde la década de los 20 y posteriormente hacia mitad del siglo XX, periodo en el cual emergieron, la nutrición, la dietética, el trabajo social, las ciencias sociales y economía de la salud, entre otras, se articularon preocupaciones referentes a los problemas contemporáneos, y se delimitó un modo de vida para la población con una clara acción pedagógica.

Las enfermedades de la población, que para principios del siglo XX se hallaban claramente clasificadas en endémicas y epidémicas, fueron durante esa época objeto del gobierno: igualmente el problema de la morbi-mortalidad se constituyó en la preocupación central de aquel y de sus poderes públicos. Estas epidemias, llamadas por Foucault (2000, p.220-221) “la muerte multiplicada”, se volvieron endémicas, constituyendo una amenaza y una preocupación por la disminución de la fuerza de trabajo, la baja rentabilidad y el aumento de costos económicos, por cuanto decrecía la producción y aumentaba la demanda de atención a los enfermos.

El modelo teórico orientador basado en la teoría ecológica (1935), que incluyó el “agente huésped y el medio ambiente” como los factores interventores en los procesos de morbilidad, constituyeron el modelo epidemiológico predominante hasta los años sesenta. La medicina

sustentada por la ciencia, buscaba las causas de las enfermedades al tiempo que establecía y sancionaba a los portadores de enfermedades infecto-contagiosas, de allí que las enfermedades establecieron un nivel de jerarquización. La ignorancia y pobreza se concibieron dentro de la categoría de enfermedad, lo cual se definía en gran parte a través de campañas educativas, en las que la vigilancia, el control y el seguimiento, conformaron la acción pedagógica para la intervención a la población, así: “El saber médico en Colombia, por su diversidad, sus desfases y controversias formó un conjunto ecléctico y en cierta medida vanguardista, es decir, siempre con pretensiones de innovar o de estar a la altura de la modernidad” (Márquez, 2010, p.10).

La higiene fundamentada en los debates científicos, adquirió sentido para la pedagogía. Ésta se convirtió en elemento de la acción pedagógica y llegó a constituirse en una acción combinada mediada por intereses similares: la medicalización de la sociedad de la mano de la escolarización. En tanto la higiene fue considerada fundamentalmente como restauración fisiológica, su aporte al progreso económico del país se hizo evidente. Los debates de la raza, la pobreza y la ignorancia, fueron asuntos centrales en las agendas de trabajo y propuestas médicas.

Es preciso aclarar que la relación entre educación y salud, no fue un asunto emergente en la segunda mitad del siglo XX; esta se remonta a los últimos treinta años del siglo XIX. El campo médico fue especialmente dinámico en este periodo; su producción científica acerca de la etiología, causa y propagación de las enfermedades⁹, así como en los conocimientos de la anatomía, fisiología y la clínica, permitió las condiciones materiales de existencia para que tomara un lugar en el orden social y se valiera de la educación como práctica y estrategia para producir modos de vida definidos. En relación con lo anterior, el profesor Noguera expone por

⁹ Durante el periodo mencionado, se desplazaron las concepciones hipocráticas sobre los orígenes de las enfermedades (miasmas, pestilencias, aires pútridos), para dar paso a los descubrimientos pasteurianos que ponían de manifiesto la acción de los microorganismos en las enfermedades. (Quevedo, 1994).

ejemplo que: “El naciente proceso de industrialización de Colombia a comienzos del siglo XX requería una mano de obra sana y fuerte. La población fue considerada entonces como la principal riqueza con la cual contaba la nación” (Noguera, 2003, p. 74).

Hacia finales de los años cuarenta, tomó fuerza el concepto de salud pública; ésta se orientó a la preservación y perfeccionamiento de la salud individual y colectiva incluyendo la prevención de las enfermedades. Particularmente en Colombia, se vinculó en la búsqueda de la integración, jerarquización y mayor especialidad en los servicios de salud, para superar la visión tradicional sobre el control y erradicación de las enfermedades transmisibles, a través de la articulación de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación.

Posteriormente hacia los años 60, se observó un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, integrando la idea de salud como un factor de desarrollo; en palabras de Yepes (1990): “no es posible el desarrollo sin avances decisivos en el terreno de la salud; política económica y política de salud son vistas como elementos inseparables” (Yepes, 1990, p. 40). El proceso biológico se vio como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar el concepto de “causa única” por el de “multicausalidad”, lo cual al ser retomado por autores como Leavel y Clark (1976), entre los años 50 y 60, dio paso a la utilización del concepto de “promoción de la salud”, al desarrollar el modelo de historia natural de la enfermedad. A su vez ésta comporta tres niveles de prevención, dentro de los cuales existen, por lo menos, cinco componentes distintos, dependiendo del grado de conocimiento de la historia natural¹⁰.

10 La prevención primaria abarca la promoción de la salud y la protección específica; la prevención secundaria comprende el diagnóstico precoz y tratamiento

oportuno, y la prevención terciaria incluye la limitación del daño y la rehabilitación.

Esas nociones permitieron que en el caso colombiano, se estableciera una relación directa con la educación a través de acciones de tipo pedagógico, implementadas en todos aquellos espacios en donde fuese posible reunir la mayor cantidad de población, como centros de salud, hospitales, escuelas, lugares de trabajo, entre otros, los cuales para Hernández (2002), “estuvieron enfocados principalmente a problemas de desnutrición, enfermedades gastrointestinales, inmuno-prevenibles y transmisibles, así como los relacionados con el medio ambiente y falta de accesibilidad a los servicios de salud, en especial, a los de atención primaria” (Hernández, 2002, p.167).

Posteriormente, hacia los años 70, se habló de la reconceptualización del campo de la salud. Esta nueva visión abarcó la relación entre salud, enfermedad y cuidado, articulada a condiciones de vida. Este cambio según Czresnia (2009): “obedeció a la necesidad de controlar los costos desmedidamente crecientes de asistencia médica, que no correspondían a sus resultados significativos”; una visión de la salud pública” que según afirma la misma autora: “ocurre en el contexto de sociedades capitalistas neoliberales” (Czresnia, 2009, p. 43).

Para 1974, Marc Lalonde, ministro de salud de Canadá, publicó un documento oficial en el que proponía la promoción de la salud como una estrategia y una política pública para su país. Esta propuesta, partía del compromiso de la población sobre aquellos aspectos que determinaban su bienestar, y pretendió vincular a la gente en el control de los principales determinantes de salud, y en el acatamiento de la responsabilidad sobre su estilo de vida. Precisamente en los países industrializados, el enfoque predominante fue el énfasis en la atención de la población sobre dichos estilos. Allí esta nueva visión se asumió como estrategia, y la educación para la salud cobró gran importancia como una forma de lograr las metas proyectadas (Gómez, 2004, p. 10).

La “promoción de la salud”, en tanto categoría apropiada, trazó un camino de transformación en la visión de la relación salud enfermedad; por un lado, se enunció la promoción como comportamiento desde varios niveles: social, político, económico y cultural; por otro lado la educación tomó un carácter promotor y terapéutico, que unido a la categoría de ciudadanía, adquirió mayor importancia en lo social y lo colectivo.

La “promoción de la salud”, fue importante a finales de los años 80’s, al emitirse el *Acuerdo General o Carta de Ottawa de 1986*, cuando la salud pública de enfoque comunitario y la promoción de la salud, configuraron una nueva concepción de la salud pública (OMS, 1986). Este giro conceptual con nuevas categorías incluyentes como entornos, autocuidado, estilos de vida, etc. en Colombia vinculó la salud a las políticas de desarrollo del Plan Nacional, y tomó fuerza la medicalización, el desarrollo tecnológico, la transición demográfica y cambio en el perfil nosológico, constituyendo un sistema amplio y globalizante a partir de la atención primaria en salud¹¹. También se enfatizó principalmente en promoción, sin que desapareciera la prevención; los mecanismos reguladores se diseñaron para nuevos cambios en los estilos de vida, que fueron construyendo en la conciencia de la colectividad una nueva forma de cuidado de sí.

En consecuencia, la promoción de la salud se instauró como práctica comportamental en el campo de la salud; su intervención relacionó promoción y educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes, lo cuales eran según palabras de Tovar (2001):

(...) la promoción de la alimentación y de los nutrientes adecuados, el abastecimiento adecuado de agua potable y el saneamiento básico, la asistencia materno-

11 “La atención primaria en salud involucra los siguientes aspectos para su desarrollo: la promoción y la prevención dentro de los cuales se enfoca la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes” (Tobar, 2001, p.2).

infantil incluyendo la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y la disponibilidad de medicamentos esenciales (Tobar, 2001, p. 2).

Se reconocieron en esta discusión, la fuerte influencia de los organismos internacionales en la creación, difusión y legitimación de los modelos de salud a escala mundial y en particular para América latina, que apropiados en Colombia, inscribieron las políticas de salud que regirían en el país, y que actuarían como agentes catalizadores para vincular la salud y la educación, como tarea de desarrollo que se debían trazar los países miembros.

Particularmente en Colombia, a mediados del siglo XX, el camino de la salud-enfermedad estuvo fuertemente influenciado por varios organismos norteamericanos como la fundación Rokefeller y la Cooperación Técnica Norteamericana, quienes ayudaron a delimitar el camino a seguir para combatir las enfermedades. Las políticas implementadas en dicho periodo, se enraizaron en el discurso de la modernización, y estuvieron regidas bajo la directriz del mercado mundial. No obstante, sobre este período aún falta historiar con cuidado la práctica pedagógica en el escenario de la salud; sin embargo a pesar de ello, se puede decir que las entidades administrativas del sector salud y de las agencias internacionales, impulsaron la creación de modelos sanitarios adoptados por el gobierno nacional y que establecieron como prioridad: “la orientación de las políticas y los planes sanitarios y en la formación del recurso humano en salud pública” (Eslava, 1998, p.107).

Se puede decir entonces que modernizar significó, “dotar de herramientas administrativas, políticas y financieras al estado para intervenir y dirigir la economía por la senda del desarrollo económico y social” (OPS, 2002, p. 204). En tal sentido, con el paso de un sistema

nacional de salud, como opción de integrar las acciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, a un sistema de seguridad social en salud , -el cual se implementó bajo la Ley 100 de 1993- se pretendió hacer más eficiente el uso de los recursos y obtener mayor rendimiento; Así, a partir de la transición se intentó igualmente, ampliar la cobertura para incorporar a toda la población, bajo las estrategias de promoción de la salud.

Como resultado, se hizo clara la intención de planificar los recursos humanos, y se articuló promoción con educación, que materializada en la *Carta de Ottawa*, destacó la necesidad de desarrollar un máximo de potencial en salud, estableciendo una relación estrecha entre paz, educación, salud, vivienda, alimentación ingreso, ecosistema, justicia social y equidad: “las habilidades y capacidades de los individuos, las condiciones sociales, ambientales y económicas serían los puntos claves de trabajo de los países” (OMS,1986, p. 10)

Igualmente fue clara la intervención del campo de la salud en su punto de cruce con la educación; fue también necesaria una re-contextualización para los dos campos, la cual fue materializada y apropiada para el campo de la salud en técnicas que mutaron de la intervención focalizada del control de las enfermedades, para la primera mitad el siglo XX, a la configuración de un modo de vida saludable, para la segunda mitad de ese siglo. La emergencia de nuevos sujetos, disciplinas e institucionalidades, permitió la reconfiguración de otra manera de pensar, que se orientó hacia replantear el problema de salud-enfermedad, como una forma de cuidado de sí que tomó forma de auto gobierno.

Para finalizar este apartado, se debe decir que en los siguientes capítulos se irá describiendo de forma más detallada, la manera como se fue apropiando la nueva manera de ser y de pensar descrita, y las estrategias utilizadas que llevaron a implantar el dispositivo higiénico

a todas las esferas y lugares, para consolidar un vasto campo de gobierno de la población, hasta tomar la forma moderna en su sentido actual.

1.8 Educación en salud: un asunto de gubernamentalidad

La noción de gubernamentalidad es vista en este trabajo a partir de los estudios de Foucault, quien analiza la forma en que ella operó sobre la población, como su principal centro de interés. La gubernamentalidad referida por el autor, nos remite más allá de un estatuto gubernamental en el cual las instituciones, procedimientos, cálculos y tácticas, trabajan en conjunto para conducir a la población con formas eficaces de control, sin que ésta perciba los efectos del poder. (Foucault, 2006b, p. 136).

Hoy la educación en salud -que contiene una clara acción pedagógica- es conceptualizada y apropiada a partir del concepto de promoción de la salud; su pretensión es mostrar una dinámica y compleja red de las relaciones entre la salud y enfermedad, que al ser historiadas visibilizan giros, cambios y nuevas formas de apropiación. Durante la primera mitad del siglo XX, la educación en salud fue llamada educación sanitaria; allí la prevención y la profilaxis predominaban a partir del disciplinamiento de cuerpos y mentes, para lograr un cambio de comportamiento en el sujeto. Para la segunda mitad del siglo XX, se circunscribió la promoción como comportamiento enunciado desde varios niveles -social, político, económico y cultural- y la educación, dirigida con una u otra finalidad, tomó la representación de promotor y terapéutico.

Una nueva vertiente se abrió para la práctica pedagógica, cuando se encontró operando al interior y exterior del campo de la salud. La prevención y la promoción de la salud como saberes y como prácticas, transcurrían en lo cotidiano en condiciones concretas; a través de la educación se pretendía “la conversión” cultural hacia un saber de salud que naturalizado y apropiado como

deseable, traspasaba todo el tejido social, pasando por la escuela, la familia, el hospital, el trabajo, etc.

Durante las décadas de 1920 y 1940, la educación sanitaria se implementó a través de normas de conducta, exigiéndose su obligatorio cumplimiento. Como se relacionará en el capítulo siguiente, ésta se enunció como proyecto nacional en tanto que establecía una relación directa con el sujeto para lograr un cambio de sus conductas. Las prácticas higiénicas emergieron unidas a un sujeto: niño, madre, trabajador, etc. y a una situación específica: enfermedad, desnutrición, embarazo, lactancia, etc. lo que exigía intervenciones concretas para conducir precisamente al sujeto, hacia el camino de la modernización.

Durante los años 1940 y 1950, la educación sanitaria consistió en instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que aplicaran los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud; sobre ello Grout, citando a Salleras, señala precisamente lo siguiente: “la educación sanitaria sería el procedimiento que entrañaba traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas individual o comunitariamente, valiéndose para ello de la educación” (1948, citado por Salleras (1990, p. 55). Igualmente al respecto Gilbert (1959) afirmó que: “la educación sanitaria pretendía inculcar actitudes sanas y formar una mentalidad de salud, apoyada en sólidas convicciones, como guía para elegir las reglas higiénicas de vida” (Gilbert, 1959, p. 55).

A partir de estos principios, la educación en salud se concentró en los temas de enseñanza, y enfatizó en los procesos de fortalecimiento de la autonomía; el comportamiento, la mentalidad y la conducta, se relacionaron con la nueva salud pública de la promoción. En este sentido, la OMS planteó que: “no solamente los más pobres son quienes tienen mayor

predisposición a mala salud, sino también quienes tienen menor nivel de educación, y ello no sólo abarca nivel de escolarización, sino conocimiento en educación en salud” (OMS, 2008, p. 6).

En nombre de la promoción de la salud, se justificaron y legitimaron reglas y normas que se situaron como las fuerzas del “bien”, para constituir un régimen de verdad dirigido no a problemas sanitarios sino a estilos de vida. El propósito fue administrar las conductas de los individuos, actuando sobre sus posibilidades de acción a manera de “concientización”; así, la gubernamentalidad se vio reflejada en la autorresponsabilidad que cada sujeto debía asumir para mantener un estado de salud deseable; la salud, apropió la noción de autocuidado para hacer posible tal hecho.

Los cambios operados en el concepto de salud en la nueva salud pública, hablaban de la promoción como un modelo para “mejores prácticas”, en el cual se consideraban altamente significativos los aspectos que definían asuntos tales como: el problema-desafío, los objetivos y resultados esperados, la población objetivo, los supuestos, valores y creencias, las teorías, la evidencia, el ámbito ético, la metodología y las formas de evaluación. Todo lo anterior, constituía el centro de la reflexión, además de, una cantidad ilimitada de prácticas interiorizadas como patrones de conducta por la mayoría de la población.

La salud apropió el comportamiento y la conducta como metodología que facilitaría las relaciones con la educación; nos preguntamos entonces por la pluralidad de desarrollos que tuvo lugar en las actividades dirigidas hacia la transformación de los comportamientos de los individuos, pues en palabras de Sutherland y Fulton (1992):

(...) tales actividades estarían enfocadas en estilos de vida y localizados en el seno de las familias, es decir, en las “culturas” de las comunidades en que se encuentran.

Los programas y actividades de promoción en salud tienden a concentrarse en componentes educativos relacionados, en primera instancia, con riesgos comportamentales cambiables, que se encontrarían, por lo menos en gran parte, sobre el control de los propios individuos (Sutherland y Fulton, 1992, p. 5).

La promoción en salud se presentó como “(...) el camino para lograr el respeto y las garantías de la protección y el derecho a la salud de todos y cada una de las personas del mundo, integrando la relación con los determinantes de salud” (OPS, 2007, p. 3).

Por su parte, la promoción de la salud se mostró como la “estrategia” que en nuestro enfoque se constituye en un dispositivo múltiple, capaz de medirse desde ópticas objetivas y subjetivas, para construir “ciudadanos para la salud” y para ello la educación en salud se instauró en la herramienta articuladora entre el “camino” y la “práctica”.

Hubo entonces un nuevo poder que se ocupó de la vida, a partir de la apropiación que el sujeto y en general la población hizo del concepto de promoción de la salud. Este, se relacionó directamente con la intención de un comportamiento que llevaría al individuo a mejorar sus condiciones de vida, y que sujetado a la categoría “estilos de vida”, emprendió la “naturalización” y el interés colectivo por la medicalización de la población, en tanto que cada individuo ingresaba dentro del mismo deseo: ser saludable. En tal sentido, se instauró una relación de inmanencia que reclamaba por la implementación de prácticas y comportamientos, que permitían apropiar y reproducir ese deseo, como un deseo colectivo¹².

12 Desde esta mirada, resulta importante seguir la pista que Foucault propone en su estudio de gubernamentalidad, cuando extendió su significado no solo a las prácticas gubernamentales del liberalismo o neoliberalismo, sino a la forma como se conduce la conducta de los hombres, a partir de la “naturalización” y el “deseo” como formas de gobierno (Foucault, 2004, p. 156).

Bajo estas orientaciones actuó la gubernamentalidad, y es allí donde es preciso indicar la potencia de la educación en salud, en la clara alianza con la educación, que pasó de ser una apropiación individual, en el primer periodo de estudio, a constituirse durante los siguientes periodos, en estructura y proceso social que abarcaba el medio ambiente físico y social, en tanto que los factores económicos como recursos, accesos a vivienda, agua potable y víveres, se constituyeron en aspectos decisivos que la educación en salud debía tomar en cuenta para sus proyectos de intervención.

De esta manera, la educación en salud se planteó como un proceso social y político que se tornó imprescindible, y se configuró en el elemento clave de la medicalización.

Como conclusión de esta primera parte, podemos afirmar que durante el periodo estudiado, se abrió para el campo de la pedagogía un nuevo espectro con el que entraría en relación: el campo de la salud. Pero esto más que un debate pedagógico, fue una discusión formulada a partir de prácticas cotidianas en la escuela y el hospital, las cuales fueron configurando otras formas de apropiar un estado de salud, influidas por el poder de la gubernamentalidad, que proclama el cambio de un sujeto higiénico a un sujeto saludable, este último centrado en una economía de mercado globalizada.

Entonces, la pedagogía manipulada y enrarecida, se interrogó por la potencia que ella misma tenía en la conversión de los sujetos. A su vez, orientaba sus condiciones de enseñanza a la instrucción de reglas y preceptos médicos, mediados por un saber científico; allí el maestro adquirió otros rostros que fueron más allá de la escuela y este se convirtió en un educador sanitario, para regular no sólo el cuerpo, sino la vida en una sociedad.

Para finalizar, es necesario decir que la práctica pedagógica en los dos escenarios de reflexión: salud y educación, se apropió y moldeó a partir de hechos históricos que definieron

cada época. Durante el primer periodo, se unió a la categoría de progreso, y luego en los dos últimos, a la categoría de desarrollo.; dos campos de intervención y un interés común, fundamentado en un sistema de homogenización, individualizante y totalizante, regulado, conducido y controlado, a partir de una práctica que definió las necesidades de la población.

La pedagogía y la medicina como asuntos de intervención, analizados a partir de un sistema de relaciones, de condiciones de existencia y de posibilidad, determinaron un lugar y una práctica común para los campos señalados, marcados por líneas de fuerza que se cruzan en la interioridad y exterioridad de los enunciados que la regulan. Foucault señala al respecto que: “la gubernamentalidad es más bien una vía para acceder a la racionalización de la gestión de los individuos, a la historia de la racionalidad tal y como opera en las instituciones y en la conducta de la gente” (Jodar y Gómez, 2007, p. 385).

En el siguiente capítulo, se describirá cómo se dieron las relaciones señaladas, y se analizará bajo qué enunciados y fuerzas constitutivas aquello tuvo lugar, a lo largo de los tres periodos estudiados en este trabajo.

2. Las practicas pedagógicas de la higienización: gobernar es sanificar 1920-1937

Las prácticas pedagógicas de la higienización, se describirán en este capítulo como las formas político sociales que se introdujeron en la vida de las personas, para transformar las costumbres y conductas de salud; fenómeno que no solo tuvo lugar en Colombia, sino que también se presentó en América Latina, durante el periodo señalado, como un movimiento histórico de altas dimensiones

Hubo entonces cambios drásticos en los patrones de conducta marcando un giro en las interpretaciones respecto de los factores determinantes de la salud y la enfermedad. Dichos cambios se emparentaron con el Estado moderno para convertir efectivamente a la higienización, en una práctica política y social calculada y meditada, que se instaló para dar estructura y cuerpo al proyecto nacionalista iniciado en un país, que abría sus puertas a la modernidad.

Así pues, el análisis que aquí se plantea está dado en tres sentidos: el primero, a partir del concepto de modernización argumentado por el profesor Álvarez (2010a), quien lo expone en los siguientes términos: “(...) Entendemos por modernización el propósito que el Estado-nación tenía de formar ciudadanos fieles a sus principios estructurantes, a sus emblemas y sus intereses económicos y políticos de cara a la delimitación de sus fronteras, que pasaba por la creación de un capital y un mercado propios” (p, 31-32). Igualmente, Álvarez (2010a) señala al respecto de dicha cuestión, que: “El trabajo parte del supuesto de que existió una diferencia entre el proyecto educativo civilizatorio del siglo XIX y el nacionalista, en la primera mitad del siglo XX” (p, 20). Tal diferencia, menciona dicho autor, se generó desde una identidad política construida por imaginarios que serían operados en la escuela a través de la educación. Inicialmente para el proyecto civilizatorio significó conseguir la lealtad al estado y la república, forjando el camino

para alcanzar la civilización¹³ para el proyecto nacionalista en cambio, ésta construcción política giraría en torno a: “identidad cultural, territorio integrado y raza fuerte” (Álvarez, 2010, p.20-21).

El segundo sentido, tendrá en cuenta el gobierno de sí y de los otros a partir de los estudios realizados por Foucault (2009), quien planteó aquello más allá de un estatuto gubernamental, refiriéndose al problema de la conducción de las almas desde de la noción de *parrhesía*¹⁴, la cual remite a la obligación de decir la verdad, así como al peligro que entraña decirla. La *parrhesía* tuvo un desplazamiento del gobierno de sí, para gobernar a los otros como asunto político; en ella el objeto de “veridicción” se implementaría tanto en gobiernos monárquicos como democráticos; su problematización se traza desde el punto de vista de lo verdadero e ilusorio, a partir de la división entre retórica y filosofía, la primera considerada como “(...) arte de la palabra capaz de enseñarse, capaz de utilizarse para persuadir a los otros, (...) tiene por objetivo persuadir al auditorio tanto de lo verdadero como de lo falso, de lo justo como

¹³ El profesor Álvarez (.....falta texto cita) , en su trabajo de “Formación de nación y educación”, describe al nacionalismo como acontecimiento histórico que produjo un discurso pedagógico, y menciona que la escuela se constituyó como una institución estratégica para tales fines, en cuyo interior se establecieron continuas relaciones de tensión y disputas para legitimar sus conceptos y objetos, las cuales producirían un conocimiento de lo social que habría de apoyar la consolidación del nacionalismo en Colombia.

¹⁴ Foucault plantea el “gobierno de sí” y “gobierno de los otros”, a partir de la noción de *Parrhesía* en tanto práctica, mencionando que ésta fue aplicada en los siglos V y IV en la cultura Griega y Ateniense. La *Parrhesía* estuvo ligada al funcionamiento de la democracia en la guerra y la paz con Esparta, y estuvo atada al derecho de la palabra (...) “otorgada concretamente por la ley, por la constitución, y por la forma misma de la *politeia*, a todos los ciudadanos” (Foucault, 2009, p. 306).

de lo injusto, del mal como del bien (...) “; la segunda en cambio, tiene que ver más con “(...) decir lo que es verdad y desechar la falsedad” (p. 310-311).

El tercer sentido, parte del concepto de “biopolítica” acuñado por Foucault (2006b), quien arguye que la introducción de la economía en el ejercicio político, será_“el umbral del estado moderno” (p. 193). La biopolítica, en la cual es fundamental la intervención en el cálculo y medición de la población por parte del Estado, sería la ganancia esencial del gobierno:

Gobernar un Estado significará poner en práctica la economía a nivel de todo el Estado, es decir, ejercitar en los entrecruzamientos de los habitantes, de la riqueza y del comportamiento de todos y cada uno, una forma de vigilancia y de control, tan atento como el que ejerce el padre de familia sobre su casa y sus bienes (p.120).

Según lo expresado por Foucault (2006b), la economía política emergió cuando la población comenzó a ser importante para la economía del Estado. Así, las enfermedades, las epidemias y todo aquello que pudiera amenazar su bienestar, sería un tema económico que merecía atención. En tal sentido, el Estado asumiría la salud de la población como problema biopolítico, en tanto dicha población representaba una parte de su riqueza, y por consiguiente era necesario velar por su cuidado¹⁵.

¹⁵ El Estado ahora se interesa por el control racional de las epidemias, hambrunas y en general todo aquello que pueda amenazar a la población y constituya un problema económico; “los eventos referidos a la salud como natalidad, longevidad y morbilidad, fueron los principales problemas de interés para la biopolítica desde la primera mitad del siglo XVIII, que, para esta época, se constituyó en una problemática tanto económica como política”. (Foucault, 2006, p.136)

Bajo estos planteamientos, el presente estudio guiado por las categorías “nacionalismo”, “gobierno de sí”, “gobierno de los otros” y “bio política” desarrolladas por los autores antes citados, amplía las posibilidades de análisis para indagar desde diferentes perspectivas, la manera como la práctica pedagógica de la higienización, se sirvió de la prevención a la profilaxis, incidiendo en la población como una forma de “gobierno”, que se implementaría normas de comportamiento y maneras de ser para conformar un sujeto higiénico en clave bio política.

En tal sentido, las cuestiones que se indagan en el presente capítulo, se orientan en torno a las siguientes preguntas: ¿Cuál fue el modo de ser que planteó el discurso de la prevención y la profilaxis a la sociedad colombiana en torno a la nueva modernidad pretendida? ¿Cuál fue el modo de ser que el discurso de la prevención y la profilaxis impusieron al sujeto higiénico? Y por último, ¿qué tipo de prácticas, saberes, sujetos e instituciones, correspondió al juego determinado de esa verdad?

Para dar respuesta a estos interrogantes, el presente capítulo plantea cómo la prevención y la profilaxis, como categorías concretas, implicaron una pluralidad de funciones y finalidades cuya objetivo último fue velar por la higiene pública de la nación. “Gobernar es sanificar”, constituyó el enunciado que pretendió resolver los problemas de salud de los pobladores colombianos, en función de los intereses nacionalistas. Sus efectos prácticos operaron en el terreno de la enfermedad, como lugar donde se debían utilizar tácticas y estrategias que conducirían a la conformación de un sujeto higiénico, lo que a su vez permitiría al país configurarse como nación moderna.

Comenzamos entonces revisando la relación entre población y enfermedad, para ver cómo la biopolítica se hizo visible en los discursos de eugenesia e higiene, y cómo categorías como pobreza, ignorancia, inmigración, purificación racial y enfermedades transmisibles,

anunciaron una amplia acción pedagógica, dirigida principalmente a madres y niños, a quienes se consideraba como un recurso importante para el proyecto nacional.

Posteriormente se revisará la potencia que tuvo la prevención y la profilaxis como práctica pedagógica sobre la población, así como sus formas de apropiación para el campo de la medicina con intereses concretos, y cómo con ello, se estableció un nivel de dependencia, de orden, de mandato rígido e incuestionable, codificado por la ciencia que sirvió de correlato para dar significado a las acciones higiénicas, conforme a las leyes impuestas para el gobierno de los otros, tal como lo menciona Foucault (Foucault, 2006b) : “estableciendo una serie de finalidades específicas que se convertirán en el objetivo mismo del gobierno”, (p.125).

Luego se revisa cómo los avances en la medicina, posesionaron nuevas relaciones entre un saber-poder fundamentado en la experimentación de nuevos descubrimientos, que se ocuparon de examinar y catalogar a las personas, lo que le dio legitimidad para aislar, vigilar y disciplinar a la población. Dicho asunto, nos llevará a comprender cómo dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública en toda la nación, erigiría un camino hacia una sociedad modernizada y guiada por relaciones económicas y productivas. De igual manera, podremos comprender cómo un nuevo régimen de vida sería trazado por la higiene, cambiando los modos de ser y de pensar de la población, y transformando los estilos de vida y de trabajo, en torno al nuevo proyecto nacionalista.

Luego de analizar dichos campos, en seguida se estudiará en este trabajo cómo se fue reconfigurando el saber-poder del cuidado, para formar nuevos sujetos que se debatían entre los microbios, la suciedad y la ignorancia; sujetos a quienes fue necesario convertir en limpios, disciplinados e higiénicos, para que estuvieran en capacidad de responder al nuevo orden social y económico emergente. Esto se analizará teniendo en cuenta que la enfermedad en Colombia se

presentó como una amenaza a la nación moderna y por tanto la salubridad pública y el conocimiento de la medicina se posesionaron como máxime de ley para conseguir una identidad nacional higiénica. Se verá entonces, cómo la escuela higiénica y el hospital de encierro, fueron lugares en los que se fueron institucionalizando nuevas prácticas entre la prevención y la profilaxis, en torno a una pedagogía que diera cuenta del sujeto higiénico. Igualmente se mostrará que para lograr dicho cometido, el médico, la enfermera y el maestro fueron fundamentales en la en esas dinámicas.

Por último, se analizará cómo la mujer fue llamada a cuidar la raza, en su nueva posición de sujeto enfermera, quien emergió ante el reclamo de la medicina y la higiene, por un cuidado “inteligente” capaz de apoyar la higiene nacional con una clara tendencia a la pedagogización de la población. Se verá cómo el papel de la enfermera en la escuela y el hospital, haría visible nuevas prácticas que fueron afianzando los discursos de la prevención, al tiempo que se iban desarrollando otras relaciones de saber y de poder: la virtud, la moral y la obediencia- se tensionaron durante dicho periodo con el género, la instrucción y la profesionalización. Así, del cuidado moral se pasó al cuidado higiénico.

2.1 La población y su relación con la salud-enfermedad

Podemos situar el proyecto de la salud en su relación con la enfermedad de la población, como una forma discursiva que se fue problematizando y legitimando como poder político-social, a manera de biopolítica y gobierno de los otros. Foucault (2007b), lo describe como la necesidad de integrar una política de la salud de la población a partir de la conformación de un gobierno de los otros en el campo de la higiene, la salud y enfermedad, desde la óptica de estudiar los fenómenos propios de los seres vivos agrupados en conjuntos y etiquetados como “población”.

La natalidad, longevidad y morbilidad, cobraron importancia y fueron los principales problemas de interés para los Estados soberanos en el siglo XVIII. Durante el siguiente siglo emergieron nuevos problemas como el de la vejez, la relación entre la especie humana como ser viviente y su medio de existencia; cobrando importancia lo climático, lo geográfico o lo creado como la ciudad. Dichos asuntos le dieron plena potestad a la biopolítica para intervenir en lo social y se constituyeron en problemáticas para la naciente industrialización.

Una de las preocupaciones de los gobernantes y de los poderes públicos en el tema de la salud de la población, se inició con el problema de la morbi-mortalidad en el contexto de grandes epidemias. Las epidemias, llamadas por Foucault (2007b) “la muerte multiplicada, la muerte inminente para todos (...)” (p. 209), se volvieron endémicas estableciendo una amenaza y una preocupación por la disminución de la fuerza de trabajo, baja rentabilidad y aumento de costos económicos, por cuanto decrecía la producción y aumentaba la demanda de atención a los enfermos. Esta situación condujo a la introducción de la higiene pública, que adoptó sistemas de normalización, asistencia y educación para la medicalización de la población.

En esta línea, Rosen (1985), revisa la correlación entre higiene y sistemas de medicalización de las sociedades, a partir de las relaciones de las enfermedades, y la necesidad de asistencia, prevención y educación. El autor describe cómo en los siglos XVII y XVIII, se planteó la relación existente entre el bienestar de un Estado y el grado de salud de sus pobladores, a partir de las propuestas del filósofo Christian Wolff. Durante esa época fue necesario que los Estados mantuvieran buenas regulaciones sanitarias para su prosperidad; igualmente la prevención de enfermedades contagiosas y la toma de medidas para mejorar la salud, fueron una prioridad al momento de pensar en el aumento de la población.

A medida que avanzaba el siglo XVIII, en Prusia y Austria se pensaba que los objetivos que guiarían el garantizar el bienestar de un pueblo, se centraban en factores como la riqueza, la salud y el goce de los derechos; de allí la policía médica adquirió un nuevo rostro, por cuanto “(...) el Estado se ocuparía de la población desde la preservación, vigilancia y asistencia a los pobres” (Rosen, 1985, p. 150). La preocupación por la salud y enfermedad se centró principalmente en los temas relacionados con la pureza del aire, las condiciones de los hospitales, “la poca experiencia de las parteras, burdeles, fraudes y abusos en la venta de los alimentos”, así como sobre las enfermedades contagiosas y las epidémicas” (Rosen, 1985 p.157-159).

De acuerdo con Rosen (1985), en Alemania durante los siglos XVIII y XIX la salud se relacionó con la política nacional. Se pensaba entonces que el poder del Estado se consolidaría y su economía mejoraría, en la medida en que su población fuera sana. El crecimiento de iniciativas tanto públicas como privadas para asumir las responsabilidades en materia de salud, se vio representada por la policía médica, el poder eclesiástico y la creación de hospitales. Los temas centrales según las propias palabras de Rosen (1985) fueron: “procreación, atención materno infantil, nutrición y sanidad de los alimentos; vivienda, higiene, vestido, recreación, ocupación, prevención de accidentes, control y prevención de epidemias; organización de la profesión médica, atención médica, atención de enfermería y educación para la salud” (Rosen, 1985, p.167).

Para el caso de América Latina, los problemas de salud a finales del siglo XIX y comienzos del XX se discutieron bajo categorías similares a las mencionadas pero con otras perspectivas de intervención. Se priorizó la higiene de la población a partir de la “purificación racial”, tomando como variables la inmigración, la higiene social centrada en el concepto de la

salud-enfermedad y la pobreza; esta última, encarnada en el correlato político-sanitario, se convirtió en el tema central del discurso oficial en tiempos de epidemias.

La población latinoamericana representada en gran parte por una diversidad etno-racial, constituyó una de las discusiones centrales para los eugenistas, a partir de una lógica homogeneizante y clasificatoria. Esta corriente de pensamiento derivada del “darwinismo social” y del positivismo, según Del Alamo (2004): (...) clasificaba a indígenas y negros como bárbaros o incivilizados, carentes de Estado o de la capacidad de otorgarse a sí mismos una sociedad políticamente organizada, un sistema económico coherente e industrial, o un conjunto de normas de conducta moral (Del Alamo, 2004, p. 73).

El tema de eugenesia¹⁶, herencia y regeneración de la raza, aunado a los problemas mórbidos que presentaba la población, fueron tratados en gran parte por la puericultura que

¹⁶ “La eugenesia se basa en los aportes de la genética humana, y en las posturas del determinismo racial y del darwinismo social. Desde parámetros darwinistas y spencerianos, la eugenesia le sobrepone a una selección natural una selección artificial. El término «eugenesia» (eugenes = bien nacido, de buena raza) designa entonces un espacio de indagación en el que se aplican los conocimientos sobre la genética humana a las diferentes poblaciones, con el propósito de «mejorarlas». El concepto de «eugenesia» fue utilizado por primera vez en 1883 por el antropólogo británico Francis Galton (1822-1911), pariente de Charles Darwin. Para Galton, la eugenesia era una ciencia cuyo propósito fundamental era el de optimizar las disposiciones heredadas consideradas positivas y valiosas mediante un buen «cultivo» o «crianza». El fin último de la eugenesia es el «mejoramiento» a largo plazo de las disposiciones naturales de la población, favoreciendo, por un lado, la reproducción, el mantenimiento y el mejoramiento de los «saludables», y, por otro, impidiendo la reproducción de los «enfermos» y de los menos aptos a base de medidas sociopolíticas que van desde la prohibición del matrimonio (reproducción) entre impedidos físicos y mentales hasta su esterilización, e incluso hasta su eliminación (eutanasia), como sucedió en el transcurso del régimen nazi”. Tomado de Runge y Muñoz (2005;133)

estudiaría la herencia y procreación a partir de la salud prenatal y materna, con una visión regenerativa y preventiva; al respecto mencionaba un eugenista que:

Nada halagüeño para el porvenir puede esperar un pueblo fecundo si sus productos son tarados. Que no importa obtener vidas enfermizas e inútiles, sino lograr buenas y útiles existencias, y para lograr este fin se debe establecer reglas del buen modo de vivir. Dicha solución no reside en los cuidados que se deban dar al niño desde su nacimiento, porque si este ha venido al mundo con su funesto cortejo de taras patológicas, los recursos de la ciencia no son suficientes para darle lo que la naturaleza en mala hora le negó (Gartner, 1922; p11).

Población y raza fueron temas debatidos en las conferencias Panamericanas de Eugenesia y Homicultura celebradas en diferentes países de América Latina. La primera de ellas fue celebrada en La Habana en 1927; la segunda en Buenos Aires en 1934, y la tercera en Bogotá en 1938 (García, et al 2007, p.18). Allí cada país presentaba sus trabajos y propuestas para favorecer la higiene racial y para controlar la inmigración y la reproducción de los “indeseados” y “defectuosos”. La alimentación infantil, la organización de lactarios, los consultorios prenupciales y la lucha antituberculosa en defensa el niño, fueron algunos aspectos de mediación implementados en los países miembros.

Estas reuniones dejaron ver dos posturas. La primera visibilizó la pedagogización de la población a través del ejercicio médico social, fundamentándose en campañas dirigidas hacia la infancia y la maternidad a partir de la procreación. Su trabajo estuvo guiado bajo el lema: “gobernar es poblar”, pero “poblar bien”; postura iniciada en Cuba pero que se fue extendiendo a todos los países miembros. La segunda línea fue el intervencionismo eugenésico, que buscaba la incorporación de los indígenas y negros a la civilización. Los países que siguieron esta línea

como Brasil, Argentina y Cuba emitieron certificados prenupciales para asegurar una buena procreación. En general todos los países miembros adoptaron políticas de inmigración, principalmente desde Europa, excluyendo a los chinos por considerárseles de raza inferior. Sin embargo en algunos países como Perú, se tuvo mayor inmigración china por la necesidad de brazos para el trabajo y porque para los europeos, ese país fue poco atrayente por su situación geográfica; al contrario del caso peruano, países como Argentina alcanzaron índices altos de inmigrantes Europeos.

Los problemas relacionados con el tratamiento de enfermedades, en especial de las trasmisibles, se trataron en las Convenciones Sanitarias Internacionales, definiendo los objetivos y estrategias que cada país debía aplicar desde la perspectiva preventiva, profiláctica y de salubridad. . Lo referente a la tuberculosis, la lepra, la fiebre amarilla, la peste, el cólera, la viruela, la sífilis y el alcoholismo, entre otro, conformaron en gran parte la línea de discusión, orientada especialmente a la prevención del contagio y la propagación. Las nuevas disposiciones de sanidad consintieron cierta estabilidad regulatoria entre la higiene y sanidad a nivel internacional. Cada país miembro tenía el firme compromiso de cumplir con las disposiciones señaladas en estas convenciones, poniendo a prueba el interés de ratificarse como un país moderno que salvaguardaba la civilización. Igualmente se esperaba que el cumplimiento de todo lo anterior, se viera reflejado en las actividades comerciales que pudieran establecerse si se cumplían los parámetros establecidos.

La interacción de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), hoy Organización Panamericana de la Salud (OPS), y los países americanos reunidos en diferentes conferencias, conformaron la voz sanitaria internacional, la cual tuvo un papel único y decisivo en materia de salubridad, y se constituyó en un punto estratégico para las relaciones comerciales entre Estados

Unidos y los países latinoamericanos¹⁷. Prevención de enfermedades, higiene de los puertos y policía sanitaria delimitaron la agenda de trabajo, ante la necesidad de protección de las fronteras; de la séptima conferencia procedió el Código Sanitario Panamericano, que no era otra cosa que el afianzamiento entre economía y mercado, enunciado en los siguientes términos:

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 facilitarían las transacciones comerciales que unen los pueblos y acrecientan su riqueza, lo cual influirá considerablemente en el bienestar social (Santos, 1931, p. 243) citado por (OPS, 2002, p. 68).

Este Código Sanitario Panamericano, según Cueto (2004), consolidó los criterios para la detección, inspección y tratamiento de las enfermedades de carácter contagioso que aparecían en los buques de los puertos, así como la expedición unificada y obligatoria de las patentes de

¹⁷ “La primera reunión de la OSP, se celebró en Washington en 1902 en donde se conformó la organización y se trazaron las pautas a seguir para el control y prevención de fiebre amarilla al igual que la sanidad de los puertos; la segunda, realizada también en Washington en 1905 formuló el primer código sanitario panamericano; la tercera reunión se realizó en México en 1907 se establecieron relaciones con la organización Internacional de Higiene pública, con sede en París; la IV en San José de Costa Rica en 1909; las discusiones se enfocaron en las enfermedades que requerían aislamiento como el cólera, peste, fiebre amarilla y fiebre tifoidea, tuberculosis y en las prácticas preventivas como la vacunación que adquirió el carácter de obligatoriedad para viruela; la quinta conferencia se realizó en Chile en 1911, estableció la importancia de contar con personal especializado en higiene y epidemiología; La sexta fue en Montevideo en 1920, se argumentó la necesidad del control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente en los puertos, la notificación obligatoria de enfermedades y se dispuso la publicación de un boletín; la séptima, celebrada en la Habana en 1924, aprobó el código sanitario panamericano: La octava conferencia celebrada en Lima en 1927, la novena en Buenos Aires en 1934” (OPS, 2002, p.30-92).

sanidad en las embarcaciones. Las definiciones de “desinfección”, “fumigación”, “aislamiento” e “incubación” (Cueto, 2004), fueron representadas y aplicadas a manera de norma internacional en todos los puertos, con la finalidad de centralizar la información y coordinar todos los temas sanitarios a través de la Oficina Panamericana.

La X Conferencia celebrada en Bogotá en 1938¹⁸, dio continuidad al trabajo de unificación de criterios para la erradicación de las enfermedades transmisibles, otorgando responsabilidades a cada país sobre el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Se fijaron objetivos concretos para medicalizar en general a la población y en particular a los puertos; según lo dicho por la OPS (2002) se buscaba: “asegurar una cooperación eficaz entre ellos para mantener activo el comercio, con un mínimo riesgo de difusión de enfermedades, especialmente en el territorio de Estados Unidos” (p. 31). Estas acciones se proyectaron en términos educativos, preventivos, asistenciales y de jurisprudencia (X Conferencia Panamericana, 1938, p. 258).

¹⁸ La X Conferencia Panamericana fue realizada en el teatro Colón en Bogotá, en 1938, del 4 al 14 de Septiembre. Fue precedida por el doctor Jorge Bejarano y acudieron a ella el presidente de Colombia: Eduardo Santos; el Ministro de Relaciones Exteriores: Luis López de Mesa; el Ministro de Educación: Alfonso Araujo; el Ministro de Trabajo y Previsión Social: Alberto Jaramillo Sánchez; el director de la OPS Hugh Cumming y el Ministro de Salubridad Pública de Costa Rica, A. Peña Chavarría. La nómina de delegados estuvo compuesta por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela. Además participaron en ella la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller, la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, la Oficina Internacional de higiene pública de Paris y la Oficina Internacional del Trabajo (X Conferencia Panamericana, 1938, p. 29).

El aspecto educativo constituyó el eje medular sobre el cual cada país debía trabajar, utilizando mecanismos de difusión para obtener mayor radio de acción. Se comenzaría por la educación del niño, seguido del de la madre y en general de la masa como población susceptible de ser educada. La prevención basada en el fomento educativo incluyó la vigilancia, identificación de casos, diagnóstico de la enfermedad, aislamiento, tratamiento oportuno y rehabilitación del enfermo.

La higiene como técnica de vida situada entre el fatalismo, el prejuicio y la salvación, se planteó en esta X Conferencia de manera explícita como la ciencia que conduciría a la humanidad hacia la “felicidad social”. Apoyada por la moral cristiana, la política y la medicina, iría inscribiendo el camino de salvación de los pueblos americanos, dada su condición de pobreza, “fragilidad racial” e ignorancia. A dichos pueblos entonces no les quedaría otro camino que seguir sus bondades y acatar las leyes que de ellas emanaban, ante los “deseos fructuosos” de construir una nación moderna: de ello hablaba el doctor Jorge Bejarano en la sesión inaugural, mencionando que:

El pensamiento profundo de los tiempos modernos, hacer de la ciencia el instrumento de la felicidad universal. Este instrumento por excelencia está en la higiene. La higiene no está constituida solamente por una técnica, o es digamos una técnica de la vida. Es también una ciencia moral y política, una sociología normativa que pone en contribución todas las ciencias que no puede dejar de servirse de la filosofía biológica y social (X conferencia Panamericana, 1938, p.38).

A su vez, estas conferencias evidenciaron la centralización del poder en los servicios de salud, como asunto estratégico para el posicionamiento de la higiene como propósito de

gobierno, que no obstante traspasaba la vida social, moral, económica y política de cada país miembro, y se imponía como norma de vida, que debía vigilar y controlar, a través del dispositivo preventivo, que reclamaba por una educación sanitaria para la conversión de un sujeto higiénico; de igual manera, la participación de nuevos actores e instituciones fue necesaria para lograr este propósito.

2.2 La prevención y la profilaxis como práctica pedagógica: hacia el gobierno de los otros

Antes de presentar la discusión sobre cómo la prevención y la profilaxis se unieron para conformar una práctica pedagógica, la cual se instauraría como gobierno de los otros, cabe aclarar la diferencia entre esos dos términos, por cuanto, cada uno se relacionó con prácticas específicas. La prevención no fue un término surgido en el siglo XX. Este procede de siglos atrás según lo documenta Rosen (1985), pero a lo largo del siglo que interesa al presente estudio, esto es el siglo XX, se fue materializado en prácticas emergentes interesadas en la higienización de la población, con el fin de prevenir el daño o lesión relacionado directamente con la enfermedad. El término profilaxis es un poco más complejo y tiende a solaparse con el primero. Para comprenderlo mejor hay que decir que proviene del griego *prophylaxis*, cuyo prefijo *pro* significa antes; *phylax* significa guardián, y el sufijo *sis* significa acción; en resumen significa establecer una vigilancia previa, no necesariamente relacionada con la enfermedad¹⁹. En las

¹⁹ La profilaxis es un concepto amplio, que se ocupa de la norma, para prevenir algún suceso no deseado que no necesariamente involucra enfermedad; tal es el caso del uso del preservativo que en principio se utilizó para prevenir un embarazo, que no está dentro de la categoría enfermedad.

<http://etimologias.dechile.net/?profilaxis>. Consultado en Octubre 29 de 2013.

prácticas médicas la profilaxis se ocupa de las normas o “buenas prácticas”, para la vigilancia de la salud.²⁰

A lo largo del periodo del que se ocupa en este trabajo, la prevención y la profilaxis, más que conceptos teóricos trazados, fueron materializadas como pedagogías que relacionaban normas de conducta y vigilancia para la salud. Así bien, se analizará en este estudio qué tipo de prácticas pedagógicas vincularon a “la higiene” como un asunto de progreso para conducir a una “higiene civilizatoria”, y cómo se constituyó su correlato para la ciencia y la nación moderna: presentándola como el camino de veridicción que todos debían tomar; igualmente se examinará la discusión trazada entre higiene, civilidad y modernidad, y cómo ello operó en el sujeto para nacionalizarlo, moralizarlo y educarlo.

Si exploramos los comienzos del siglo XX, se empieza a observar en el país una tendencia hacia la biologización de la sociedad, unida al concepto de modernización como factor de progreso, que se reorientó como una práctica de gobierno de los otros, implantada bajo la necesidad de la educación, en la cual los hechos históricos acaecidos, irían definiendo las estrategias que emplazarían un modo de ser y de hablar particular. Al respecto, en 1923 Martínez (1923) anunció por ejemplo que:

La educación cívica y social del niño tiene gran interés, sobre todo en esta época, cuando todo hace creer que llegamos a las fronteras de una nueva era en el que el concepto biológico de la sociedad ha de desempeñar tanto papel en la política como en el gobierno (Martínez, 1923, p. 29).

Ahora bien, la prevención y la profilaxis en tanto prácticas pedagógicas, fueron dispositivos utilizados en Colombia tanto en la “higiene” como en la “salud pública”, pero con

²⁰ <http://etimologias.dechile.net/?profilaxis>. Consultado en Octubre 29 de 2013.

modalidades distintas de intervención. En tal sentido, Quevedo (2004) plantea la necesidad de diferenciar la “higiene pública” de la “salud pública” para el caso colombiano, partiendo de los postulados de la medicina francesa, por cuanto fue esta corriente la adoptada por la medicina colombiana hasta bien entrado el siglo XX.

El autor referido describe cómo en Francia en la primera mitad del siglo XIX, se inició el proceso de institucionalización de la “higiene pública”, y cómo se estableció la diferencia con la “salud pública”, en los siguientes términos:

La higiene pública fue para estos higienistas, la disciplina científica encargada de la investigación de las condiciones de salubridad de las personas y la salud pública o salubridad pública, era el problema mismo de la situación o las condiciones materiales de salubridad del público (La Berge, 1984, p. 371, citado en Quevedo, 2004, p. 40).

De lo anterior podemos entender que la “higiene pública” se encargaría de los asuntos de salubridad de manera individual, y la “salud pública” de los asuntos de salubridad de lo colectivo. No obstante, la “higiene pública” y la “salud pública” se presentaron conjuntamente como el camino nacionalista, con un cuerpo doctrinal científicista definiendo la legislación sanitaria, y a través de la cual se reglamentaría a toda la población; así, la escuela, la familia en cabeza de la mujer como la principal cuidadora, el hospital u hospicio, y en general en toda la vida urbana, se comenzarían a adoptar nuevas formas para actuar higiénicamente, lo que daría cuerpo a la identidad nacional.

Como campo de saber y de poder, la salud y la higiene desde sus singularidades, se convirtieron en asuntos de gobierno ejercidos en clave biopolítica, como lo veremos a continuación.

2.3 La emergencia de un saber: entre ciencia y poder

Algunos historiadores de la medicina colombiana como Muñoz (2004), Quevedo (2004), Hernández (2002), Miranda (1989), (1992) y Abel (1996), nos recuerdan que inicialmente en el país, la medicina se basó en la razón anatomoclínica de la enfermedad (de orientación francesa), esto es, en la atención a una alteración visible de una parte específica del cuerpo. En tal sentido, los signos y síntomas se trabajaron como claros indicadores de enfermedad, so pena de corregir y aliviar cualquier indicio posible de presencia de aquella. Al respecto Foucault refiere lo siguiente:

“No hay enfermedad sino en el elemento de lo visible, y por consiguiente de lo enunciable” (...) a las formas de salud, el síntoma abandona su pasividad de fenómeno natural y se convierte en significante de la enfermedad (...) la enfermedad no es más que la colección de síntomas (...)” (Foucault, 2006^a, p. 133 -138)

Los indicadores, esto es los signos y los síntomas, se estudiaron en la semiología referida por Foucault (2006a), como analogía durante el siglo XVIII, a través de las técnicas de anamnesis, (recuento de una historia del paciente en relación a su sintomatología), observación, palpación, percusión y auscultación, (técnicas utilizadas en la actualidad). Estas fueron atribuidas a Teófilo Jacinto Laennec (1781-1826), inventor de la técnica de auscultación a partir de su *Tratado de la auscultación mediata* (Muñoz, 1947, p. 42). Dichas técnicas, junto a la producción científica acerca de la etiología, causa y propagación de las enfermedades, así como a los conocimientos de la anatomía, fisiología y la clínica, hicieron posible que en Colombia, a mediados del siglo XIX y comienzos del XX, se formaran criterios para la observación y catalogación de una persona como sana o enferma. Igualmente el sistema de catalogación sirvió de criterio para agrupar y rotular enfermedades y personas que presentaban algún indicador, con

el fin de definir su condición, y acceder a ocuparse de las medidas que evitarían la propagación de enfermedades.

Con el auge de la bacteriología y la parasitología en la segunda mitad del siglo XIX, se desplazaron las concepciones hipocráticas sobre los orígenes de las enfermedades -miasmas, pestilencias, aires pútridos- para dar paso a los descubrimientos sobre la existencia de la vida unicelular. La intervención bacteriológica y el aislamiento a través de la experimentación iniciada con los descubrimientos de Louis Pasteur y de Koch, permitió las condiciones materiales de existencia para iniciar una medicina de laboratorio, que se relacionó directamente desde la óptica celular y el estudio de la histología y patología. La adopción de la asepsia y antisepsia en cirugía, solo fue posible cuando se logró la destrucción de los microorganismos no visibles a simple vista, esto es de microorganismos que se podían observar exclusivamente través del microscopio.

El enfoque antiséptico mejoró las técnicas, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Así por ejemplo José Lister, médico inglés nacido en 1827, implementó el uso del ácido fénico - el yodo-, consiguiendo llevar las intervenciones de cirugía a condiciones favorables, para disminuir los riesgos de infección durante el acto quirúrgico (Muñoz, 1947 p. 41).

Los nuevos aportes de la ciencia y la investigación, la invención de la vacuna de la rabia y las técnicas de pasteurización generadas por Louis Pasteur, así como el descubrimiento de “bacilos y microorganismos que ocasionaban enfermedades tales como la gonorrea, el tifo, la lepra, la malaria, la tuberculosis, el cólera, la difteria y el tétano” (Abel, 1996, p. 33), dotaron a la medicina y al médico de gran prestigio, debido a los resultados positivos en el control y prevención de las enfermedades. Así pues, según Abel (1996) la ciencia llegó a considerarse “libertadora“, gracias al descubrimiento de la teoría de gérmenes en 1880 y también gracias a la

microbiología, que transformó el enfoque anatomoclínico por el de experimentación. La medicina tomó entonces para sí a la biología, la microbiología, la química y la física, para denominarse “medicina moderna”, fundamentada en la observación y comprobación de las causas orgánicas.

La observación del enfermo y la aplicación de las técnicas de valoración física, es decir el estudio de la clínica que incluía la observación de los signos y síntomas, se intensificó por la ampliación nosográfica de casi todos los órganos, llevando la práctica clínica hacia una nueva mirada de la enfermedad y en consecuencia, hacia una nueva mirada sobre quien la padecía. Se empezaron entonces a aplicar pruebas diagnósticas de laboratorio para detectar bacterias y bacilos; así mismo, se implementaron técnicas de aislamiento y encierro como medidas preventivas para evitar el contagio a personas sanas.

Los tratamientos profilácticos como la vacunación masiva implementados para evitar brotes de enfermedades, fueron impuestos a la población con carácter de obligatoriedad, y la población fue impelida a cumplir todas las disposiciones emitidas por las Juntas de sanidad. Igualmente, todo estado personal de salud que no fuese compatible con el proyecto modernizador, se vio como un riesgo social y nacional susceptible de someterse a aislamiento, vigilancia y experimentación.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante decir que el enfoque médico Colombiano, pasó de una anatomoclínica a una medicina de experimentación. En tal sentido, hubo desde un auge por la utilización del microscopio como instrumento para buscar virus y bacterias causantes de las enfermedades, hasta la implementación de las vacunas como modos efectivos de prevenir las enfermedades. Todos estos factores, permitieron que en Colombia se iniciara la gran campaña de higienización puesta en marcha en el siglo XX, la cual fue posible a través de implementación

de la higiene pública, en concordancia con las reformas y reorganizaciones de las Juntas de Higiene.

A partir de esas transformaciones, igualmente tuvieron lugar dos cambios importantes en cuanto a la medicina colombiana se refiere. El primero fue la reestructuración del plan de estudios de la carrera de medicina, el cual tuvo lugar entre 1880 y 1904, y del que se esperaba que su aplicabilidad estuviera acorde con las nuevas posturas y visiones médicas y científicas. El segundo fue la emergencia de la profesionalización de la carrera de enfermería, iniciada en 1903 e institucionalizada en 1920, la cual surgió debido a la necesidad de contar con personal de apoyo al gran proyecto nacional citado anteriormente. No obstante lo anterior, según comenta Miranda (1992), estos nuevos planes y proyectos apenas si esbozaron una medicina de laboratorio.

Sobre estos asuntos en particular, Abel (1996) describe cómo el pensamiento de la medicina francesa, la cual tuvo una fuerte influencia en la práctica médica colombiana, sirvió de base para posesionar la profesión médica como una institucionalidad de prestigio y de élite, encarnada en unos médicos en ejercicio profesional quienes: “adoptaron una visión europea desde la ciencia como fuerza “civilizadora” y como motor universal del cambio” (Abel, 1996, p. 31). Igualmente menciona dicho autor que hacia los años 30, la influencia de la medicina norteamericana desplazó a la francesa, a partir de una discusión sobre la pertinencia del enfoque anatomopatológico frente al experimental o de laboratorio. Esta influencia norteamericana, según Miranda (1995): “se evidencia cuando comienza la preocupación por las enfermedades tropicales y problemas de salud pública, unidas a un comercio internacional y a una economía agroexportadora” (p. 263).

En este orden de ideas, hacia comienzos del siglo XX Colombia entró por el rumbo de la modernización, con un saber expansionista que colocado en un régimen de verdad, se hizo necesario e incuestionable. Fue precisamente la práctica médica con sus nuevas orientaciones, la que asumió la tarea medicalizadora, apoyada por la enfermería que apenas se consolidaba, constituyendo un poder sobre la vida de las personas. A continuación, se describirá cómo se llegó a esto, indagando desde los acontecimientos históricos que marcaron un giro, una ruptura o una continuidad, y haciendo un análisis desde la interioridad y exterioridad de los discursos y las prácticas médicas.

2.4 Rumbo a la modernización. “Dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública en toda la nación”

El proceso de modernización que tuvo lugar en Colombia a comienzos del siglo XX, no fue un hecho aislado, ni estuvo definido por una fecha o suceso determinado; este surgió a partir de varios acontecimientos, y de la combinación de intereses, políticas, voluntades e imposiciones, entre otros factores que lo hicieron posible. Igualmente los sucesos ocurridos durante el siglo anterior, tuvieron incidencia en ello. Vemos por ejemplo que la industrialización emergida en el siglo anterior, aunque estaba representada por monopolios de terratenientes que cumplían su rol civilizatorio, pero ellos eran sumamente dependientes del mercado, la economía y mano de obra. Así, la industrialización no se pudo concretar en su totalidad en Colombia, debido al mercado reducido, la falta de vías de comunicación y baja producción, la cual se encontraba supeditada a la mano de obra campesina (Kalmanovitz, 1985):

(...) los intentos de organización manufacturera en Santa Fe y Pacho, de siderurgia, loza y vidrio, papel, textiles, jabón, velas, fósforo y harinas, fracasaron desde sus inicios.

(...) ya en 1850 antes de comenzar la etapa librecambista, todas estas industrias enfrentaban serios problemas y muchas habían quebrado (Kalmanovitz, 1985, p. 125).

Al parecer, la falta de un proletariado en Colombia fue uno de los problemas para la prosperidad de las industrias. Según lo acota Kalmanovitz (1985), la carencia de individuos “mecanizados” y “rutinizados” para trabajar largas horas, fue una realidad en el país. También lo sería la falta de educación básica en lenguaje y matemáticas; estos fueron aspectos que hicieron que algunas industrias como las de herrería, tuviera que contratar personal extranjero, en su mayoría franceses e ingleses, con la desventaja de tener que pagar salarios altos. Hechos como este continuaron sucediendo durante el siguiente siglo. Así lo dejaba ver por ejemplo el doctor Laurentino Muñoz, de la Sociedad de Agricultores de Colombia, quien en una conferencia dictada en 1940 pronunció lo siguiente:

Conseguir un simple obrero, cumplido y de buen rendimiento, es tan difícil como conseguir un técnico en petróleos o en minas, a pesar de que hace 50 años funciona la escuela Nacional de Minas en Medellín; así en otros campos (...); (...) sin embargo la mayor calamidad que sufre la Republica es la ineptitud del hombre para el trabajo, esta afirmación se comprueba con un análisis del trabajo, la educación y la justicia en nuestro país (Revista de Higiene, 1940, p. 5)

Para el siglo XIX, las relaciones económicas y de producción fueron tensas en tanto que diversos factores estaban en juego. Por una parte, lo estaba la esfera productiva con el auge agro exportador, con sus quiebres y altibajos; la introducción de capital norteamericano para impulsar la industria del café, el petróleo y el banano y la avidez de ganancias, que promovió la circulación de mercancías y tierras. Por otra parte, estaban las relaciones entre terratenientes y

campesinos; las características serviles y de sometimiento de esas relaciones, y los fracasos agroexportadores.

Si bien “el auge tabacalero hacia 1870, impulsó el progreso de algunas zonas (Girón, Palmira, Carmen de Bolívar, Ambalema y el desarrollo urbano en Bogotá), incidió negativamente sobre la actividad artesanal” (Kalmanovitz, 1985, p. 208), y su desplome hacia 1875, desboronó la hegemonía liberal, y dio paso al proyecto de regeneración propuesto por los conservadores en cabeza de Rafael Núñez.

Dicho proyecto de regeneración se plasmó, según Tirado (1983), en la constitución de 1886, y al respecto comenta Melo (1989) que este definió aspectos estructurales del proyecto político del país, a partir de una unión Republicana, liderada en su momento por el presidente Rafael Núñez. Su objetivo era la centralización radical del poder político, por cuanto los diferentes poderes legislativos y de la iglesia católica, requerían de una fuerza generada a partir de la utilización de la religión y la educación para el control social. En ese mismo sentido, se impondría también el poder del estado para velar por la salud del pueblo (Miranda, 1989).

Las características principales del mencionado proyecto fueron para Melo (1989), la centralización del poder extremo; la exclusión de la oposición al poder público; la “tutela ideológica” por parte de la iglesia católica como fuerza política central; la restricción del sufragio en algunos departamentos como Cundinamarca y Santander, sólo para los que supieran leer y escribir; la pena de muerte; la legislación por seis años, además del control y vigilancia de expresiones como la prensa. Al respecto de esto último, una ley expedida el 15 de Diciembre de 1898 por el Congreso de la República, rezaba en su artículo primero: “La prensa es libre en tiempo de paz, pero responsable con arreglo a las disposiciones de la presente ley” (La Voz de Job, 1904).

La nueva constitución se presentó entonces como el camino para resolver los problemas que enfrentaba el Estado, buscando zanjar asuntos como la “(...) disminución del federalismo, eliminación del conflicto entre iglesia y estado y establecimiento de un sistema político que pudiera garantizar la paz y el orden” (Melo, 1989, p. 7). No obstante, la tensión bipartidista entre liberales y conservadores, acrecentó las disputas que llevaron al desencadenamiento de varias guerras civiles, entre las cuales la más importante fue la guerra de los mil días, la cual tuvo lugar entre los años 1899 y 1902²¹.

Dicha guerra significó la derrota para los liberales,²² en términos de los intereses que estaban en juego. Para el profesor Álvarez (2010a), “esta disputa por el control de la nación, se constituyó sobre la fractura representada en las diferentes posiciones de partido” (p, 25); mientras eso ocurría, la pérdida de Panamá²³ en 1903, tuvo grandes repercusiones económicas para el país ya devastado por la guerra. Dos puertos de alta actividad mercantil y un canal

²¹ Una nueva reforma previa a una asamblea nacional constituyente; contó con mayor representación popular y liberal en la cámara del congreso, mientras que el senado continuaba polarizado por el poder ejecutivo de Reyes; La reforma sustancial se dio en el orden de la supresión de la pena de muerte, libertad de prensa, acortar el periodo presidencial a 4 años, y la supresión de la potestad de hacer acuerdos internacionales, éstos debería pasar por una aprobación del congreso, ampliación del sufragio universal, pero continuaban las restricciones para los analfabetos. (Melo, 1989; 6).

²² “ El liberalismo aparece como impulsador del comercio internacional y como promotor de la libre iniciativa al máximo, para lo cual aboga por el debilitamiento del Estado central, pero en cierta medida recoge también las presiones regionales de soberanía de los terratenientes” (Kalmanovitz, 1985; 217).

²³ “La superficie territorial de panamá mide 826 miriámetros cuadrados; de éstos 361 son poblados (...) la raza blanca está en minoría de un 4 por 100; la Africana y la negra constituye casi la totalidad de sus habitantes”; en cuanto a su administración política consta de 56 Municipios y 300.000 mil habitantes. (Periódico Patria; 1903)

interoceánico en construcción, fueron pérdidas económicas importantes tanto para el proyecto del canal, como para la superficie territorial, y para sus moradores como mano de obra. Sin embargo, los intereses políticos y económicos que se inclinaban hacia Estados Unidos, impidieron una respuesta de ataque ante este suceso (Melo, 1989), (Kalmanovitz, 1985), (Mejía, 1983) (Márquez y García, 2006) (Miranda, 1989).

Varios autores coinciden en afirmar que, una vez terminada la guerra de los mil días, y luego de la pérdida de Panamá, el país devastado comenzó a reconstruirse a partir de la idea de nación, con apertura de mercados, aplicación de estrategias modernizantes, y reformas estatutarias en el sector de la salud. Por otra parte, aunque las nuevas reformas a la constitución aminoraban los enfrentamientos bipartidistas, ello no significó que estos hubieran desaparecido²⁴. Así por ejemplo, las premisas políticas se daban en torno a la afiliación política, como el camino a la verdadera emancipación; al respecto, un periódico liberal mencionaba siguiente:

Al hablar el partido liberal, el lenguaje de la independencia liberal nacional y ceñir la espada de la defensa de su Patria, pretende y entiende enfrentarse a su enemigo con la

²⁴ Al respecto Londoño (1989) comenta lo siguiente: después de la guerra de los mil días y la pérdida de Panamá el país quedó en pésimas condiciones fiscales, comerciales y de escasez en la comunicación, el desempleo y la inseguridad se encontraba en todas partes, y hace la siguiente citación sobre un comentario del vicepresidente Marroquín en 1898: “ los odios, las envidias, las ambiciones dividen los ánimos; en la esfera de la política se batalla con ardor, pero menos por conseguir el triunfo de principios que por hundir o levantar personas y bandos; la tranquilidad pública indispensable para que cada ciudadano pueda disfrutar a contento del bienestar que deba a la suerte o al trabajo nos va siendo desconocida; vivimos una vida enfermiza; la crisis es nuestro estado normal; el comercio y todas las industrias echan de menos el sosiego que han menester para ir adelante. Nuestros disturbios políticos han hecho que se confunda o se anule la noción de patria (...)” (P313).

dignidad del hombre libre. El soldado liberal no llevará en su morral otra carta de esclavitud a la ley. El ciudadano liberal confía en la lealtad del gobierno, el gobierno debe confiar en la del ciudadano libre, no en el servilismo de un esclavo. Este es el verdadero lazo de unión entre partidos y gobierno; es la unidad Patria (Periódico Patria, 1903)

Al respecto, Álvarez (2010a) plantea que el propósito de conseguir esa unidad Nacional, “de una parte estuvo marcado por proyectos ideológicos, políticos y económicos y de otra se enunció a partir de los proyectos educativos (...) en la escuela” (p. 24). Para Pécaut (1987) quien es citado por Álvarez (2010a), lo social contribuyó a la legitimidad del Estado y determinó la política que este debía seguir

Igualmente la economía expansionista y la modernización comenzaron a marcar el rumbo por el que el país debía seguir. En ese contexto, el discurso de la salud emergente con sus nuevas orientaciones anatomoclínicas y de experimentación, cobraron fuerza, junto a la necesidad de fomentar ciudadanos higiénicos, disciplinados y de raza fuerte, que apoyaran el trabajo de producción de las nuevas fábricas nacionales. Igualmente se enfatizó en la necesidad de contar con brazos suficientes para la siembra, la cosecha y el trabajo de producción en serie, pues desarrollo económico estaba asentado principalmente por la industria agraria y pastoril. También era claro el interés norteamericano de inversión, y a su vez el interés de los legisladores por concretarla... En esas condiciones, en las que poco a poco el mercado interno se expandía, “el problema de brazos” se hizo un problema económico realmente serio (Kalmanovitz, 1985, p. 245).

Entre 1903 y 1929, el Estado comenzó a recibir rentas derivadas de la expansión cafetera, la más importante en razón a su representatividad agroexportadora. Igualmente, empresas cimentadas en el capital extranjero, tal como la United Fruit Company, ingresaron al país

apropiándose de terrenos propios para la siembra, y construyendo monopolios en la región, con el apoyo de las autoridades locales. Particularmente la United Fruit Company, instauró medidas arbitrarias de persecución y muerte a los trabajadores que intentaban exigir sus mínimos derechos; en palabras de Kalmanovitz (1985):

La prepotencia de la compañía sobre el medio local era absoluto; despreciaba la legislación colombiana y aplicaba sus arbitrarias medidas en materia de posesión de tierras, contratos de trabajo, exportaciones, impuestos, comercio, educación y vivienda. Surgía una economía capitalista “moderna”, de enclave en un medio social pre capitalista que debe construirse su propia infraestructura e imponer su ley y su orden (...) (Kalmanovitz, 1985, p. 251).

En términos generales, se puede decir que la emergencia de una sociedad capitalista, con un Estado en transición hacia un régimen de Regeneración, se esbozó, manipulado por intereses y orientaciones bipartidistas, y estuvo influenciado por corrientes norteamericanas y europeas, que pretendían imponer a sus pobladores la necesidad de cambio social, para llegar a una sociedad europeizada, semejante a una sociedad higiénica, libre de mugre y suciedad, y con una marca de superioridad dirigida por la senda del progreso. Según lo dicho por Tomás Carrasquilla (1953) quien es citado por Londoño (1989) al respecto sucedía precisamente lo siguiente:

(...) junto a un pisaverde en traje parisién, una india asquerosa, de sombrero de caña y mantenilla que fue de paño; junto a damas elegantísimas, la montonera de chinos andrajosos y mugrientos; junto al landó, tirado por hermoso tronco de caballos y conducido por cochero de guantes y sombrero de copa, el carro de basura o los burros (p. 45).

En esa misma dinámica, un nuevo régimen de verdad empezaba a ocupar la vida de los colombianos, de tal modo que fue necesaria la organización de nuevos estilos de vida, que se irían vinculando con las exigencias del orden mundial. En tales circunstancias, la medicina llamó al cambio desde la educación, con una dinámica respaldada en prácticas con orientación pedagógica, que abarcaban normas de vida e imposición de costumbres. La pedagogía aplicada iría por el camino de una práctica de asistencia en la higiene, con control y prevención de las enfermedades transmisibles que se volvieron de notificación obligatoria; así como con la vacunación obligatoria y la higiene de la ciudad y el saneamiento de los puertos tanto marítimos como terrestres, debido al interés económico de fortalecer la importación y exportación de productos.

La gran reforma adoptada en 1887 en el sector salud, recogió en gran parte una forma centralista de intervención dentro de la cual se creó, mediante la ley 30, la Junta Central de Higiene y las direcciones departamentales (Restrepo y Villa, 1980), (Hernández, 2002) (Quevedo, 2004). Las leyes expedidas posteriormente, reorganizaron la higiene pública a partir de la dirección, la vigilancia y la reglamentación, para lograr mayor control y cobertura departamental, municipal y de comisariato; tal fue la ley expedida en 1913, que creó el Consejo Superior de Sanidad y reorganizó la higiene pública y privada, estipulando una clara división de lo público y lo privado, lo cual no quiso decir que antes no existiera esa división, sino que con esta ley se institucionalizaba²⁵.

²⁵ Esta discusión, Mario Hernández la plantea en su estudio sobre la salud fragmentada en Colombia; el autor describe la manera como el ejercicio médico privado fue incursionando en Colombia y se comienza a establecer claras diferencias entre medicina pública y privada: la medicina pública para los pobres y la medicina privada para los ricos, además discute el ejercicio mismo de la profesión que apoyado en la ciencia, no se discute su

En este sentido, el servicio de higiene como institucionalidad concreta, ejerció en el país la organización y dirección de la higiene de la nación, la cual estaba a cargo de un director nacional con amplias facultades para gobernar todo un proyecto de vida nacional. Un informe presentado por el doctor Julio Aparicio, Delegado de la República de Colombia en la Octava Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana, celebrada en Lima en 1913, documenta que los principales objetivos del servicio de higiene, se encaminaban a dirigir las campañas sanitarias, y a reglamentar el servicio de policía sanitaria de los puertos marítimos y fluviales, junto con el servicio médico de sanidad en todos los puertos.

Así mismo, las disposiciones que dictaba dicho servicio tenían fuerza de ley, y ni el presidente de la República ni los ministros, podían improbar ninguna de sus disposiciones; solamente el poder judicial tenía la facultad o el derecho de suspenderlas, si no estaban ceñidas a la ley. En cada uno de los 14 departamentos y de las 3 intendencias en que estaba dividida la nación, existía un director de higiene que dependía del director nacional, era nombrado por éste, y dirigía de acuerdo con él los servicios de sanidad de su respectivo departamento o intendencia.

Por su parte, los médicos de sanidad los cuales también eran dependientes de la dirección nacional, se ocupaban en todos los puertos de asegurar el cumplimiento de las convenciones sanitarias internacionales y vigilaban la higiene de los puertos. Así, las obras de sanidad en éstos, se efectuaban con la intervención de médicos y de ingenieros sanitarios.

Posteriormente en 1925, se modificó la organización de la dirección nacional, colocando bajo su dependencia todo lo relacionado con la asistencia pública en toda la nación, y creando dos servicios muy importantes: el de estadística vital y el de ingeniería sanitaria. La dirección

veridicción, por el contrario daba un estatus de superioridad al punto de que los estudiantes de medicina consideraban a sus profesores “sabios”.(Hernandez,2002;56-67).

nacional de higiene y de asistencia pública, quedó dividida en dos secciones, de acuerdo con la Octava Conferencia Panamericana realizada en Lima en 1913, así:

Primera: higiene general administrativa que comprendía:

- a. Reglamentación de la higiene urbana y rural.
- b. Ingeniería sanitaria. Provisión de aguas potables, alcantarillados, pavimentación, desagües, etc.
- c. Inspección de las sustancias alimenticias, de las drogas y demás medicinas; reglamentación de la producción y expendio de bebidas, y especialmente de las fermentadas, alcohólicas y destiladas.

Sanidad de los puertos. Policía sanitaria.

- d. Profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas y campaña contra las epidemias.
- e. Campañas sanitarias para combatir el paludismo, la anquilostomiasis, el pián, amibiasis, etc.
- f. Epidemiología. Estadística demográfica y nosográfica de la república (estadística vital).
- g. Higiene escolar.
- h. Reglamento de las industrias peligrosas para la salud.
- i. Reglamento del servicio de vacunación
- j. Laboratorios oficiales biológicos en general.

Segundo: asistencia pública nacional que comprendía:

a. Inspección de hospitales, asilos, hospicios, orfanatos, gotas de leche, salas-cunas, consultorios gratuitos, dispensarios, casa de salud y demás establecimientos de estas clases, sean oficiales o particulares.

b. Protección de la infancia y servicios relacionados con ella.

c. TBC, enfermedades venéreas, alcoholismo toxicomanías.

d. Inspección médica de las escuelas y colegios, tanto públicos como privados.

e. Habitaciones para obreros y para las clases pobres.

f. Inspección técnica de higiene (servicios sanitarios de las habitaciones, casillero sanitario, etc (Octava conferencia Sanitaria Internacional Panamericana, Lima, 1913, p. 74)

Esta reorganización nacional de la salud, reglamentaba la higiene de la ciudad y la higiene rural, desde los aspectos de protección, inspección y asistencia; por su parte, la profilaxis incluyó la higiene individual y la higiene social. Bajo estas perspectivas, la institucionalización de la práctica médica en Colombia²⁶, guiada por los máximos de ley: “dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública en toda la nación”, encauzaron las alternativas y propuestas de trabajo de la medicina colombiana, representada en su momento por médicos graduados, quienes iniciaron un proceso centralizado en intereses científicos y profesionales, y a su vez, se constituyeron como órgano consultor del gobierno en materia de salud.

²⁶ En 1868 se institucionaliza la medicina en Colombia con la apertura de la universidad Nacional de los estados unidos de Colombia y la Escuela de medicina; antes de esa fecha, la ley del 15 de Mayo de 1850 suprimió las universidades y los ejercicios con título profesional, por tanto los pocos médico titulados en el país provenían de formaciones extranjeras con predominio de Francia, en donde se consideraba a París como “el cerebro del mundo”. (Miranda, 1989; 259).

Fue así que los conocimientos de anatomoclínica traídos de Europa, irrumpieron en Colombia durante este periodo a través de la higiene social, con la cual, en palabras de Márquez y García (2006):

La medicina institucionalizada pasa a participar activamente en el nuevo orden social, colaborando en el proyecto de modernización: sanciona los valores culturales, patologiza hábitos, justifica su saber y el uso de nuevas tecnologías, medicaliza espacios, diseña biopolíticas y desarrolla una cultura de higiene (p. 48).

La salud y la enfermedad como binomio activo, se incluyeron en los ideales y propuestas legislativas, dotando un ámbito pedagógico, dentro del cual se desprendieron diversas modalidades de intervención. Pese a que todo este movimiento de higienistas giró en torno a intereses económicos y políticos, por parte de algunos sectores, la medicina sirvió de soporte para colaborar con el nuevo proyecto en el país que se estaba instaurando.

Los conceptos de eugenesia, unidos a la idea darwinista del mejoramiento de la raza para la construcción de la nación,²⁷ así como la higiene y la civilización, fueron los baluartes pedagógicos de apoyo, para incrustar en las mentalidades colombianas los contenidos simbólicos que irían cambiando las costumbres y modos de ser de campesinos y labriegos en obreros y asalariados, apoyados los primeros por el estigma de la enfermedad, el vicio, la pereza y la ignorancia, y los segundos por la higiene, la disciplina, el trabajo y las letras.

²⁷ Estos temas se estudian ampliamente, aunque con distintos énfasis y desde aristas diferentes, con los siguientes autores; Álvarez, Alejandro (2010); Armus, Diego. (2004); Jilmar, Carlos (2001); Herrera, Ximena (2011); Herrera, Martha Cecilia. (2001); Noguera, Carlos (2003); Pedraza, Sandra (2001); Márquez, Jorge y García, Víctor. (2006); Noguera, Carlos (2004); Klaus Runge, Andrés. et al. (2005); Christopher, Abel (1996); Quevedo, Emilio (1990); Hernández, Mario (2002).

En el siguiente apartado, veremos cómo se llegó a ello y las condiciones que hicieron posible la ejecución de la prevención y la profilaxis junto con el movimiento higienizador, configurando una forma de “gobierno de los otros”, para cambiar la forma de ser y pensar de la sociedad colombiana durante el periodo de estudio; esto, con una clara finalidad de llevar el país por el camino de la modernización.

2.5 Configuración de un saber del cuidado. El sujeto higiénico

Durante el periodo específico que trata este capítulo, los principios que gobernaron el cuidado de la salud fueron regidos por preceptos higiénicos y científicos, los cuales delimitaron el progreso nacional a partir de la estipulación de parámetros, que llevarían a la implementación de mecanismos efectivos para prevenir las enfermedades. Estas a su vez se convirtieron en la principal preocupación, acaparando la mayor parte de trabajo del estado y de la medicina. No obstante, para iniciar una “lucha” masiva que penetró de forma particular a cada individuo en sus diferentes fases de la vida y roles sociales²⁸, se requirió, por su complejidad y la amplia cobertura que implicaba, la ayuda de otros saberes y profesiones para intervenir a la población, de forma que, en palabras de Pedraza (1996): “se afianzaba el discurso preventivo de la higiene a la vez que inculcaba la diferenciación, el aislamiento y la repulsión de los enfermos” (p. 146)

La enfermedad confinada a la deshora de la pobreza e ignorancia, fue atacada por la higiene para conformar un cuerpo pedagógico, que guiaría el porvenir de la nación y se constituiría en un marcador del grado cultural. Tal hecho se evidencia por ejemplo, en el tipo de afirmaciones que aparecían en una revista de orden Nacional, en la que se decía lo siguiente:

²⁸ Lactante, niño,(sano, enfermo, escolarizado), mujer (madre, materna, esposa, prostituta), hombre (trabajador, delincuente, alcohólico, vago), entre otros,

(...) la grandísima importancia de la higiene, que bien pudiera resumirse en los conocidos proverbios de "prevenir vale más que curar" y "es más fácil prevenir un incendio que apagarlo; es, además, (...) el índice que marca el grado de cultura de una nación, porque sólo los pueblos sanos podrán tener grandes realizaciones en el porvenir (Revista Alma Nacional, 1935, p. 353)

En este escenario, los pobladores se vieron enfrentados a la emergencia de la urbanización, la industrialización y el requerimiento de mano de obra; igualmente, una vez se inició el gran auge agro exportador, la creación de nuevas industrias y de vías de comunicación y la apertura de mercado, la necesidad de una práctica pedagógica que lograra la instrucción necesaria para realizar tareas ahora de orden industrial y fabril, fue una prioridad, pues se requería personal no solamente fuerte y sano sino también, entrenado y adiestrado. En ese contexto, la tarea higienista se complejizó, porque se pretendía que los trabajadores no solo fueran fuertes, sino también disciplinados e instruidos. En tal sentido, fue fundamental la instrucción en letras e higiene; no obstante, también se partió de la tesis de la necesidad de regenerar la raza, e intervenir en la miseria la enfermedad y desnutrición que aquejaban a las masas populares, calificativo dado a los pobres. Para ello se requirió de la ayuda de otros profesionales, dada la tendencia a acometer desde los aspectos preventivos, campañas que movilizaron con vigor los preceptos higiénicos.

Dentro de las profesiones y saberes que se reconocieron como importantes durante este primer periodo de estudio, en el apoyo al proyecto de higienización, se destacan la epidemiología, la estadística, la microbiología, la ingeniería sanitaria y la enfermería. Esta última se abordara con detalle posteriormente, y se mostrará que ella tuvo un papel central, debido a que su práctica constituyó un elemento clave de enlace entre el médico y el sujeto a higienizar.

Por otra parte, es necesario decir que la higiene y su práctica tuvieron un papel protagónico en la vida de las personas; su pedagogía se extendió no sólo a los aspectos físico-somáticos, sino también a lo intelectual y moral. Todo debía estar perfectamente higienizado, libre de virus y bacterias; había que formar un sujeto higiénico, que legitimaría la identidad nacional y a su vez sería su soporte. Así por ejemplo, en 1900 la *Revista Militar* publicó las diez máximas de higiene en los siguientes términos:

1a. Higiene general: levántate temprano, acuéstate temprano y ocúpate durante el día.

2a. Higiene respiratoria: el agua y el pan alimentan el cuerpo, el aire y el sol son indispensables para la salud.

3a. Higiene gastrointestinal: la sobriedad y la frugalidad son el mejor elíxir de larga vida.

4a. Higiene de la piel y los poros: la limpieza preserva de la carcoma; las máquinas más limpias son las de más duración.

5a. Higiene del sueño: moderado descanso repara y fortifica; demasiado descanso debilita.

6a. Higiene del vestido: el vestirse bien consiste en conservar el cuerpo con la libertad de movimiento y el calor necesario.

7a. Higiene de la habitación: la casa limpia y alegre hace el hogar agradable.

8a. Higiene moral: el espíritu reposa en las distracciones del entendimiento; pero el abuso engendra la pasión, y la pasión el vicio.

9a. Higiene Intelectual: la alegría hace amar la vida, es el 50 por 100 de la salud; por el contrario, la tristeza y el abatimiento adelantan la vejez.

10a. Higiene profesional: ¡Vives con el producto de tu inteligencia!, No dejes aniquilar tus brazos y piernas. ¡Ganas la vida con la labor de tus brazos! No olvides adornar tu inteligencia y engrandecer tus pensamientos! (Boletín Militar, 1900, p. 32)

Los microbios eran en suma, los agentes causales que se encontraban en todas partes: en el suelo, el aire, el ambiente, la casa, la escuela, etc. Los habitantes pobres que se encontraban en condiciones de enfermedad, podrían ser catalogados, confinados y transformados, sobre la base de las reglas que se debían aplicar a la vida diaria para obtener un máximo de bienestar:

El temor al contagio microbiano trajo consigo aire, luz y sol, pero también reclusión, aislamiento y circunscripción; plasmados primero en sanatorios o leprocomios y más tarde en las propuestas de zonificación de la prostitución y los expendios de chicha o en las de la planeación urbana (Pedraza, 1996, p. 208).

Con relación a la higiene y la profilaxis, igualmente en la *Revista Cromos* se señaló textualmente lo siguiente:

(...) Con la higiene y a la profilaxis hoy, se pueden detener las epidemias y se disminuye el número de infecciones poniendo en práctica las nociones científicas que sobre la patogenia de las enfermedades nos enseña la higiene moderna. Cumpliendo con las reglas higiénicas en la familia, la escuela, el cuartel, el taller, etc. (...) (Revista Cromos, 1916, p. 24)

La emergencia de un sujeto higiénico dotado de ciertas habilidades y conocimientos para atender la higiene del cuerpo, así como su vestido, habitación, costumbres, y lo relacionado con su moral, lo intelectual y lo profesional, fueron asuntos que requirieron ser enseñados como un contenido fundamental en la estructura de la higiene moderna. Para llegar a su conformación, se ejerció un poder sobre los otros como acto punitivo, con la presunción de modificar

comportamientos y normas de higiene, y a su vez se constituyó en la manera subordinada de seguimiento a los preceptos de la higiene, que operaron bajo las nociones de aseo y limpieza:

El aseo y la limpieza son la base de la higiene. Tanto la limpieza como el aseo fortifican y embellecen. (...); (...) El aseo del vestido viene después del cuerpo. La limpieza del vestido nos conviene tanto por motivos de salud como porque nos hace presentables y nos permite gozar de la buena sociedad. (...) Los piojos y microbios aman los vestidos sucios, como todo lo que es mugroso e impuro (...) (Martínez, 1992, p. 14-15).

Suciedad y mugre se colocaron al mismo nivel que impureza e inmoralidad. Aunque eran dos categorías distintas tanto en su taxonomía como en su significado, se esperaba, a través de estas analogías, instaurar un régimen de verdad, con una representación ligada a la higiene como una ciencia de la vida, haciendo necesaria la prevención a toda costa, para dar forma y legitimidad al nuevo discurso derivado de los principios biológicos y unicausales; todo lo anterior, con el fin de proveer los medios para gestar en cada ciudadano, su nueva condición ahora moderna y nacional .

Bajo esta perspectiva, se hizo necesaria una práctica de tipo pedagógico que diera cuenta de esos asuntos. La medicina recurrió a la prevención y la profilaxis, como el único camino posible de salvación para lograr un estado de salud aceptable, puntualizando su atención en el mejoramiento de las necesidades elementales, que ligadas al progreso, prepararían al hombre para cumplir su función activa en la sociedad:

No es simplismo y, antes bien, es un deber repetir que las necesidades elementales de que hablamos, son: alimentación, habitación, vestido y educación. Si conocemos el estado de un pueblo o sus costumbres respecto a la alimentación y la habitación, podemos

afirmar que tenemos los fundamentos para apreciar su grado de progreso y superación (Revista Anales de Economía y Estadística, 1942, p. 15)

Normalizar y guiar las conductas del pueblo bajo formas de gobierno, fue tarea trazada también por los legisladores, como condición necesaria para avanzar por el camino a la civilización y el progreso. Un testimonio de esta postura se puede leer en una carta enviada por el doctor Mariano Ospina Pérez en 1934, al doctor Arturo Robledo, Superintendente de las Instituciones de Utilidad Común, en la cual se habla de lo referente a la necesidad de iniciar campañas sanitarias rurales, contra las enfermedades antianémicas y antipalúdicas:

Frecuentemente vemos en la prensa de nuestro país aquello de que “gobernar es prever” “gobernar es poblar”, “gobernar es ferroviar” y seguramente la más sensata de estas frases, “gobernar es educar”; sin embargo, si en nuestro país yo diría que “gobernar es sanificar”, dando a este último vocablo el mayor sentido moral y material en relación con el elemento humano, siendo esta expresión una consecuencia lógica de aquella más amplia de “gobernar es servir”. (...) Pero con un pueblo minado por mortales enemigos, con trabajadores débiles física e intelectualmente, no es posible llevar a cabo plan alguno de racionalización y de manejo científico del trabajo, lo cual, sin embargo, es condición indispensable para avanzar en el camino de la civilización, del progreso y de la democracia” (Robledo, 1934, citado en Muñoz, 1935, p. 16).

Igualmente la higiene fue definida en 1935, por el doctor Abelardo Arango, profesor de la Escuela Normal de Instructores de Antioquia como: " el arte de vivir en plena salud".; a partir de este postulado, dicho personaje propuso lo siguiente: “Dos cosas se propone la higiene: primero, evitar las enfermedades e impedir su propagación cuando se presentan, lo que se consigue por

medio de la profilaxis; segundo, procurar que el cuerpo y el espíritu adquieran su máximo desarrollo” (Revista Alma Nacional, 1935, p. 353).

Para concluir este numeral, es importante decir que, según estos planteamientos, no solo estaríamos enfrentados al problema de cómo se ejerció la conversión a un sujeto higiénico, bajo qué modalidades de enunciación y bajo qué estrategias, sino también, respecto a la eficacia entre quienes gobernaban y quienes era gobernados²⁹, puesto que estas dos fuerzas, se unían y complejizaban, en la medida en que la autoridad ejercida por el gobernante, lograba la aceptación y conversión a este nuevo régimen de verdad: el ser un sujeto higiénico. Lo anterior, pensado desde la racionalidad política de este periodo, la cual se orientó principalmente en la determinación de una conducta higiénica de los individuos, en sus diferentes esferas de la vida individual y social y en sus estados de salud-enfermedad; también en el sentido en que esta conducta higiénica, vigilada y controlada a través de la educación higiénica, reglamentó ciertamente los comportamientos del sujeto como objeto a higienizar, tema que será tratado con mayor detalle más adelante.

En torno a esta reflexión, se puede decir entonces que la emergencia de un sujeto higiénico, se hizo necesaria por varias razones: la primera, como la posibilidad científico reflexiva que ejerció la medicina para dejar la supuesta ignorancia, que se debatía entre la instrucción y la higiene, con el fin de entrar a las puertas de la civilización; la segunda, por la

²⁹ En esta óptica Foucault (2006), en su Curso en collège de France (1977-1978), se refirió a las diferentes posiciones del Estado como arte de gobierno en los siguientes términos; un estado administrativo basado en reglamentos y disciplinas; un estado de gobierno determinado ahora por la masa de la población y el territorio y un Estado de gobierno que le corresponde el saber económico, por lo cual está permanentemente controlado y vigilado por los dispositivos de seguridad (p137).

necesidad de contar con brazos fuertes y sanos para el trabajo, condición requerida en el nuevo reordenamiento económico nacional; la tercera, porque el desarrollo capitalista moderno demandaba población disciplinada, mecanizada e instruida, para responder a los proyectos agro exportadores; por último, por la importación cultural europea, que exigía otras formas vida más modernas.

En el siguiente apartado se mostrará entonces, cómo en Colombia la “carga de la enfermedad” fue asumida por el saber médico, dentro de un proyecto higienizador de grandes proporciones, y cómo entre la condena, la sospecha y el pecado, se demarcó un nuevo rumbo para la intervención y el reordenamiento de la población.

2.6 Las enfermedades en Colombia: una amenaza para la nación

Durante el periodo que comprende la década de 1920 hasta la de 1937, la enfermedad como fenómeno complejo, tuvo un gran impacto social, político y económico en el país. En dicha época, aquella se vio como una amenaza al proyecto civilizatorio y moderno, el cual era una realidad matizada por las relaciones entre ciencia, capital y estados mórbidos. Por su parte, la higiene como fundamento de la conversión hacia el sujeto higiénico, se vio tensionada ante el interés de grabar a como diera lugar, nuevos significados a la imagen social de la población. Siguiendo a Revel y Peter (1980):

La enfermedad es casi siempre un elemento de desorganización social; a este título hace más visible las articulaciones esenciales del grupo, las líneas de fuerza y las tensiones que la atraviesan. El acontecimiento mórbido puede, pues, ser el lugar privilegiado de donde observar mejor la significación real de mecanismos administrativos o de prácticas religiosas, las relaciones entre los poderes, o la imagen que una sociedad tiene de sí misma (Revel y Peter,1980, p. 176-177).

Por su parte, el tema de la salubridad tanto en la ciudad como en el área rural fue adquiriendo importancia, y se fue reglamentando como una “nueva forma de vida”, que desbordó la acción de la escuela y el hospital, en la medida en que se constituía en biopolítica. Si bien el interés por la salubridad procede de los siglos anteriores, a partir de 1920 se encontraba abiertamente institucionalizada como norma que penetraría a todas las clases sociales, principalmente a las etiquetadas como “población”, que para este periodo correspondía a la clase obrera propiamente dicha. La medicina con un cuerpo de conocimientos respaldado por la ciencia, se interesó por la medicalización e higienización de la población, utilizando una pedagogía que evitara y previniera cualquier situación de enfermedad.

Molina (1974) describe que para la década de los años veinte, en Colombia se distinguían dos clases sociales: la burguesía y el obrerismo; este último estaba representado por artesanos, peones que abandonaron el campo y el grupo de asalariados que trabajaba en fábricas, construcción, así como transporte fluvial y ferroviario (p. 112). Ante el crecimiento de las obras públicas, por el financiamiento de capital extranjero, se requirió de mano de obra que debía trabajar en climas insalubres y desplazarse de un lugar a otro, lo que representó aumento de los costos por el factor trabajo. Era en este escenario según Molina, donde se agudizó el problema de los salarios, la falta de legislación obrera y la lucha por la tierra.

El desplazamiento del campesino, desde el campo hacia el trabajo en obras públicas, y el alto valor que iba adquiriendo la tierra a medida que se formaba la sociedad capitalista, produjo un giro en el manejo de tierras, cultivos y mano de obra. Los colonos y arrendatarios de porciones de tierra, fueron contratados por jornales, pero la falta de una legislación y definición de salarios, fue el campo propicio para los conflictos y huelgas que se suscitaron en este periodo; al respecto Molina (1974) describe que:

(...) El desalojo de los antiguos trabajadores independientes en las zonas de más elevado potencial latifundista como Cundinamarca, Boyacá, Bolívar, Tolima y Cauca, no sólo implicaba una acusada tendencia a la proletarización de los campesinos ,sino la acumulación de capital en manos de algunos propietarios (...) (Molina, 1974, p. 119).

Así mismo, el término población fue utilizado por Alfonso López Pumarejo desde 1936, para denominar a la clase obrera; para Pecaú (1987) “esta denominación constituía el sustento de la institucionalidad social” (p. 483). Precisamente por esa época, se hizo cada vez más necesario implementar un plan de salud pública nacional, que se enfocara en las principales deficiencias y enfermedades presentes; para tal fin, la implementación de la estadística se hizo necesaria como sistema de conteo, que lograría mapear el estado de salud de la población y desde ahí reorientaría los trabajos de higienización. Al respecto López de Mesa (1920) mencionaba lo siguiente:

Es tarea del futuro el establecer, por medio del estudio de nuestro agregado social, con base estadística rigurosa, cuáles son las enfermedades dominantes en nuestro medio: de allí podrán resultar comprobaciones muy importantes que se presentarán a colarios de gran utilidad para la higiene y la profilaxis colectiva (López de Meza, 1920, p. 17).

Sobre ese mismo aspecto, una publicación de la Revista Cromos mencionaba que:

Desde que se conocen las causas de las enfermedades infecciosas, desde que se ha presentado en el secreto de la transmisión y se conocen las relaciones estrechas que hay entre la patología humana y la de los animales, la terapéutica ha dejado el lugar prominente que tenía antes y cedido su puesto a la higiene y a la profilaxis. Hoy se pueden detener las epidemias y se disminuye el número de infecciones poniendo en práctica las nociones científicas que sobre la patogenia de las enfermedades nos enseña la higiene

moderna. Cumpliendo con las reglas higiénicas en la familia, la escuela, el cuartel, el taller, etc. se logra salvar muchas vidas humanas (Revista cromos, 1916, p. 20).

Por otra parte, la medicina se imponía como ente rector junto con el Estado colombiano, para hacer cumplir las normas higiénicas, bajo mecanismos de control que establecieron la prevención de las enfermedades infecto contagiosas de la época; tema que trataremos con mayor detenimiento posteriormente en este capítulo.

Sobre dicho aspecto, la provisión de agua limpia, la eliminación higiénica de las inmundicias, la higiene personal, la higiene de la vivienda, la alimentación e higiene de los alimentos, conformaron las medidas del progreso implementadas en el país, amparadas por el racionamiento científico, a través de las cuales se sacaría a la población de la miseria, los vicios y la ignorancia, que por varios siglos la habían sometido, llevándola al plano de la emancipación y la prosperidad económica:

(...) se desprecia la vida, no se la defiende; el pueblo permanece vencido por las enfermedades y por los vicios” (...) “no puede haber solvencia económica, individuo económicamente libre, mientras la higiene no se organice como plan de vida nacional. La masa humana en nuestro país es paupérrima, vive en estado de primitivismo; sus fuerzas biológicas apenas le alcanzan para vegetar; no llegan, por consiguiente a producir, a crear riqueza (...) “Un tipo extraordinario de hombre habría de surgir en Colombia si la higiene la defendiera de la enfermedad y de los tóxicos alcohólicos, porque la tierra es asombrosamente fértil y de una riqueza potencial incalculable (Muñoz, 1935, p. 5).

A lo largo de los años treinta, la prevención y la profilaxis operaron a manera de dispositivo pedagógico, a partir del diagnóstico temprano y tratamiento precoz de los enfermos contagiosos, lo que exigió mayor atención a las campañas de salud pública para controlar y

erradicar las enfermedades. La identificación de casos, el seguimiento, el tratamiento y la educación, integraron las medidas preventivas y curativas en torno a dichas políticas. Pero no bastaba con el cuerpo médico y sus laboratorios de investigación para atender las demandas de higienización; sin lugar a dudas, cada vez más la individualidad de atención se proyectaba en colectivo, por tratarse de enfermedades que atacaban la urbe nacional.

Las zonas rurales merecieron también amplia atención, por lo que apremiaba un plan educativo para el “progreso” de la aldea colombiana, en los municipios y corregimientos de no menos de quinientos habitantes. Por su situación de lejanía respecto a las ciudades, se nombró como recurso a un médico oficial como “protector de la aldea”, con las funciones de consejero en el cuidado de la salud pública, y como médico escolar y profesor de higiene y biología en las escuelas públicas (López de Meza, 1932).

La nueva subjetividad que le correspondía al aldeano como sujeto higiénico, se delimitó en dos áreas fundamentalmente: atención al deporte como disciplina del músculo e inteligencia y conducta como medio para el regeneramiento racial. Estos aspectos organizarían una amplia vía de reforma social trazada por los estatutos de una educación aldeana (López de Meza, 1932).

Por otra parte, la ciudad se imponía como el mejor espacio para una nueva forma de vida, haciendo deseable para sus pobladores un estado moderno. El sujeto higiénico se objetivaba a partir de sus cambios de costumbre y normas de vida, ligada a la urbanización, la higiene y la instrucción, para responder a los desafíos que colocaban los adelantos tecnológicos y las nuevas industrias, en el orden capitalista.

Mientras que en la aldea, el campesino respondía por la tierra, el capital y el trabajo, en la ciudad, el obrero respondía por la fábrica, la producción en serie y el capital. Estos procesos de construcción de identidades, estuvieron normados por la higiene y ligados a los procesos de

salud-enfermedad, con lo cual, se impulsaron acciones concretas para controlar los estados mórbidos que fueron considerados amenaza al proyecto de Nación.

Tales pretensiones, impulsaron en el país un movimiento pedagógico cuya fuerza remitía a cambiar la sociedad rural por una sociedad industrial. Las enfermedades como indicadores de debilidad y atraso fueron el blanco del proyecto, promovido especialmente por las estrategias de la prevención y la profilaxis que supusieron prácticas de tipo pedagógico dirigidos por la higiene, y organizado por los servicios médicos y de enfermería, buscando influir de manera impositiva a toda la población sobre la necesidad del cambio.

Para los años cuarenta, Ruiz (1948) documentaba que en ese momento ya se hablaba de la salud pública y que esta se había convertido en una práctica social con medidas que incluían la prevención de las enfermedades, la prolongación de la vida, la promoción de la salud física y mental, y la eficiencia en los esfuerzos de la comunidad, dirigidos a la educación de los individuos en los principios de higiene, sanidad del medio ambiente, control de enfermedades para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo.

A continuación, se describirán algunas enfermedades que fueron blanco para las campañas sanitarias, sin desconocer que existieron otras atendidas en la medida de su aparición y nivel de riesgo. Sin embargo, las planteadas movilizaron fuerzas, recursos e intereses, y produjeron efectos de verdad que funcionaron para la conversión del sujeto higiénico y fueron el centro de la acción pedagógica.

2.6.1 Tuberculosis. Sospecha y vigilancia.

La lucha contra la tuberculosis, constituyó uno de los derroteros de la prevención; allí se puso a prueba la higiene social, y se movilizaron muchas fuerzas que se irradiaron a todo el ámbito nacional. En un informe presentado por el doctor Elías Estrada, en el Congreso de

Tuberculosis celebrado en París en 1905, se mostró la repercusión social que tuvo esta enfermedad en Colombia, y se expuso que las formas de combatirla no eran muy claras, a pesar del intento por perfeccionar los métodos técnicos de laboratorio, asunto que generó cierto desconcierto entre los congresistas. Lo que quedó claro en esta Conferencia, fue la necesidad de implementar programas de profilaxis e higiene para las clases pobres, con la ayuda de la educación sanitaria, para evitar la propagación de esta enfermedad (Estrada, 1906). No obstante, solo hasta 1932 el Departamento Nacional de Higiene inició esta lucha con un escaso presupuesto.

Desde un principio, en el departamento de Cundinamarca se buscó la colaboración de diversas entidades, principalmente de la Junta de Beneficencia, para iniciar en Bogotá una campaña en tal sentido. Vale aclarar que campañas de este tipo, se había iniciado en Medellín, proyectándose en Barranquilla, Cali y en otras ciudades del país, concluyendo con la construcción de dispensarios y hospitales en dichas ciudades (Samper, 1932).

Para 1937 la medicina preventiva tenía por órgano el dispensario, entidad que no trabajaba de la misma manera que el hospital, es decir, replegado sobre sí mismo, sino que se exteriorizaba y penetraba profundamente en todos los medios sociales, con una acción epidemiológica y a la vez profiláctica: “El dispensario no espera a los tuberculosos va en su busca” (Revista de Higiene, 1937d). Las funciones de este organismo, pueden ser entendidas precisamente como nuevas formas de accionar, que se parecían más a una actividad de policía sanitaria, que a una consulta.

En los hospitales, asilos y prisiones, existían departamentos separados para los tuberculosos, con vigilancia estricta para el mejoramiento de la higiene. En las escuelas y colegios no se admitían tuberculosos, por lo que fue preciso que “maestros, alumnos y sirvientes,

se proveyeran de un certificado de sanidad expedido por un médico graduado” (Caicedo, 1940, p. 56). Tanto las autoridades como los maestros tenían la obligación de vigilar el estricto cumplimiento del acuerdo No. 13, expedido por la Junta Central de Higiene, sobre higiene de las escuelas y colegios de la República.

El médico de cabecera que atendía a un tuberculoso que tuviera hijos, debía aconsejar que éstos fueran separados de él y criados en el campo, en lo posible, en un clima frío y seco. De igual forma, el médico encargado de recetar a un enfermo tuberculoso que proyectaba casarse, debía advertir el peligro que esto conllevaría para él y para su posible familia. Así mismo, el no cumplimiento de las normas era castigado por el alcalde de la localidad, que por su propia iniciativa o a petición de la autoridad sanitaria respectiva, podía imponer multas desde uno hasta cien pesos, las cuales irían a parar al tesoro municipal. Ahora bien, estas sumas, podían ser conmutables con arresto, a razón de un peso por día (Caicedo, 1940, p. 23)

Es preciso señalar que el panorama organizativo y disciplinar de esta campaña, requirió de nuevo personal capacitado que apoyase dicho movimiento; por tanto, mediante el decreto No. 905 de julio 6 de 1930, se creó una escuela de enfermeras visitadoras, dependiente de la dirección nacional de higiene y asistencia pública con enseñanza gratuita:

(...) El presidente de la república en uso de sus facultades legales y considerando: que para organizar la campaña contra la tuberculosis en la república es indispensable la formación de enfermeras visitadoras sociales cuya función especial es vigilar los enfermos tuberculosos, cuidando de que se cumplan las medidas profilácticas que dicten las autoridades sanitarias e instruir a las familias de esos enfermos respecto a las precauciones que deben tener para evitar el contagio (Caicedo, 1940, p. 16).

La enfermera visitadora como sujeto activo en esta campaña, fue encargada de las labores de propaganda a favor de la higiene, y de la enseñanza directa a las personas sobre nociones de higiene general y social; de igual manera, se le comisionó la tarea de luchar contra la aparición y propagación de enfermedades. Así, la enfermera debía esforzarse por mantener a las clases obreras sanas y fuertes para el trabajo, lo cual constituyó su frente de trabajo.

La instrucción y la “ayuda a las familias”, en caso de atender enfermedades contagiosas, se direccionó hacia las medidas preventivas demarcadas por la higiene. Esta amplia tarea, requirió de un cuerpo suficiente de enfermeras visitadoras, que fueran la conexión entre el dispensario y la “clientela”, y que realizaran labores educativas, consideradas “la parte más necesaria en la campañas profilácticas” (Revista de Higiene, 1937e). Al respecto Caicedo (1940) mencionaba lo siguiente:

Nos hemos empeñado en preparar enfermeras de emergencia, y para ello se fundaron escuelas en Cali, Medellín, Barranquilla y Manizales, así como en otras ciudades del país, y nadie duda de los benéficos resultados que de ellas hemos obtenido (Caicedo, 1940, p. 17).

La profilaxis abarcó educación sanitaria, campañas de vacunación, difusión y propaganda; también visitas y vigilancia para detectar casos sospechosos de enfermedad, en tanto que el aislamiento y los tratamientos, fueron las medidas tomadas para el control de las enfermedades. De esta manera, las acciones tendientes al trabajo de la profilaxis, dependieron, en todo caso, de la efectividad de la educación sanitaria. Todo lo anterior, se promovió a través de campañas educativas y propaganda dentro y fuera de la escuela, lo cual estuvo a cargo de una dependencia del Ministerio, donde figuraba la Sección de Educación y Propaganda. A su vez,

dicha sección se constituyó como un eficaz medio de trabajo a favor de las campañas de higienización y de asistencia (Concha, 1940b, p. 12-22).

Así mismo, la estadística vital brindó las condiciones de posibilidad para juzgar los efectos de los trabajos desarrollados en las labores de sanidad pública, y para apreciar los resultados, representados en economía de vidas humanas (Revista de higiene, 1933).

En ese orden de ideas, en Colombia la tuberculosis se reconoció como un fenómeno económico-social, que repercutió sobre el individuo en particular y sobre la colectividad en general, traspasándose y complejizándose, más allá de lo médico-asistencial. Al respecto, los informes sobre dichas campañas reportaban cifras estadísticas, que pretendían mostrar las pérdidas económicas y sociales causadas por la enfermedad, tal como lo mencionaba Caicedo (1940):

Si tenemos en cuenta los datos demográficos de las repúblicas americanas publicadas en el boletín de oficina sanitaria panamericana y algunos datos gentilmente suministrados por los que se han ocupado de la lucha antituberculosa en el país, tenemos que el promedio de mortalidad anual por TBC en Colombia es de 150 muertos por cada 10.000 habitantes lo que para el número de éstos, que en la actualidad posee esta república, daría un total de 13.500 muertos por TBC al año, es decir 38 muertos al día. Ahora bien: si tenemos en cuenta que por cada individuo que muere de TBC, según los trabajos practicados en Masssachusetts, existen de 5 a 10 casos activos creados por el contagio, tendríamos que sobre la cifra anterior que hemos dado existirían en el país alrededor de 100.000 tuberculosos. Estas vidas que la cortante guadaña del bacilo de Koch segó en mala hora, representa indudablemente ingentes pérdidas para un estado, que se

traducen como es lógico, en perjuicio de la industria, de la economía y de la misma natalidad nacional (Caicedo, 1940, p. 56).

La intensificación de la campaña antituberculosa, se justificó por la procedencia del bacilo, aislado por primera vez por Roberto Koch³⁰. El principal medio de cultivo y crecimiento, según la microbiología y el mismo descubridor, estaba en lugares cerrados, oscuros y sin ventilación. Esta afirmación legitimó el discurso de la higiene, y le dio amplia potestad a la medicina para señalar cualquier lugar que no cumpliera con los parámetros establecidos, como lugares insalubres y focos potenciales de la tuberculosis; la persona que no cumpliera con las normas de higiene corporal, sería señalado como “sospechoso”, otorgando cierta culpabilidad castigable con aislamiento y encierro en caso de obtener una prueba positiva. Entre la sospecha y la vigilancia, la profilaxis y la prevención se presentaron como el dispositivo higiénico³¹, utilizando a la educación como estrategia sanitaria, para mediar entre economía, natalidad y mortalidad, con los nuevos conocimientos procedentes sobre salud-enfermedad.

Ahora bien, el surgimiento de una nueva subjetividad encarnada en la enfermera, se hizo necesario por cuanto se requería un medio difusor institucionalizado y capacitado, que pudiese

³⁰ “El contagio de la tuberculosis, aunque sospechado por Aristóteles y Galeano no fue demostrado sino en la segunda mitad del siglo XIX, por Villemin, quien logró inocular la infección a los animales; diez y ocho años más tarde el profesor Roberto Koch descubría el bacilo tuberculoso, y desde esa época se han implementado los métodos profilácticos, basados en el conocimiento de la vida del microbio”. (Revista Cromos, 1916;193)

³¹ La noción de *dispositivo* se halla ligada al poder, con una vasta intervención de estrategias, que enuncian movimientos anónimos cuya dirección responde a relaciones específicas de fuerza. La estrategia está siempre trazada por tácticas, técnicas o tecnologías. El dispositivo es objeto de la descripción genealógica. Foucault hablará de dispositivos disciplinarios, dispositivo carcelario, dispositivos de poder, dispositivos de saber, dispositivo de sexualidad, dispositivo de alianza, dispositivo de subjetividad, dispositivo de verdad. (Castro,2004)

llegar a los mayores lugares posibles de población, y que además tuviera la virtud de establecer una relación directa con el médico, el maestro y los sujetos a higienizar. El control de la salud y la enfermedad se pensó entonces indispensable para la gubernamentalidad, operado a partir del dispositivo preventivo y sus estrategias profilácticas y de aislamiento, las cuales fueron encargadas a la enfermera, a quien se le otorgaba la potestad para vigilar, controlar y denunciar, cualquier aspecto que se saliera de este dominio.

2.6.2 La lepra. Pecado y reclusión.

La lepra, confinada a enfermedad del pecado y de la culpa, fue llamada la enfermedad “maldita”, y fue estigmatizada y segregada socialmente, dado el rechazo a quien la padecía, y el amplio miedo al contagio. La imagen del leproso ocasionaba repudio por la alteración estética que presentaba sobre el sujeto enfermo³². De origen asiático, producida por el bacilo de Hansen³³, pasó a Egipto y luego a Grecia, y se diseminó por el continente europeo hacia el siglo XIII. En Colombia, el primer foco se evidenció en Cartagena, con el comercio de esclavos; luego se amplió en Socorro y San Gil, y se extendió por toda la cordillera oriental. Para 1796, el sabio Mutis en un informe al virrey expresaba que: “si no se le pone un dique a la enfermedad, se va a regar como mancha de aceite por todo el reino” (Revista Nueva Frontera, 1978, p. 16).

³² Al respecto habla Guillermo Muñoz Rivas, jefe del grupo de investigaciones de lepra del Instituto Nacional de Salud: “Ya en los Vedas de la India y en el levítico de Moisés, estaba descrito cómo se debía tratar al leproso, todo el que tuviera un mancha, una tiña, debía ser enviado al sacerdote para que dictaminara si era necesario declararlo “inmundo”, caso en el cual se le entregaba la campana, el bastón y los guantes para que no contagiara a los demás” . Tomado de (Revista Nueva Frontera, 1978; 15).

³³ Hansen en 1874, describe al *mycobacterium leprae* como el productor de la enfermedad de la lepra.

La lepra fue una enfermedad que tuvo fuertes implicaciones culturales y sociales, y fue percibida no sólo como “castigo de Dios”, sino como un fuerte obstáculo para el acceso a la modernización del país, y a la libre circulación de mercancías, lo cual, en palabras de Márquez y García (2006) “(...) colocaba en riesgo el sistema de comercio agroexportador y las políticas oficiales que impulsaban la migración de europeos hacia el país” (p. 69). De otra parte, para Obregón (1995) con el auge de la bacteriología y ante el reconocimiento del agente causal de la enfermedad, el estigma religioso fue reemplazado por la marca de inferioridad y pobreza.

Durante la décimo tercera sesión plenaria de la X Conferencia Panamericana Internacional de 1938, el doctor Patiño entregó su informe sobre la situación de la enfermedad de lepra en el país. Allí afirmó que en Colombia, los principales focos endémicos de dicha enfermedad, se encontraban principalmente en los departamentos de Santander del Sur y del Norte, así como en Boyacá y Cundinamarca, siendo más afectados los hombres solteros; igualmente, Patiño mostró allí que el porcentaje más elevado de enfermos, se presentaba entre las personas dedicadas a los labores del campo como los labriegos.

Con el fin de controlar la enfermedad, las autoridades crearon una campaña anti-leprosa, la cual se inscribió bajo los siguientes lineamientos:

1. Aislamiento de los casos abiertos en Lazaretos, a domicilio y en los hospitales en salas especializadas.
2. Tratamiento y vigilancia sanitaria sin aislamiento de los casos cerrados
3. Protección al niño sano, hijo de leprosos.
4. Tratamiento gratuito como medida profiláctica
5. Declaración obligatoria de la enfermedad.
6. Educación sanitaria y propaganda

7. Enseñanza técnica del personal para la campaña

8. Apoyo y estímulo para las investigaciones

9. Fundación del Instituto Federico Lleras de investigación.

10. Aislamiento de los casos abiertos en leproserías y a domicilio. Para recluir los casos infectantes existen tres lazaretos; Agua de Dios, Contratación y Caño de Loro (X Conferencia Panamericana, 1938, p. 546-547)

La principal preocupación de los legisladores, fue la separación de los niños sanos que se encontraban en los lazaretos, y que eran hijos de padres infectados. En consecuencia, el decreto 22 de 1937 expedido por la Presidencia de la Republica, aprobó la resolución 214 de 1936 emitida por el Departamento Nacional de Higiene, sobre la distribución de las partidas destinadas por el presupuesto nacional, para el sostenimiento y educación de niños sanos hijos de padres enfermos de lepra. La característica de obligatoriedad al cumplimiento de esta ley, se encaminó en buscar un tutor o guardador, en caso de no contar con el padre o la madre. Dicho tutor, debía hacerse cargo del niño, hasta que este cumpliera la edad de quince años, previa certificación de que el niño o niña estuviera sano; la partida presupuestal, estaba sujeta a los ingresos del tutor; la “no superior a \$50 pesos mensuales y sería por un monto de \$9 pesos mensuales” (Revista de Higiene, 1937a, p. 15).

Estas disposiciones se argumentaron bajo el papel del Estado proteccionista y corrector, al punto de proporcionar al niño sano las condiciones necesarias para su normal desarrollo, pues, según lo expuesto en la X Conferencia Sanitaria Panamericana, se debían “corregir los prejuicios sociales que han condenado al aislamiento a estos futuros ciudadanos, productores de riqueza y miembros útiles de la sociedad” (X Congreso Panamericano Internacional, 1938, p. 284). No obstante, también se percibía como importante generar una estrategia para disminuir los costos

que ocasionaba el sostenimiento de los Lazaretos. Al respecto de la situación de los niños que vivían en entornos donde existía la enfermedad, el doctor Patiño afirmaba en la citada Conferencia que:

La lepra en los niños de los lazaretos es frecuente en Colombia, Hay en los lazaretos 420 niños enfermos, de 1920 a 1934 fueron dados de alta como leprosos en agua de Dios 726 niños de la cuales 593 (81.68%), tenían parientes enfermos; unos nacieron y vivieron en el lazaretos; otros nacieron, salieron, pero regresaron nuevamente y algunos llegaron sanos al leprocomio en compañía de sus padres enfermos (X Congreso Panamericano Internacional, 1938, p. 549).

Alrededor de estas problemáticas, se generó una fuerte discusión en torno al interés que tenían los médicos en la investigación y tratamiento de la lepra³⁴, frente al hecho de que se había perdido el miedo al contagio por parte de la población, y los lazaretos constituían una carga económica para el erario público. Los tres lazaretos existentes, contaban con hospitales, asilos para niños enfermos y laboratorios de diagnóstico, y estaban a cargo de las comunidades

³⁴ Para inicios del siglo XX los médicos colombianos se interesaron por investigar esta enfermedad que procedía del siglo XVII con el primer foco detectado en Cartagena, para lo cual la construcción de lazaretos para internar y aislar a los enfermos fue su propósito más que de curación fue segregación (Obregón, 1995; p9). Algunos médicos leprólogos como Juan de Dios Carrasquilla, y Federico Lleras Acosta, quien ante el gobierno liberal de Alfonso López Pumarejo (1934-1938) fue nombrado director del primer laboratorio Central de Investigación de la Lepra; allí realizó importantes investigaciones con apoyo de otros colegas sobre el bacilo de Hansen, logró aislarlo mediante cultivos acido-resistentes, afirmando que había encontrado la prueba de especificidad del bacilo, constituyendo un nuevo método de diagnóstico temprano de la lepra aún cuando el paciente no tuviera sintomatología sospechosa. La bacteriología se impone ante la clínica de los signos y síntomas. (Obregón; 1995: 31-38)

religiosas de las Hermanas de la Caridad y de los Padres Salesianos³⁵, los cuales estaban encargados de la dirección y control institucional de dichos lugares.

Casi siempre en los lazaretos funcionaban escuelas de varones, una superior y otra elemental, dirigidas por competentes maestros asilados allí; también existía una escuela de niñas, dirigida por las Hermanas de la Caridad, (Revista Junta Central de Higiene, 1915). Es prudente advertir que tanto los enfermos de lepra, como los maestros y las directivas de los lazaretos (Hermanas de la Caridad y padres Salesianos), eran confinados en este lugar, a fin de minimizar posibles propagaciones de la enfermedad. Así, los lazaretos eran una ciudad dentro de la ciudad, la que además contaba con su propia moneda llamada "coscoja", la cual servía para evitar la circulación externa y el riesgo de contagio; igualmente en los lazaretos, existía un pequeño comercio relacionado con funciones principalmente de oficios domésticos, sastrería y carpintería. La confinación estaba sujeta a la sujeción de normas, que anunciaban que nadie podía salir de allí sin permiso expreso de las autoridades competentes, y que la violación del aislamiento se castigaría con arresto (Junta Central de Higiene, 1915).

No obstante la rigidez establecida para la organización de dicha institución, se denunciaba que los lazaretos no prestaban la ayuda profiláctica que se esperaba, ni habían satisfecho las aspiraciones de las autoridades sanitarias (Manrique, 1906). De una parte, las continuas faltas de disciplina, así como las fugas de los asilados, los matrimonios de personas sanas con enfermas y la

³⁵ “Hay en el lazareto dos asilos para niños: el de las mercedes para niñas y que está a cargo de las hermanas de la caridad, y el asilo Unia para niños, dirigido por los reverendos padres salesianos. En el primero había 147 niñas y el segundo 120 niños.” MEMORANDUM (1938) Referente a las explicaciones que el director del departamento nacional de higiene, doctor Luis Patiño Camargo, dio a la comisión nombrada por la H. cámara de Representantes para averiguar por los hechos de que trata el Dr, Segundo Sánchez Ulloa en su folleto titulado “la lucha anti leprosa o la caja de pandora” y de otras sugerencias hechas por él. (p9)

convivencia de niños sanos con padres enfermos, eran las quejas frecuentes de los sanitaristas. De otra parte, la falta de motivación para el trabajo, el confinamiento, y el costo que requería el mantenimiento de dichos lugares, en los que permanecían personas que vivían a expensas del tesoro nacional, las cuales eran percibidas como una carga social, eran otros de los reclamos recurrentes frente a estos lugares.

El tratamiento de lepra, de carácter obligatorio en el país, se ratificó a través de las conclusiones adoptadas tras la Conferencia de Leprólogos, realizada el 10 de marzo de 1932 (Revista de Higiene, 1932, p. 10). Posteriormente el Estado reformó la legislación existente, y dictó la Ley 32 de 1932, que estableció el aislamiento obligatorio únicamente para los "casos abiertos", y el tratamiento y vigilancia de "casos cerrados" y "estacionados" (los curados socialmente) en dispensarios, lo que permitió dejar en libertad a gran parte de los enfermos (X Conferencia Panamericana, 1938).

En esta perspectiva, hacia mediados de los años 30 se dio un giro al tratamiento de los enfermos de lepra, ampliando las posibilidades para los casos "cerrados" (en periodo no infectante), los cuales pasaron de confinados en lazaretos, a una especie de libertad condicional, que era vigilada en los dispensarios³⁶. Esta nueva institucionalidad emergente, cobraba fuerza y era la responsable del diagnóstico precoz, del tratamiento ambulatorio de las personas infectadas y de la educación en higiene y prevención de la enfermedad. En consecuencia, la higiene amplió su campo de acción, y se enfocó también en la asistencia pública con un alto

³⁶ Los dispensarios eran establecimientos que centralizaban el control y vigilancia de las enfermedades transmisibles y tenían como función el diagnóstico y control epidemiológico de los casos de infección mediante la estadística, propaganda, educación y tratamiento ambulatorio. Consultado en (Muñoz,1935:101)

propósito educativo, lo cual hizo necesario ampliar el recurso humano de apoyo, para ayudar a esta campaña higienizadora.

Entre el personal de apoyo dispuesto para dicha campaña se encontraban las enfermeras visitadoras, cuyas funciones delegadas eran: recoger la información estadística; apoyar las campañas masivas de tipo profiláctico; educar en la escuela³⁷; buscar enfermos “sospechosos” y ejecutar medidas de educación sanitaria, a través de visitas domiciliarias con prioridad a la madre. Igualmente, las madres fueron concebidas como sujetos de apoyo, y debían convertirse en el pilar fundamental para esta labor médica. Según Reyes (1994), las madres eran “una especie de enfermeras domésticas cuya misión no sólo era la educación cristiana, sino también de la conservación de niños, jóvenes y adultos sanos y productivos” (p. 17). Dicho personal de apoyo, tenía la obligación de comunicar de inmediato, cualquier sospecha o signo de enfermedad a las instancias médicas, quienes definirían la reclusión del enfermo en un lazareto.

Se trataba entonces de extender la campaña a todas las áreas posibles, recolectando la máxima información que sería interpretada como vital, para esclarecer los comportamientos y las prácticas sociales que adoptaba la población, frente a los preceptos higiénicos. Del mismo modo, el panorama organizativo ocupó un conjunto de medidas preventivas y profilácticas, a través de las cuales sería posible la transformación de la nación, en una nación libre de enfermedades indeseables como lo era la lepra, las cuales ponían en riesgo la economía y el comercio del país.

³⁷ Las leyes orgánicas ordenaban la enseñanza obligatoria en escuelas y colegios en los aspectos higiénicos.

2.6.3 Enfermedades venéreas. Entre la moral y el delito.

Las enfermedades venéreas, principalmente la sífilis y la blenorragia³⁸, fueron sumamente condenadas y estigmatizadas por la moral cristiana y la sociedad civil; estas fueron rotuladas como enfermedades degenerativas para la raza, y fueron acusadas de ser las responsables del supuesto atraso en que se encontraba el país. Desde el Estado y la medicina se emprendieron diversas campañas de higiene para prevenir su propagación, y para sancionar a los sujetos portadores de esas enfermedades, que no se sometieran a los regímenes terapéuticos estipulados.

En la X Conferencia Panamericana de 1938, las enfermedades venéreas ocuparon un lugar importante del debate higienista, en términos de definir un patrón de intervención, el cual propendía por la educación. La atención principal comenzaría con el niño, quien sería instruido por todos los medios de difusión disponibles, para la enseñanza de “la vida sexual y de los órganos de la reproducción”. Valga decir que este tipo de educación se llevaba a cabo de manera insistente y con cubrimiento a todas las capas sociales; su intervención fue realizada a partir de campañas dirigidas al enfermo; a las masas obreras; a las fuerzas armadas, por considerarse los más susceptibles a presentar este tipo de enfermedades; a las “mercenarias del acto sexual”; a las mujeres del servicio doméstico, consideradas mayor foco de infección; a las asociaciones, y en general a la población masculina. Igualmente, con respecto a las campañas dirigidas al control de este tipo de enfermedades, también se insistió en la necesidad de cooperación de otros profesionales, para su efectivo desarrollo: “Los equipos médicos movilizables, las enfermeras sanitarias y las visitadoras sociales, constituyen los puntos básicos de acción

³⁸ Sífilis y la blenorragia son enfermedades de transmisión sexual (ETS), ocasionadas, la primera por una espiroqueta llamada *treponema pallidum* y la segunda, conocida como gonorrea mucho más virulenta ocasionada por una bacteria llamada *gonococo Neisseria gonorrhoeae*, ataca principalmente la uretra en los hombres y el cuello uterino en las mujeres.

cooperativa entre el profesional, el industrial, etc. y la medicina preventiva” (Actas de la X Conferencia Panamericana, 1938, p. 259).

En tal sentido, el apoyo por parte de las enfermeras se convirtió en una cuestión de interés en relación a la prevención y tratamiento de este tipo de enfermedades, al punto de promover programas de formación de mujeres en sanidad pública. Precisamente al respecto, un discurso del doctor Jorge Bejarano en la X Conferencia Panamericana, en el que exponía el tema de la “organización de una campaña antivenérea panamericana”, dejaba ver dicho interés:

(...) En cuanto a la educación de la enfermera sanitaria, estimo que es más importante todavía que la de los médicos. La enfermera sanitaria está llamada a ser en nuestro ambiente el alma de la salubridad pública y por eso el desarrollo de una escuela de enfermeras a mi modo de ver es mucho más importante que el de la escuela de médicos sanitarios (Actas de la X Conferencia Panamericana, 1938, p. 396).

Ahora bien, la asistencia alrededor de este tipo de enfermedades, se proyectó tanto médica como socialmente, partiendo de la premisa de que el Estado debería procurar de forma gratuita, el expendio de medicamentos necesarios para los tratamientos. También se abarcaría la atención domiciliaria, por la imposibilidad de los enfermos para desplazarse a los centros asistenciales, y se recomendó la fundación de asilos y reformatorios, para el regeneramiento de las mujeres.

De otra parte, la prevención se direccionó principalmente a la denuncia de cualquier caso sospechoso o real de alguna persona portadora de una enfermedad venérea. Esta tarea, fue designada a los diferentes actores de apoyo emergentes, cuyas funciones fueron precisadas en las actas de la X Conferencia Panamericana, con la siguiente afirmación:

(...) por intermedio de sus servicios técnicos y especialmente las enfermeras sanitarias, visitadoras sociales y auxiliares especializados, actuarían con la mayor prudencia, tratando de obtener la concurrencia voluntaria de los enfermos donde el médico, en caso de fracasar estas medidas, debe procederse con todo el vigor que permitan las disposiciones legales vigentes, la búsqueda de los contactos es de un gran valor epidemiológico (Actas de la X Conferencia Panamericana, 1938, p. 259).

Así mismo, la jurisprudencia intervino ante la presencia de una persona con alguna enfermedad venérea, con la denuncia y obligatoriedad de acatar toda disposición médica que se estimaba conveniente para prevenir y tratar una condición de este tipo. Las disposiciones con carácter impositivo, señalaron el aspecto médico obligatorio ante cualquier indicio de presencia de una enfermedad de esta clase, de tal manera que fue fundamental su declaración y tratamiento, así como el posible castigo del contagio venéreo, so pena de reclusión en un hospital para seguimiento, vigilancia y control:

Si se llegare a comprobar enfermedad venérea contagiosa, la autoridad sanitaria, sin perjuicio del tratamiento privado a que esté lleno a someterse el enfermo, si fuera necesario le obligará a tratarse y le señalará los servicios médicos o dispensarios del estado donde puede hacerlo gratuitamente. El enfermo quedará obligado a cumplir estrictamente las prescripciones del médico tratante. Si no lo hiciese será recluido u hospitalizado mientras dure la posibilidad del contagio (Actas de la X Conferencia Panamericana, 1938, p. 261).

Diversas discusiones y preocupaciones se manifestaron en el campo de la medicina colombiana, frente a la urgencia de organizar la sanidad en la Republica. El doctor Laurentino

Muñoz (1935), habló de emprender una lucha, semejante a una cruzada nacional, que abarcara prevención, profilaxis y curación, pues el deber que le confería a cuidar de la raza, precisaba establecer una “dictadura de la higiene”, aún en contra de las voluntades de la comunidad (Muñoz, 1935, p. 220-221). Con este objetivo en la mira, se trabajó por la educación del público en los aspectos de la sexualidad, comenzando con la niñez, seguida de la juventud, teniéndose como asunto trascendental, la idea de difundir ampliamente el horror de una enfermedad venérea; todo lo anterior, fundamentándose en la idea de una moral católica y de las buenas costumbres.

Ahora bien, dentro de los sujetos a higienizar, estaban los portadores infecciosos (personas con la enfermedad activa), hombres y mujeres de actividad sexual inmoral, cuya sensibilidad sexual estaba catalogada según la concepción Lombrosiana (Muñoz, 1935, p. 256) en prostitutas “natas” y “de ocasión”. Las primeras, carentes de sentido civilizatorio, con patología de locura moral, desprovistas de inteligencia, que iban desde la idiotez hasta el infantilismo, semejantes a “salvajes”; las segundas, eran clasificadas con menos características degenerativas que las primeras, pero conservando similares patrones.

La persecución de las prostitutas fue un hecho que procedió del siglo anterior, y que fue considerado para el periodo de estudio como un “el verdadero peligro para los hombres y por extensión para la sociedad”³⁹ (Pedraza, 1996, p. 127). En un informe del Boletín Militar, de comienzos de siglo XX, se señalaba que dentro de las primeras causas de enfermedad en la tropa,

³⁹ Este tema se estudia ampliamente en el texto de Medicina y política de Carlos Noguera (2003), en relación al impacto social que tuvo la campaña antivenérea en el país en la primera mitad del siglo XX; la amenaza a la raza, la moral y el carácter policivo que desplegó medidas normalizadoras y moralizadoras a toda la población, así como las medidas de control utilizadas por el cuerpo médico, en especial la persecución a la mujer prostituta que fue en principio desterrada en 1886 y medicalizada posteriormente en 1920. (PP170-186)

estaban el paludismo y la sífilis; los casos concretos se presentaban en Cali, Cartagena, Medellín y Bogotá; en dicho texto se mostraba un aumento en las cifras de personas con enfermedades sifilíticas, situación que según el informe, requeriría de vigilancia y medidas por parte de los jefes y superiores, en lo atinente a la moralidad y buenas costumbres (Boletín Militar, 1907, p. 475).

En Colombia se crearon institutos de higiene social y profiláctica, para emprender las campañas sanitarias cuya finalidad era medicalizar a los enfermos y confinarlos, en caso de posible contagio. Entre otros, se destacaron, el Instituto de Higiene Social en Bogotá, en cabeza del médico Jorge Cavalier, su fundador y director, quien contó con la ayuda del Hospital de la Samaritana para el aislamiento y tratamiento de las prostitutas; de igual manera, cabe destacar el Instituto Profiláctico en Medellín, cuya función era combatir las enfermedades venéreas, a partir de una orientación altamente educativa, policiva y de control riguroso, cuyas acciones estuvieron lideradas también por su fundador, el médico Uribe Escobar, (Muñoz, 1935).

En relación al control de este tipo de enfermedades, también para 1911 se emitió el acuerdo 16 del Consejo Municipal, por el cual se organizó la consulta externa de la Clínica Municipal, ubicada en la carrera 12 número 11, cuya finalidad era atender a hombres y mujeres pobres con afecciones venéreas, que eran carentes de recursos para acceder a una consulta particular. Posteriormente, para 1916, mediante el decreto 61, se fundó un dispensario para mujeres, y la Clínica Municipal subsistió sólo para la atención masculina.

El tipo de atención dispensada en esas instituciones era ambulatorio; los pacientes eran sometidos a tratamientos y a programas de educación rigurosa de carácter un tanto alarmista; aquellos debían matricularse en el dispensario para llevar un control preciso, y evitar su desistimiento de los tratamientos formulados (Navia, 1923).

En conclusión, la tarea preventiva y profiláctica para estas enfermedades, se planteó en cuatro ejes principales: educación, asistencia médica, asistencia social y jurisprudencia. La profilaxis, definida entre la condena y el pecado se intensificó. Por su parte, la principal estrategia utilizada fue la educación, la cual se impartía a través de folletos explicativos que hablaban de la forma de contagio. También fueron de utilidad la prensa y el cine para fines de difusión; igualmente se contó con la colaboración de maestros, enfermeras y policía sanitaria, en los programas de educación; el certificado prenupcial, así como la detección de enfermos venéreos en dispensarios, y la reclusión en hospitales en casos de infectantes activos, fueron igualmente medidas utilizadas para el control de las enfermedades de ese tipo. Valga decir que todo lo anterior, señaló la tarea moralizadora y medicalizadora de la higiene.

2.6.4 Enfermedades transmitidas por mosquitos y gusanos. Atraso y debilidad.

Dentro de este grupo de enfermedades, se catalogó a cada “agente” de acuerdo a la enfermedad que transmitía, de la siguiente manera: los mosquitos que transmiten la fiebre amarilla llamados *stegomya*; los agentes trasmisores del paludismo llamados *anofeles*; los trasmisores del dengue llamados *culex* y las llamadas *uncinarias* que producen la uncinariasis o “anemia de los mineros”, cuyos pequeños gusanos penetran por los pies recorriendo todo el organismo, causando alteraciones pulmonares, digestivas y circulatorias. Estos últimos gusanos, se percibían como enemigos que se depositaban en el intestino humano, en el cual se reproducían, haciendo de la persona un sujeto débil e improductivo para el país (Samper, 1912, p. 98-99)

Las acciones profilácticas y preventivas para controlar dichas enfermedades, delimitaron acciones puntuales allí donde se presentaban los brotes. El enfoque del trabajo preventivo se generalizó en el estudio de la medicina, y fue el tema de muchas tesis y trabajos enfocados bajo

los siguientes tres criterios generales: la destrucción del mosquito, la protección de los sujetos sanos, y el tratamiento y protección de los sujetos enfermos⁴⁰ (Samper, 1912) (Prieto, 1929).

Las campañas desplegaron intervenciones enérgicas sobre lo público y lo privado, comenzando por la destrucción del mosquito; la supresión de aguas estancadas; el desecho de las excretas; la higiene de las habitaciones, la ropa y los muebles, así como el uso de calzado, catalogado este último como “el medio profiláctico por excelencia contra la anemia tropical”⁴¹ (Bejarano, 1936, p. 14). Igualmente, en relación a esto se tuvo como importante la construcción de letrinas, y el tratamiento del agua; aspectos centrales de vigilancia e intervención, especialmente en áreas rurales, en las que nunca antes habían existido dichos instrumentos.

En un estudio de las condiciones demográficas, realizado por el Departamento Nacional de Sanidad en 1920, la anemia tropical y el paludismo, figuraron como causa de mortalidad en

⁴⁰ Bajo estas representaciones (Valbuena, 1934; Patiño, 1937; Duran, 1944; Arboleda 1944). Documentan que se inició en el país una campaña de altas dimensiones, que evocó no sólo en los higienistas del país, sino en empresas filantrópicas norteamericanas como la fundación Rokefeller, un interés particular que, solapado bajo la preocupación de la salud pública, pretendió puntualizar territorios instruidos y civilizados, demostrando que en el país era posible mano de obra sana y fuerte para trabajar en la industria y producción agraria; esta fundación participó de manera permanente con apoyo técnico y financiero en la lucha contra las enfermedades llamadas “debilitantes”: (malaria y anquilostomiasis), Así mismo, fomentó reformas sanitarias como la construcción de excusados y letrinas en la ciudad y zonas rurales, promovió el progreso de laboratorios para la preparación de sueros y vacunas; otorgando becas para la formación de epidemiólogos, salubristas, estadísticos y enfermeras entre otros. Para la década de los 40, promovió recursos para fundar una escuela para la formación de enfermeras profesionales. (Quevedo, 2004; Hernández, 2002; Kalmanovitz, 1985; Abel, 1996; Muñoz, 1947, 1935; OPS, 2002).

⁴¹ El Ministerio de Educación Nacional da cuenta en un informe presentado a la cámara legislativa, que destinó la suma de \$12.000 pesos para la compra de maquinaria destinada a la fabricación de calzado barato, al alcance de las clases obreras y de los niños de concurren a las escuelas públicas. (Bejarano, 1936)

8,05 por 100 y 5.16 por 100. Estas cifras, fueron utilizadas desde la estadística vital, y justificaron la legislación sanitaria para “mejorar” las condiciones de trabajo y de vida de las clases obreras, y de los agricultores. A partir de ellas, se fomentaron acciones como la “deseccación de pantanos, la lucha contra el anófele (mosquito), y la propaganda informativa a todos los trabajadores”; todo lo anterior, inculcado inicialmente en la escuela primaria, en la cual se debía implementar la enseñanza sobre las normas de higiene elementales, asumidas ahora como problemas sociales (Revista Médica de Bogotá, 1920, p. 429).

Para ese propósito, se requirió, igual que sucedió con las otras enfermedades, de un programa nacional de sanidad como estrategia expansiva, en procura de un saneamiento más allá de la propia de la higiene personal. El estudio del suelo, del agua y de la influencia de los climas bajos, se orientó a incorporar labores educativas masivamente como estrategia preventiva, para lo cual se requirió del apoyo de enfermeras visitadoras sociales, guiadas por las ordenes médicas, con el fin de cumplir la misión higienizadora. Un informe de 1934 del doctor Jorge Bejarano, como presidente del Comité Nacional de la Cruz Roja, documenta que para el saneamiento de las zonas sur de departamentos como Florencia, Huila, Nariño, Cauca y Valle, fue conveniente dejar un cuerpo de enfermeras visitadoras bajo las ordenes de médicos de sanidad, con el fin de iniciar una gran campaña de higiene, que abarcaría tanto la vacunación masiva, como las labores educativas extensivas a consultorios de consulta externa, y a soldados desmovilizados en situación de enfermedad, que padecían de paludismo, enfermedades venéreas, viruela, o tifo. Según informó el doctor Bejarano, esta campaña fue atendida por enfermeras de la Cruz Roja Nacional, desde mayo de 1933 hasta enero de 1934 (Bejarano, 1934).

Otras voces también se escucharon en torno a la necesidad de una sanidad rural. En un informe presentado por el doctor George Bevier, a los miembros del Comité de Higiene Rural de

la Cruz Roja Nacional, aquel se refería a las campañas iniciadas contra la uncinariasis en Colombia. Dichas campañas, se iniciaron en 1920 bajo el auspicio de la fundación Rockefeller, como campo de experimentación y de administración de los servicios de higiene, a partir de la creación de una policía sanitaria, tras la que se ordenó a la población la construcción de letrinas. Sin embargo, alrededor de este tema se presentaron diversas dificultades en cuanto a su construcción, por falta de asesoría técnica, ocasionando mayor propagación de malos olores y mosquitos. El informe referido, hablaba precisamente de la necesidad de formar personal de apoyo, mencionando que los inspectores sanitarios, eran los que debían hacer el trabajo técnico en el propio terreno, pues la desmotivación de los médicos por estos trabajos, fue un hecho que desprotegió las zonas rurales de higienistas⁴² (Revista de Higiene, 1933, p. 142-143).

Ahora bien, aunque estas enfermedades “debilitantes” no implicaron señalamientos sobre lo moral o lo religioso, si se concentraron en otra identidad clasificatoria, en el orden del discurso productivo. Higienizar el sujeto, el agua, la comida y la vivienda, fueron temas que reclamaron un proceso de subjetivación, antes iniciado por la multiplicidad de prácticas amparadas en el saber científico, las cuales son llamadas por Foucault (2009) “tecnologías políticas” (p. 174). Estas, requirieron del apoyo estratégico de nuevas subjetividades, para ejercer un modo de

⁴² Las campañas reiniciadas en 1929 fueron en Palestina, Caldas y se hicieron extensivas a otras zonas como Chinchiná donde el aumento las letrinas llegó a 1.140; luego continuó en Norte de Santander, Nariño, valle del Cauca, Antioquia y Fusagasugá, con el apoyo de ingenieros sanitario en calidad de inspectores para el control de basuras y criadero de mosquitos y enfermeras visitadoras para orientaciones en educación, visitas domiciliarias en función educativa y de inspección de la vivienda. (Revista de Higiene, Febrero, Numero 2, Año XIV; 1933: 141-149).

gobierno sobre la vida de los individuos, a partir del control del cuerpo, las enfermedades, el alimento, la habitación, y en general, sobre toda su existencia. En palabras de Foucault: “se instaló un bio-poder o poder sobre la vida, como elemento esencial del capitalismo, reafirmado por el control de los cuerpo en el aparato de producción ajustado a los fenómenos de población y los procesos económicos” (Foucault, 2009b, p. 170).

2.6.5 Alcoholismo. Una endemia social

El alcoholismo fue catalogado como enfermedad de carácter degenerativo, que traía serias repercusiones para la raza; este enunciado traspasó todos los umbrales entre creencias, mitos, realidades, vicios, pobreza, crimen e ignorancia. La exposición de motivos para evitar el consumo de alcohol, se enfocó principalmente en la prohibición de la fabricación y el consumo de chicha, pronosticando que su consumo, traería serias consecuencias al pueblo colombiano y al proyecto nacionalista iniciado en el país.

El consumo de bebidas como la chicha entre la población colombiana, fue considerada una endemia social, y su fuente de contagio se catalogó en el orden moral; igualmente se exponía que su consumo conduciría a una gran irritabilidad, desviada por una letal toxicomanía y desequilibrios sociales (Franco, et al, 1915). Una de las causas de su uso fue atribuida a una deficiente alimentación, para cubrir los déficits energéticos necesarios en el rendimiento en el trabajo, principalmente en la altiplanicie andina oriental. Sin embargo, a este estado patologizado se sumaron otras causas de tipo antropológico como perturbaciones orgánicas y depresivas, que incluían alteraciones del orden mental (personas abúlicas, desadaptadas, débiles y pervertidas) o deficiencia educativa por la falta de distracciones sanas, climas enervantes y causas morales.

Dos posturas se observaron hacia mediados de los años 30, frente a la carga de alcohol en esta bebida, y frente a sus efectos en el organismo. La primera fue la expuesta por el doctor

Barriga Villalba, profesor de la Facultad de Medicina, en un debate publicado en el diario el Tiempo en 1937 (Revista de Higiene, 1937b), en el que se hablaba sobre las razones del alto consumo de chicha entre las clases obreras y los jornaleros, especialmente en las regiones de Cundinamarca y Boyacá. El doctor Barriga defendió la tesis de que la chicha y el guarapo, como bebida nutricional con bajos niveles de alcohol, servía de base a los requerimientos energéticos necesarios para el trabajo duro, “fortaleciendo el músculo”; allí igualmente expuso que por el contrario, otras bebidas alcohólicas como el vino, la cerveza, el Whisky, etc. contenían mayores porcentajes de alcohol, y su consumo causaba más daño en el organismo (Revista de Higiene, 1937b).

La segunda postura, opuesta a la del doctor Barriga, fue la enunciada por el doctor Jorge Bejarano, quien argumentaba que la chicha producía graves daños sociales y morales, y que era la causa de la alta criminalidad desatada en Bogotá, en los últimos tiempos⁴³. La embriaguez de chicha, patologizada como “Chichismo”, la cual desataba gracias a la sustancia llamada “ptomáina” que surgía de la fermentación del maíz, era, según Bejarano, la causante de los delirios y demencias de los “enchichados”. Esta postura fue apoyada por la mayoría de los médicos e higienistas del país, logrando justificar las acciones iniciadas para erradicar esta bebida, de las dos regiones del país en las que principalmente aquella consumía (Revista de Higiene, 1937b, p. 8-10).

⁴³ Los datos estadísticos de la oficina central de Medicina Legal en Bogotá, reportaron la alta criminalidad desatada en Bogotá en el mes de mayo de 1935, obedeciendo al consumo de chicha los fines de semana y en el mes de octubre de ese mismo año, por las cercanías de las elecciones electorales a consejeros Municipales; las cifras de heridos oscilaban entre 28 a 38 heridos por riñas callejeras en barrios como las Cruces, Paseo Bolívar, Ricaurte, Perseverancia, entre otros. (Revista de Higiene, año XVIII (8), 1936: 8-10).

Así bien, todas las campañas emprendidas en el país para tal fin, se justificaron a partir de la regeneración, la conservación de la especie y la moral, en busca de una normalización social, bajo principios y procedimientos que pudieran guiar al niño y al hombre por el sendero de la moralidad y de las buenas costumbres, y exponiendo los peligros que implicaba el consumo de la chicha, los cuales según se mencionaba, iban desde la decadencia física y mental, hasta la perversión moral (Revista de Higiene, 1940b, p. 62).

Las escuelas fueron el lugar por excelencia para iniciar las campañas antialcohólicas. Según un informe de inspección escolar de 1906, de una escuela, ubicada en la provincia de Túquerres, Nariño, era obligatoria la lectura de un folleto para niños titulado: “La enseñanza del antialcoholismo” cuyo autor era Galtier Boisier. Igualmente, era imprescindible la asistencia de los estudiantes, a las conferencias dictadas por maestros, médicos y por los mismos directores de escuelas, pues a través de “consejos”, se podría prevenir el pernicioso vicio de la embriaguez (Revista de Instrucción Pública de Colombia, 1906, p. 498). El mismo informe describe en detalle, los textos escolares utilizados para la enseñanza, dentro de los cuales como se aprecia en la tabla.1 que aparece a continuación, se destacaban las cartillas antialcohólicas, que eran utilizadas como texto guía, para aplacar la frenética tendencia al alcoholismo de la raza colombiana.

Tabla 1. Existencia de los textos de Enseñanza de la escuela de Túquerres, Nariño. 1906

Texto cartilla	Cantidad
Cartillas de Baquero N1	49
Cartillas de Baquero N2	34
Historia Patria Por Vergara y Velasco	1
Estudio sobre gobernantes Americanos	1

Minas de Colombia	1
Reglamento para escuelas	15
Catecismo de Astete	30
Agricultura por Molina Ángel	2
Poesías por Longfellow	1
Enseñanza del antialcoholismo	40
Pedagogía por Restrepo Mejía	5
Gramática por Restrepo Mejía	8
Límites generales de Colombia	15
Agricultor Colombiano por Arias	5
Geografía por Lemos	4
Geografía por Vergara y Velasco	1
Himno Nacional	4

Tomado de *Revista de la Instrucción Pública de Colombia*, (1906; 496)

Por otra parte, la tesis degenerativa partía de una predisposición genética que debía ser frenada desde la intervención del niño, como el principal sujeto en riesgo; ello, con el fin de frenar su tendencia a continuar los pasos de sus padres, atendiendo a que el consumo de chicha, fue examinado como factor predisponente de ciertos comportamientos inmorales, tales como “la vagabundería, el raterismo, la insensibilidad moral, la coprolalia” etc. Este tipo de concepciones, se evidencia en la idea expuesta por el médico López de Mesa en 1923, cuando afirmaba que:

(...) tenemos que inclinarnos ante la evidencia de que el alcoholismo (consumo de chicha) es la plaga más lesiva que pesa sobre la humanidad; La chicha está causando una

degeneración de la raza india en los departamentos de la cordillera oriental, es de fácil observación la viva inteligencia de los niños del bajo pueblo bogotano hasta la pubertad, época en que, así lo juzgo yo, aparece una perturbación por herencia homocrónica, que los hace lerdos, humildes, perezosos y no poco inmorales (López de Mesa, 1923, p. 26).

Este tipo de señalamiento, constituyó la rejilla de apropiación llamada por Sáenz (1997), “la imagen de una raza degenerada”, enfoque que tomó fuerza en el modelo de intervención socio-sanitaria, en especial en las campañas antialcohólicas, basadas en una preocupación eugenésica para el desarrollo social; lo que en palabra de los autores: “conformó un doble movimiento; por una parte el salto a lo moderno, y por otra, detener el retroceso de la raza (...)” (p. 11).

En este sentido, la propaganda antialcohólica se argumentó como una forma de dignificar la raza, y de redimir a las generaciones futuras; acepción que se unió a la imagen de un hombre superior, libre de vicios y taras fisiológicas, que impedían formar los hábitos necesarios para el trabajo. Dicha propaganda, igualmente buscaba lograr el tan deseable desarrollo físico adecuado, de un sujeto vigoroso y capaz de asumir la responsabilidad de ser higiénico, para ocupar el nuevo lugar de cultura e instrucción que era promovido por el nacionalismo.

Toda medida de represión que esto puedo suscitar, se justificó y examinó, al igual que ocurrió con las enfermedades estudiadas anteriormente, como una amenaza y una limitante para el desarrollo social y para la nueva imagen nacional. Al respecto, un médico escolar decía lo siguiente:

Lo necesario son hombres sanos, vigorosos, aptos para los trabajos duros de la vida, con las almas fuertes como los cuerpos, libres de lacras y vicios. Si a eso se agrega cultura e instrucción se tendrá el tipo de hombre superior, honra de la especie, basada

sobre la salud, fuerza del organismo, y el equilibrio y amplitud del espíritu (Castro, 1920, p. 1).

Cultura, instrucción y salud, encontraron las condiciones de posibilidad para que las políticas de prevención y profilaxis, operaran a manera de prácticas pedagógicas que, materializadas en las campañas de lucha contra las enfermedades y las cartillas “normalizadoras”, giraran en torno a tres palabras: vigilar, aislar y educar, dejando ver en el intersticio y en la profundidad de los propios discursos, la necesidad de una raza fuerte y vigorosa, pensada y operada como capital y recursos para el progreso, posibilitando de esta manera un ascenso al biopoder⁴⁴.

Se procedió entonces a establecer una jerarquización a través de determinantes sociales de comportamiento, que calificaban de “bueno” o “malo” el proceder de la población, incursionando tanto en las esferas públicas como privadas; esto, finalmente produjo una sociedad sometida al “disciplinamiento” y a la “homogenización”. Planteamientos como el siguiente evidencia precisamente esta postura:

Es necesario que los Estados consideren al hombre como un capital que deben adquirir a costa de los sacrificios necesarios, que deben cuidar y acumular con el mismo

⁴⁴ Un aspecto estudiado en la consideración foucaultiana del bio-poder fue la conexión constitutiva que tuvo la vida y la muerte a partir del siglo XVIII, cuando se desplazó la potencia de la muerte de los estados soberanos y emergió el poder sobre la vida en los estados nacionales; es decir que ahora el problema se centraba en la administración de los cuerpos y la gestión calculada de la vida; las instituciones figuraban a partir de las reflexiones de disciplina, ordenamiento y educación para el orden social; el ejército y la escuela fueron sus principales representaciones; la demografía, tablas estadísticas, estimaciones entre las relaciones de habitantes, riqueza y estimaciones de duración de vida, constituyeron un discurso abstracto que se fue concretando como la gran tecnología de poder en el siglo XIX. (Foucault, 2009b:167-170).

interés con que se cuidan de guardar sus reservas de oro. Este capital humano, de valor inapreciable, es sin duda el más valioso de todos los tesoros y rinde intereses fabulosos (Baeza, 1935, p.67).

Para concluir este apartado, diremos que la enfermedad en Colombia constituyó para el poder estatal, un punto de tensión entre capital, trabajo y producción⁴⁵. Los discursos de modernidad y nacionalismo, se tornaron incongruentes frente a las enfermedades y degeneraciones señaladas para la población colombiana; ello explica de alguna manera la intensidad y fuerza que conservaran las campañas higiénicas durante este periodo a lo largo del país. La prevención y la profilaxis se impusieron como el dispositivo estratégico, que acuñaría los puntos centrales de intervención para la normalización social.

Igualmente, hemos logrado precisar los significados aportados a la forma en que se redistribuyeron e institucionalizaron las principales enfermedades consideradas como amenaza al proyecto de Nación. De un lado, la preocupación “moderna” de medicalizar a manera de imposición de normas de conducta justificadas por la ciencia y nuevos descubrimientos, y de otra, la extensión de un poder sobre la vida, que superó las expectativas y alcances para el

⁴⁵ La gran emergencia que suscitó el capitalismo, según la teoría foucaultiana fue la entrada de la vida en la historia como asunto de riqueza y prosperidad para una nación, esto no quiere decir que antes no existiera, solo que ahora la vida era susceptible de ser vigilada, cuantificada, modificada, biologizada, como problema político en el orden del saber/poder; para ello las instituciones de poder aseguraron el mantenimiento de esas relaciones de producción en el orden de “técnicas políticas” utilizadas en diferentes instituciones como: la familia, el ejército, la escuela, la policía y la medicina; operaron en diferentes terrenos y en varios niveles como ajuste a las relaciones entre fuerzas productivas y capital; “ por primera vez ... lo biológico se refleja en lo político” (Foucault, 2009b; 170-172).

espacio público, haciéndose necesaria la emergencia de nuevas instituciones y sujetos en apoyo a una medicalización eficiente.

Esta “tecnología política de la vida”, procuró una relación pedagógica para el adiestramiento, ajuste de los sujetos, cambios en sus estilos de vida y comportamientos, distribución y cálculo de sus energías. En definitiva, una pedagogía que diera cuenta de una economía de vida, estimada en registros de natalidad, morbilidad y controles de espacios, así como el sometimiento a todo tipo de exámenes médicos y psiquiátricos, junto a una biopolítica que según Foucault, se desarrolló a partir del adiestramiento, la disciplina, y el ajuste de fuerzas que pasaron a ser elementos indispensable de la economía (Foucault, 2009b, p. 176-177), lo cual para el siguiente periodo, se hizo más extensivo y exhaustivo.

A continuación veremos cómo para el caso colombiano, se fue implementando este nuevo régimen de verdad con sus modalidades de enunciación, dentro de una institución como el hospital, el cual fue concebido como lugar importante de aislamiento y control para la higienización implementada en el país.

2.7 El hospital de encierro. Un lugar de aislamiento

En este trabajo, al analizar el hospital como institucionalidad específica, se pone de manifiesto la necesidad de cambiar la perspectiva desde la que estamos acostumbrados a verlo. Esto quiere decir que se requiere tener una mirada que vaya más allá de analizar, cómo el hospital aportó a la curación de las enfermedades, y se analice también, cómo en la vivencia hospitalaria, se aplicaron estrategias para medicalizar la población. En tal sentido, se trata de revisar desde las propuestas higienistas colombianas, los posibles enunciados que se entrecruzaron desde la interioridad y exterioridad corporativa, para dar forma a las diversas relaciones entre el saber y el poder, junto a las acciones concretas que realizaron los sujetos

dentro de ella, como aporte al nuevo proyecto nacional, el cual estaba focalizado en conformar un sujeto higiénico.

Comenzamos entonces por indagar, desde los diferentes conceptos y posiciones del sujeto, cómo en general operó el hospital desde el siglo XVI hasta el siglo XX. Según Escobar (2004), para el siglo XVI el hospital asoció el concepto de pobreza, a la diversidad de funciones que contemplaba. Este servía de refugio para los desvalidos, enfermos o transeúntes con necesidad de resguardo, a la manera de “hospicio para peregrinos, pobres, enfermos, huérfanos y locos” (p. 334).

Para el siglo XVIII y XIX, el hospital como “el templo de la muerte” y creador de enfermedad, solo era signo de estigmas de miseria y enfermedades, las cuales fueron agrupadas, ordenadas y clasificadas, de acuerdo a su probabilidad de contagio; allí, al médico no le quedaba otro camino que “atravesarlo y penetrarlo enteramente”. Durante este tiempo la medicalización fue tan rigurosa, que se acercó al dogma religioso y a la implantación de un clero de la terapéutica (Foucault, 2006, p. 42-72)

Particularmente para Colombia durante el siglo XIX y comienzos del XX, los acontecimientos que marcaron grandes cambios en la estructura socio sanitaria en el país fueron, por una parte, el surgimiento de epidemias, en especial de viruela, y por otra, las guerras, dada la presencia de gran cantidad de heridos y los brotes de fiebre de tipo epidémico; de acuerdo a estas condiciones, se distinguieron tres clases de hospitales: de sangre, de fiebre y de viruela.

Estas tres circunstancias discontinuas, produjeron en los hospitales cambios de orientación en su estructura funcional, con el fin de atender de manera urgente los eventos extraordinarios presentados, a los que la medicina no podía hacer frente en su forma cotidiana.

Este fue el caso de los hospitales San Juan de Dios⁴⁶ y San Vicente de Paul, que en época de guerras fueron acondicionado como hospitales de campaña de carácter militar. Igualmente, el Refugio de las Aguas fue adecuada en épocas de epidemia de viruela como hospital de virolentos y el Hospital Militar de Santa Librada, fue adecuado en 1816 como hospital de viruela y en 1819 como hospital de sangre, para acoger a los heridos de la batalla de Boyacá (Escobar, et.al 2004).

Afirman Márquez y García (2002) que durante las cuatro guerras civiles que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XIX -en especial en la Guerra de los Mil Días-, los servicios de atención inmediata a los heridos, fueron impartidos en las ambulancias o cuerpos de socorro, los cuales eran “una especie de campamentos itinerantes que pretendían tener la infraestructura de un hospital de combate”⁴⁷ (p. 84).

⁴⁶ Algunos hospitales que funcionaban en el país a comienzos del siglo XX se remontan a la colonia como el caso del hospital San Juan de Dios, fundado en 1564 por el arzobispo Fray Juan de los Barrios y luego en 1625 fray Cristóbal Torres, quien llamó a los hermanos de San Juan de Dios para prestar sus servicios en el hospital, éstos tomaron la administración hasta comienzos de la república; (Hermana Rosa De Lima, 1973). La estructura del hospital fue remodelada en varias oportunidades y finalmente en 1925 se trasladó a los terrenos de la Hortúa y su administración pasó a órdenes de la Junta de Beneficencia. (Escobar, et.al 2004; 334).

⁴⁷ “Durante la guerra de los mil días se crearon hospitales militares en barranquilla, Panamá, Santa Marta, Tunja y Cúcuta, establecimientos que también funcionaban periódicamente como ambulancias, y fue el de Bogotá, bajo la dirección de las hermanas de la caridad, el más estable. La estructura de los hospitales de sangre que funcionaron en la época era igual de improvisada que la de los cuerpos de socorro, pero contaban con un número más nutrido de voluntarios, en su mayoría mujeres, para atender a los heridos. Esta acción que se evidenció en la creación de un servicio sanitario en cada división, en la batalla de Palo Negro, compuesto por médicos y un equipo auxiliar de camilleros, para retirar los heridos más graves hacia Bucaramanga. A este servicio sanitario se unieron, en calidad de enfermeras, 40 hermanas de la caridad pertenecientes a la orden de las dominicas” (Márquez y García 2002:84-86).

La aparición y propagación de enfermedades infectocontagiosas durante las guerras, condujo a la creación de frentes de emergencia para la atención de los heridos en combate. Así sucedió por ejemplo en torno las enfermedades como la disentería, el paludismo, la neumonía, la viruela, o alguno de los tipos de fiebre, que “fueron reportadas por los protagonistas de la guerra de los mil días desde diferentes lugares del país y en momentos distintos de la contienda” (Márquez y García, 2002, p. 87).

En general, los hospitales en Colombia a finales del siglo XIX, se caracterizaron por tener un sentido de caridad cristiana y eran sostenidos por el Estado y por las donaciones caritativas que hacían familias pudientes. Aquellos fueron administrados por órdenes religiosas y servían para el refugio de los desvalidos, categoría impuesta a los pobres, los mendigos, las mujeres “descarriadas”, las viudas sin familia, los niños huérfanos, los enfermos y los locos. No obstante, algunos hospitales servían de asilo a niños huérfanos, y disponían de un lugar que servía de escuela para la instrucción gratuita en letras y moral cristiana⁴⁸. El lugar hospitalario de atención a enfermos, más que un lugar de curación, fue un espacio de encierro y aislamiento por excelencia.

Esta orientación continuó durante el siglo XX, pero con algunas particularidades. La higiene reorganizada luego de la última guerra civil, la Guerra de los Mil Días, pasó a conformar un nuevo modo de vida para los moradores tanto urbanos como rurales; igualmente, los hospitales iniciaron su reestructuración en dos sentidos: de construcción y asistencial.

Desde el aspecto de construcción, los criterios fueron estipulados mediante el acuerdo de ley número 40 de 1918, que hablaba sobre “los lotes para hospitales”, los cuales debían ser

⁴⁸ Ejemplo de ello, fueron las escuelas que funcionaban en los lazaretos, aún hasta mediados del siglo

sometidos previamente a la aprobación de ingenieros sanitarios y debían cumplir una serie de requisitos marcados por tres factores de tipo curativo: el aire, la luz y la quietud. Aquello quería decir, que la orientación de los vientos, el agua y el terreno, fueron fundamentales como criterios de aprobación, para construcción de estas instituciones (Departamento Nacional de Higiene, 1938).

Por otra parte, desde lo asistencial se fueron proyectando los nuevos enfoques preventivos y profilácticos para la vigilancia y el control de las enfermedades. El giro principal se dio en términos de la nueva visión de la curación, a partir de las perspectivas biologicistas, tras lo cual, emergieron los conceptos de limpieza, desinfección, esterilización y aislamiento, para prevenir y curar la enfermedad.

Un ejemplo de esto se puede vislumbrar cuando, en 1925, el Hospital de San Juan de Dios fue trasladado de la Carrera 9ª, a los terrenos de la Hortúa, atendiendo a las anteriores disposiciones. En el discurso inaugural de dicho evento, pronunciado por el presidente de la Junta de Beneficencia⁴⁹, se relataba que antes de las reformas, al hospital sólo acudían los enfermos “in-extremis”; pero ahora, las “nuevas técnicas hospitalarias” y los avances de la ciencia, permitirían pensar en un lugar de curación más que un lugar para la muerte (Revista Hospital San Juan de Dios, 1954, p. 3).

Las nuevas técnicas hospitalarias mencionadas, se enfocaron principalmente en la centralización de la atención, es decir, en la cercanía y facilidad de comunicación entre pabellones, servicios básicos de laboratorio, salas de cirugía, capilla, cocina y lavandería, además

⁴⁹ “El nuevo hospital de San Juan de Dios se construye gracias a la inagotable caridad de los colombianos personificada en las insignes personas: José Joaquín Vargas Escovar, Jorge Posada Muñoz, Habacue Calderón y Lastenia Peña de Peña”. (Revista Hospital San Juan de Dios, Vol2, Mayo, 1954: 1).

de la centralización de la atención de las enfermerías a manera de panóptico, posibilitando aminorar costos de operación, y aumentando la vigilancia y el control sobre los enfermos (Revista Hospital San Juan de Dios, 1962, p. 10).

A pesar de esto, aunque hubo una intención de transformación del hospital para la muerte a hospital para la curación, el hospital de encierro permaneció vigente con mayor intensidad, por cuanto era un lugar privilegiado para el aislamiento de las personas con enfermedades infecto-contagiosas. Este hecho se vio evidenciado cuando, para mediados de 1925 y en el marco de las campañas higiénicas iniciadas en el país, especialmente de tuberculosis, a los hospitales existentes se les exigió como mínimo, destinar un pabellón para recluir a tuberculosos, atendiendo a las normas de limpieza, y desinfección y siguiendo las recomendaciones de la ingeniería sanitaria, para disponer de los espacios según las normas dispuestas.

Al respecto, la ley 15 de 31 enero de 1925 sobre higiene social y asistencia pública refería que: “Por lo menos en uno de los hospitales que funcionan en cada una de las capitales de los departamentos ya sean aquellos nacionales, departamentales o municipales, habrá un pabellón destinado únicamente a la hospitalización de tuberculosos incurables” (Caicedo, 1940, p. 11).

Posteriormente para 1928, en los hospitales se impusieron las desinfecciones profilácticas para las enfermedades contagiosas: “en los límites en que sea posible, es necesario exigir una severa profilaxis para evitar la penetración y extensión de las infecciones en el interior del hospital” (Engel, 1935, p. 18); y para 1938, se dictaron disposiciones relativas a la obligatoriedad de los hospitales respecto del aislamiento de los casos infectantes de tuberculosis⁵⁰.

⁵⁰ Decreto 2326 de 1938. Diciembre 22. “Artículo 1. A partir de 1939, los hospitales generales que disfruten de un auxilio nacional de sostenimiento que sea mayor a ochocientos pesos anuales, quedan obligados a costear al servicio de tuberculosis. Art. 2 el servicio de TBC al que se refiere el artículo anterior será de tipo hospitalarios, destinado al aislamiento de enfermos contagiosos, en condiciones adecuadas, con las seguridades del caso para el

A la curación relacionada con elementos como el aire, la luz y el reposo, se añadió el régimen alimenticio como uno de los principios esenciales de la profilaxis. Por su parte, el aislamiento y la reclusión, se ratificaban con medidas un tanto extremas, que demandaban lugares especiales, como sucedía por ejemplo con los casos de lepra en los lazaretos, y de tuberculosis en los hospitales. El hospital como centro de reclusión para enfermos contagiosos - casos de lepra, tuberculosis, fiebre amarilla, enfermedades venéreas, brotes epidémicos como sarampión, tos ferina, viruela, neumonía, disenterías, entre otros-, evidencia que para inicios de los años 30, hubo un nuevo interés en áreas específicas como urgencias y cirugía, lo que conllevó a la modernización del hospital, en cuanto a la implementación de elementos como equipos, recurso humano, y nuevas disposiciones de estudio en el área médica.

Un caso interesante es el del Hospital San Juan de Dios en Bogotá, en el que, aunque para 1926 fundó un servicio de urgencias y estableció la cátedra de urgencias, según Perilla (1935), solo hasta 1932 logró establecer un servicio para la atención de hombres distinto al de mujeres, con número reducido de camas, que superó el área instalada frente a las demandas de atención, por cuanto se consideró que era el centro que más enfermos atendía.

Pero más allá de esto, lo que hay que señalar es que estas nuevas disposiciones, iniciaban al hospital como centro de experimentación y aprendizaje de estudiantes, médicos y enfermeras, quienes realizaban sus prácticas de hospital guiados por un médico director, para el caso de

resto del personal de hospitalizados y con la debida separación de sexos. Art.3. el servicio hospitalario de TBC puede establecerse en pabellones independientes o en salas especiales, aisladas del cuarto general del edificio, con las condiciones que determinarán las secciones de lucha antituberculosa y de ingeniería sanitaria, y cuyo exacto cumplimiento vigilará en cada caso la Dirección departamental de Higiene del respectivo departamento”.

(Caicedo,1940:45);

medicina, y por una hermana de la presentación, para el caso de enfermería, proyecto que se concretó en el siguiente periodo. Sin embargo, lo que tuvo mayor incidencia durante este periodo, fueron los casos de infecciones, incluyendo las nuevas áreas, por constituirse quizás en el asunto de mayor interés para la salud pública, aunque también debido a las discusiones y nuevos adelantos científicos, que ponían a prueba la necesidad de identificarse como país moderno y civilizado, además del interés de estar a las puertas de la modernización y al servicio del comercio y del capital, siendo estas enfermedades un obstáculo para tales fines.

Igualmente, el trabajo exitoso de los hospitales, dispensarios y otros servicios de asistencia de carácter social, se concretaba desde la óptica estadística, en la medida en que se hacía visible su estructura en la multiplicidad de porcentajes, así como en términos de tasas de morbilidad y mortalidad. De este tipo de trabajo se ocupaba la estadística vital, que acentuó su participación en lo relacionado al conteo y estratificación de las enfermedades en el país; de ella emanaban los informes de las enfermedades prevalentes y emergentes por periodo⁵¹. Valga decir, que el lugar en donde actuó con fuerza la estadística, fue precisamente dentro del hospital y las agencias de salud.

Para inicios de la década de 1930, la unilateralidad de la atención en salud fue reconocida como una deficiencia. En primer lugar, porque se decía constantemente que los hospitales sólo ofrecían dos tipos de servicios:, los casos incurables con la misión del aislamiento de los

⁵¹ Un comentario en la revista salud y Sanidad en 1932, describe un reporte de estadística vital con cifras de nacimientos frente a número de muertes por diferentes causas que según criterio médico hubieran sido prevenibles, las cifras son las siguientes: “ En el año 1929 nacieron en Colombia 238.794 niños, pero murieron 40.674 niños que no alcanzaron a cumplir los 2 años de edad; las causas de muerte fueron la mayoría por enfermedades infecciosas prevenibles como la tos ferina, fiebre tifoidea, gripe, paludismo, disenterías y enteritis coleriforme y tuberculosis pulmonar, asociado a pulmonías y bronquitis”. (datos fuente)

enfermos, y la práctica de tratamientos médicos y quirúrgicos recientemente introducidos por la medicina moderna; en segundo lugar, porque se insistía constantemente en la necesidad de contar con otros centros de orientación profiláctica y preventiva, que se ocuparan de los casos de riesgo, fuera del hospital como centro de atención a la infancia y a la madre.

De acuerdo con esto, en el país se reconocieron como agencias emergentes, según grados de complejidad y agrupación o catalogación de las enfermedades -sospechosos, infectantes activos, población en riesgo, etc-, los siguientes espacios:

a. Los dispensarios, como lugares orientadores y anexos a un hospital, para la detección de casos sospechosos de enfermedades infecto-contagiosas. Estos contaban con servicios diagnósticos y de tratamiento ambulatorio, servicio médico, una oficina de estadística para registro de todos los casos captados, un cuerpo de enfermeras visitadoras para las campañas profilácticas de tipo educativo, así como para la búsqueda de nuevos casos, junto a la vigilancia de los casos reconocidos.

b. El sanatorio, conocido como la agencia base para el tratamiento de la tuberculosis. Su función principal era la cura higiénico-dietética, a través del aire, el reposo y la dieta, la cual debía realizarse lejos de la ciudad (Muñoz, 1935). Sin embargo, debido a su alto costo, se requería asegurar un éxito en la curación, aspecto que hizo pasar a un segundo plano esta institución (Jaramillo, 1937).

c. El preventorio, una agencia de reclusión para los “niños débiles” en riesgo de contagio de tuberculosis. Se prefería que este lugar estuviera en el campo, lejos de las familias enfermas de tuberculosis; allí la base del tratamiento se regía entre ejercicio y reposo, aspectos que eran dirigidos por un médico y un pedagogo (Muñoz, 1935).

d. Las colonias de vacaciones, instituciones para la reclusión infantil de niños “disminuidos físicamente” por bajas medidas antropométricas, según los estándares establecidos por la medicina; allí el niño se internaba por espacio de dos meses aproximadamente, para adquirir el peso y talla adecuados, “de 2 a 3 kilos de grasa” (Jaramillo, 1937, p. 75).

La emergencia de hospitales más especializados, se hizo visible cuando se amplió la intervención y vigilancia por especialidades médicas. Además de las enfermedades infecciosas, también cobraba fuerza el cuidado de la maternidad y la atención infantil, las cuales comenzaron a ser paulatinamente las preocupaciones y focos de atención del proyecto nacionalista; sobre este asunto se hará un mayor análisis más adelante.

De otro lado, las nuevas técnicas quirúrgicas como el uso de anestésicos y otros nuevos tratamientos, definieron la experiencia clínica⁵² para la curación y rehabilitación de la persona enferma. Esta nueva definición clínica emergió vinculada a las prácticas de experimentación y enseñanza de los iniciados en el arte de la salud, específicamente los médicos y enfermeras; a su vez, se vinculó sigilosamente “al hospital donde se cura a los pobres y a la clínica donde se forman los médicos” (Foucault, 2006^a, p. 125).

⁵² Foucault (2006a) establece la diferencia entre práctica y clínica en la legislación del siglo XI; “la primera exigida al oficial de salud, es un *empirismo controlado*: saber hacer, después de haber visto; la experiencia se integra al nivel de la percepción, de la memoria y de la repetición, es decir al nivel del ejemplo. En la clínica, se trata de una estructura mucho más fina y compleja en la cual la integración de la experiencia se hace en una mirada que es al mismo tiempo saber, es decir, que es dueña de su verdad y libre de todo ejemplo, incluso si ha sabido por un momento aprovecharse de él. Se abrirá la práctica a los oficiales de salud, pero se *reservará* a los médicos la iniciación a la clínica”. (P123)

2.8 La escuela higiénica

Aldana (1921) describe la escuela de inicios de la década de 1920, como “el lugar para las enseñanzas higiénicas” (p. 7). El estatuto de infancia, considerado pasivo ante las amenazas del vicio y las pasiones, instituyó las condiciones para civilizar e instruir, mediante el sometimiento riguroso de las normas higiénicas y la vigilancia minuciosa del cuerpo, del vestido, de la alimentación, de las posturas y de las formas de comportamiento -moral y posibles fatigas-. Las áreas locales de la escuela, el salón de clases y los mobiliarios, también fueron objetos a higienizar, que sometidos a reglamentos estrictos en cuanto a sus medidas y disposición dentro del aula, serviría de apoyo para completar la acción higiénica (Castro, 1920). Posteriormente para 1936, se estableció la patente de sanidad emitida por el director departamental de higiene, previa aprobación de los ingenieros sanitarios⁵³(Departamento Nacional de Higiene, 1938).

⁵³ La Resolución 30 de 1936 emite la exigencia de una patente de Sanidad en lo referente a: excusados, provisión de aguas, disposición de aguas negras, ventilación, iluminación, pisos, servicio médico, mobiliario escolar, posición de los salones. El artículo 44 de esta misma resolución reza: “ en adelante no se podrán construir edificios para colegios de segunda enseñanza, ni mobiliarios escolares para los mismos, sin que los planos hayan sido aprobados por el departamento nacional de higiene y por el ministerio de educación nacional, debe adicionarse en el sentido de que los planos deben pasar primero por el ingeniero visitador, quien los revisará y si los encuentra aceptables los enviará al departamento nacional de higiene para su aprobación. Los planos que el ingeniero no acepte los devolverá al propietario dando aviso al departamento”; “no podrá emprenderse la construcción de ninguna escuela sin que la autoridad sanitaria correspondiente apruebe el sitio y se cumplan las exigencias de la higiene respecto de las condiciones higiénicas que deben llenar los lotes para escuelas.” (Departamento Nacional de Higiene, 1938:111,115)

El aseo como asunto de vigilancia y control, marcó la diferenciación y la exclusión de aquellos que no cumplían con lo dispuesto⁵⁴. En este sentido, la educación higiénica operó a cargo de la dirección médica, definiendo los temas y aspectos que debían cumplirse durante el año escolar. Sobre dichos aspectos, Martínez (1923), en su tesis sobre higiene de las escuelas, subrayó lo siguiente:

Registro riguroso dos veces al día del aseo de los niños; su valor correctivo y psicológico; juntas de higiene escolar; manera de reglamentarlas y dirigirlas; rechazo de los alumnos desaseados y aviso a los respectivos padres; posición correcta del niño al escribir o al leer; deformaciones que el esqueleto puede adquirir con los malos mobiliarios y las posiciones viciosas; ejercicios cortos y sencillos después de cada lección, enseñanza diaria de la calistenia, pero procediendo racionalmente, para lo cual deben acomodarse los ejercicios a la edad y demás condiciones físicas de los escolares, paseos y lecciones al aire libre; dictar conferencias teóricas sobre chichismo, uncinariasis, alcoholismo y otros puntos que los niños deben conocer desde la escuela (p. 16).

El aire y la luz, también fueron factores pensados para la escuela con una finalidad profiláctica. Había que cambiar “la casa destartalada, polvorienta y sucia”, por espacios ventilados e iluminados (Revista Cultura, 1940, p. 101). Igualmente los cuerpos infantiles tenían como función principal airearse, asearse y recrearse, a partir del deporte y la gimnasia, a través

⁵⁴ Una marca de inferioridad para el niño fue el no portar calzado al asistir a lugares públicos como la iglesia y la escuela, justificado por el riesgo de enfermar; la costumbre de andar descalzo o usar alpargatas era una práctica cultural, sin embargo, el porte de esta nueva prenda de vestir se tornó obligatoria y creó cierta tensión y diferencia social marcada con el calificativo de “embotinados” a los niños que asistían con zapatos, estableciendo cierta civilidad y aire de superioridad frente a los que no los usaban. (Bejarano,1936)

de lo cual se mantendrían vigorizados, adquiriendo robustez como signo de regeneración, lo que además debía observarse también en el plano moral, tonificando el contorno social, que en últimas, constituiría el modelo higiénico del país (Herrera y Buitrago, 2012). Así, el programa de enseñanza primaria, incluyó como materia fundamental la educación física, que abarcaba la fisiología, la higiene y la gimnasia (Informe de Educación, 1940, p. 7).

La higiene se constituyó como un saber escolar con un enfoque eugenésico, y se convirtió en la base sobre la cual, como lo describe el profesor Noguera (2003), “debía girar toda la dinámica de la vida escolar”. A través de ella, se podría erradicar la ignorancia, el analfabetismo y el atraso social del siglo anterior, convirtiéndose en la puerta de entrada a la modernización social, y en la plataforma de la construcción nacionalista⁵⁵.

Estas nuevas características de la escuela, posibilitaron una mayor expansión y cubrimiento de las masas infantiles, lo cual se intensificó en los años 30. Por otra parte, los cursos de higiene general que allí se impartían, enseñaban cómo evitar infecciones y contagios a través de hábitos de limpieza corporal, dado el miedo a la diseminación de secreciones propias o recibidas de otros (Revista de Higiene, 1940). A su vez, las cartillas instructivas fueron precisamente un claro ejemplo del tipo de educación que prevalecía; en palabras de Noguera (2002), estas “estaban marcadas por una fuerte presencia pedagógica impregnada de conceptos y prácticas higiénicas” (p. 285).

Durante esta época, también se establecieron diferencias de instrucción entre hombres y mujeres; tales diferencias se pueden leer en los programas de enseñanza. Por ejemplo, uno para varones de 1934, enfatizaba precisamente en la iniciación en materias como biología, fisiología,

⁵⁵ autores como Álvarez, Alejandro (2010) (2013); Herrera, Ximena (2012); Martínez, Alberto (2004); Noguera, Carlos (2002) (2003); Saldarriaga, Oscar, et, al (1997) han logrado un vasto estudio en esta área.

higiene, química, física⁵⁶ y educación física, con mayor intensidad horaria. Mientras tanto, el programa de enseñanza dirigida a niñas de escuelas medias y superiores, se inclinaba especialmente hacia las labores domésticas⁵⁷, haciendo énfasis en la economía, la contabilidad, la distribución y aseo de los muebles de la casa, el cuidado a los enfermos, primeros auxilios, entre otros (El Maestro de Escuela, 1926)

No obstante, en los dos currículos se percibe el dispositivo preventivo y profiláctico y la intervención médica escolar; así mismo, ambos contemplan la urbanidad y las buenas costumbres, tanto como el programa de higiene y salud, a partir de precauciones higiénicas y sanitarias, las cuales fueron expuestas en los siguientes términos:

- a. Práctica rigurosa de principios higiénicos en relación con el aseo, alimentación, vestido, descanso, ejercicio físico, etc.
- b. Precauciones que deben tenerse respecto a los peligros que entrañan un ambiente descuidado; aire, agua, luz y alimentos, ambiente alegre y sano.
- c. Manera de evitar el contagio de las epidemias más frecuentes en la comunidad, gripa, fiebre tifoidea, fiebres eruptivas, etc. y de las enfermedades endémicas; el paludismo y la anemia tropical.

⁵⁶ como aspectos centrales se describen los programas de enseñanza primaria y normal para estos jóvenes en edades de 7 a 9 años, la enseñanza de las relaciones con la casa desde su distribución y materiales para construirlas; las cosas que lo componen para llamar a la casa un “lugar higiénico”; las relaciones del joven con la familia, el vestido, la salud, la educación, la vida social, entre otras (Revista Alma Nacional, 1935).

⁵⁷ La enseñanza de las labores domésticas incluía: la costura, corte y confección, diferentes clases de bordados, componer y zurcir y preparación y confección de vendajes sencillos, ropa de cama y de mesa (El Maestro de Escuela 1926; 43).

d. Cuidados que deben tenerse con enfermedades graves como la tuberculosis (Revista Alma Nacional, 1935, p. 85)

Desde entonces se tenían como indicadores de progreso las condiciones higiénicas, la alimentación, la dentadura, el agua, entre otros agentes externos que podían influir sobre la salud, así como el aire, los microbios, el vestido, el calzado⁵⁸, las materias orgánicas, los microorganismos patógenos entre otros. De esta manera, el progreso adquiriría la forma de salubridad pública y el currículo escolar sería su garante.

Como garantes de dichas medidas, estaban tanto el médico como la enfermera y el maestro, quienes fueron los agentes de soporte para la labor educativa y pedagógica dentro de la escuela; sus preceptos, elevados a la categoría de evangelio, se deberían infundir por todas partes. Así lo describía un higienista en la Revista de Salud y Sanidad, en 1932:

“Ojalá quienes ocupan puestos de influjo y de responsabilidad social quieran propagar y difundir este evangelio de la vida sana, reforzando con su voz la nuestra. Así podría cumplir mejor estas páginas nuestro propósito de enseñar al pueblo que a la prosperidad y a la felicidad no se va sino por el camino de la salud (Revista Salud y Sanidad, 1932, p. 15)

Bajo esta perspectiva, la higiene se propagó y en la escuela se pusieron en marcha todo tipo de prácticas higiénicas, en función de la felicidad y prosperidad social. La escuela se convirtió entonces en una estrategia biopolítica, en donde era posible controlar y vigilar a los sujetos infantiles, que posteriormente serían los reproductores principales de dichas enseñanzas.

⁵⁸ En cuanto al uso de calzado, el Gobierno del departamento de Caldas, a través del decreto 655 de 1939, artículo 4, ordenanza 60, reglamentó honores a la memoria del general Francisco de Paula Santander y estableció la semana del zapato escolar, entre el 6 al 12 de Mayo de 1940, para el alumnado pobre de las escuelas primarias. (Informe de Educación, 1940;58)

Bajo tales pretensiones, se hizo posible la concreción de un cuerpo difusor que intervino en la gestión escolar. Así, el servicio de higiene escolar calculó que en Colombia, se necesitaba un médico, un dentista y dos enfermeras, por cada 500 alumnos. Según el censo de profesionales, para el año 1937 había en el país 1512 médicos graduados, y aproximadamente 200 enfermeras preparadas (Revista de higiene, 1935c). En tal sentido, la preocupación por la educación higiénica en la escuela, no se centró solo sobre el campo de competencia médica, por cuanto la labor significaba asistencia, profilaxis y educación sanitaria de las enfermedades, desde una perspectiva preventiva y curativa.

De acuerdo con lo anterior, la participación de la enfermera escolar se hizo necesaria como apoyo eficaz para implementar los propósitos y el sentido político y social de la educación higiénica. Con ella se pretendía la vigilancia, así como el control interno y externo de los niños y sus familias, en función de la producción y reproducción de los preceptos higiénicos, todo esto con el fin de contribuir a la formación de un ciudadano nacional.

En un reporte de 1934 de la Unidad Sanitaria de la ciudad de Pereira, se afirmó que siendo la escuela una institución bien organizada, debía servir de modelo para las campañas higiénicas y de salubridad pública en los demás municipios, al punto que se llegaron a patrocinar cursos de higiene escolar, para los maestros del departamento (Villa, 1934).

Estos cursos se dirigieron específicamente a las maestras, y fueron dictados en su mayoría por enfermeras. A través de ellos, se tenía el propósito de “vulgarizar” el conocimiento que requería un pedagogo para que éste, a su vez, lo pudiera grabar en la mente de los alumnos. Los conocimientos impartidos versaban sobre el medio patológico en que se vivía, las entidades morbosas que amenazaban la época, la insuficiencia alimenticia, la vida antihigiénica en las habitaciones y el vestido pobre e inadecuado (Revista de Higiene, 1937e): Dichos cursos tenían

tres meses de duración, e incluían en su programa de enseñanza, nociones de anatomía, fisiología, biología, química, práctica de laboratorio con énfasis en microbiología, nociones y prácticas de enfermería, higiene escolar y nociones de estadística.

Las maestras instruidas en el tema de la higiene escolar, expresaron la eficaz colaboración obtenida para las campañas de sanidad escolar, visibilizando de una parte, la sinergia entre salud y pedagogía, y de otra, su afinidad con el género femenino (Revista de Higiene, 1937c). Allí se habló incluso de una reforma educativa, basada en la intensificación de la higiene escolar, con médicos, medicinas abundantes, vigilancia incansable para la salud, ejercicios físicos y locales adecuados (Ruan, 1935). Al respecto, se puede decir que lo anterior se consolidó en la siguiente afirmación: “La escuela educa la voluntad, purifica la inteligencia y vigoriza al niño para hacerlo apto en la lucha por la vida” (Revista Alma Nacional, 1935, p. 87).

Se concluye entonces este apartado, exponiendo la idea de que la escuela, la educación higiénica y la pedagogía, encontraron un punto de enlace que permitió la construcción de nuevos sujetos y subjetividades, moldeados desde el saber y las prácticas higiénicas. Así, los cambios de hábitos y de costumbres se configuraron como su principal propósito; el maestro, el médico y la enfermera como sus principales representantes, y el niño como su objetivo.

2.8.1 Tipos de escuela.

Varios enfoques grabaron la finalidad de la escuela como un lugar de conversión que operó a partir de la relación entre educación, trabajo y justicia social. La pugna entre los intereses económicos y las vidas depravadas que supuestamente llevaba el pueblo colombiano, marcaron una amenaza incesante e incompatible con el progreso señalado para la nación. Un pueblo ocioso, desnutrido y vicioso, debía ser cambiado por la disciplina, el orden y el trabajo como condición necesaria para obtener productos activos y fecundos (Revista de Higiene, 1940a).

En esta dirección, la escuela higiénica sería el lugar adecuado de vigilancia para la salud de los escolares; a través de ella se impartiría no sólo la educación en letras, sino también la educación higiénica necesaria, y el tratamiento y reeducación en casos especiales, pues: “El primer paso hacia la educación higiénica del niño es la escuela higiénica” (Revista Salud y Sanidad, 1932b, p. 20).

En este orden de ideas, entre las décadas de 1920 y 1940, se registraron diferentes tipos de escuelas o centros de educación y reeducación para la infancia, en áreas urbanas y rurales, particularizando en cada una la labor educacionista precisa, a través de la cual se lograría el cambio a un sujeto higiénico, marcado por el trabajo, el vigor y la inteligencia suficiente para aportar a los procesos modernos.

La instrucción primaria, establecida como mandato obligatorio mediante la ley 39 de 1903, buscaba difundir en todos los departamentos la enseñanza de nociones elementales para el ejercicio de la ciudadanía, así como una preparación en diferentes áreas como agricultura, industria febril y comercio. Igualmente se pretendía difundir la instrucción secundaria técnica y clásica, con nociones de cultura general, idiomas e instrucción profesional, aunque enfocándose en las necesidades de cada tipo de instrucción, bien fuera técnica o clásica; por ejemplo para la última, fue fundamental la enseñanza en letras y filosofía (Diario oficial, 1903).

La escuela primaria ejerció una función preventiva de sanidad, impresa por la defensa de la enfermedad para mejorar el rendimiento físico e intelectual. En tal sentido, la infancia fue sometida a continuos exámenes y tratamientos, lo que se justificó bajo las preocupaciones por su mejoramiento físico y moral (Revista de Higiene, 1937d)

La institucionalización de discursos en lo referente a la educación higiénica, se hizo a partir de la denuncia de la precariedad proveniente de costumbres catalogadas inadecuadas,

ambientes contrarios o pocos higiénicos y la falta de educación para cumplir con los saberes científicos. Acudimos a estas evidencias para analizar, cómo la prevención y la profilaxis, en su intención de controlarlo “todo” a través de los preceptos higiénicos, institucionalizó un poder que se ocupó de lo físico, lo somático y lo moral del niño en la escuela; aun cuando este fue un llamado a cualquier institución encargada de la educación higiénica.

Por su parte, la medicina operó a manera de exégesis, organizando e implementando estrategias para lograr medicalizarla, convirtiéndola en un lugar de vigilancia y control para la salud, que en su apuesta biopolítica, se reafirmó esencialmente en la conversión de un sujeto higiénico, formado para el trabajo y las lecciones de lucha futuras en torno al progreso nacional.

Ahora bien, para introducirnos más a fondo en esta temática, a continuación se hará una relación de los tipos de escuelas surgidos en aquella época, los cuales fueron:

2.8.1.1 La escuela urbana y rural: estos fueron dos lugares de enseñanza con diferencias marcadas. La primera se midió como una “escuela funcional”, orientada por ideologías pedagógicas experimentales, que privilegiaban los principios psicológicos generales, separando la escuela tradicional de una escuela nueva y de experimentación. Agustín Nieto Caballero, como representante de esta postura, habló de la escuela de la vida, del movimiento, de salir de la escuela para aprender desde el afuera y aprovechar el tiempo (Revista Cultura, 1925, p 93)

Por su parte, la escuela rural o aldeana como institución social, vinculaba los intereses y las capacidades de los aldeanos, para la enseñanza “científica” de la agricultura, la industria y la manufactura. Esta escuela se enunció como “templo cultural”; dentro de ella, el médico enseñaba biología e higiene; el párroco, historia de la religión, y el alcalde, elementos de instrucción cívica: Las cartillas de enseñanza allí usadas siguieron un método, y las conferencias allí

impartidas, se dictaron en torno a las condiciones del vestido, alimentación y bebidas, de acuerdo al clima (Revista Alma Nacional, 1932)

2.8.1.2 *Las Escuelas Industriales:* Estas escuelas dirigieron su enseñanza hacia la mecánica, la carpintería, la fundición y la electricidad, considerándose como educación vocacional de oficios prácticos. Dichas escuelas, estuvieron financiadas por la Nación y fueron cuestionadas por su infraestructura deficiente, su baja tecnificación y la falta de un plan de estudios que sobrepasara el nivel vocacional. Para comprender lo anterior, veamos a continuación la tabla 2:

Tabla 2. Escuelas Industriales en Colombia y asignación presupuestal. 1948

Escuelas	Asignación presupuestal
Escuela Industrial de Bogotá	700.000.00
Escuela Industrial de Medellín	800.000.00
Escuela Industrial de Cúcuta	500.000.00
Escuela Industrial de Pasto	500.000.00
Escuela Industrial de Santa Marta	600.000.00
Escuela Industrial de Neiva	600.000.00
Escuela Industrial de El Líbano	200.000.00
Escuela Industrial de Pereira	500.000.00
Escuela Industrial de Chiquinquirá	200.000.00
Escuela Industrial de Istmina	200.000.00
Escuela Industrial de Valledupar	200.000.00
Escuela Industrial de Puente Nacional	200.000.00

Escuela Industrial de Carmen de Bolívar	100.000.00
Escuela Industrial de Carmen de Viboral	100.000.00
Politécnico Femenino de Bogotá	100.000.00

Tomado del Ministerio de Educación Nacional (1948; 13)

Tovar (1947) planteó los problemas presentes en dichas escuelas, en torno a la discusión sobre la vinculación de la industria privada y la enseñanza industrial, así como en relación a la producción en serie y la capacidad para el trabajo. Igualmente expresaba que la falta de preparación especializada en estas escuelas, solía confundirse con la preparación impartida en las escuelas de artes y oficios, o en caso extremo, con lo que se enseñaba a los “incorregibles” o “deficientes mentales”; calificativos que disminuían su potencia para impulsar el desarrollo industrial, y colocarlo a la altura de las nuevas racionalidades económicas del mercado, de la demanda y de la producción.

En su defecto, el autor en cuestión propuso reemplazar la categoría de vocacional, por la de educación profesional⁵⁹, estableciendo niveles de tecnificación según años cursados, los cuales garantizarían una formación para el trabajo mucho más tecnificada, que incluía a expertos y técnicos (p. 7-29). A su vez, estos niveles llevaban implícito el nuevo hombre que requería la nación, remplazando la debilidad por la fuerza de trabajo. .

⁵⁹ “una reforma al plan de estudios se planteó en 1946, aumentando el número de años de 4 a 6 con la denominación de bachillerato técnico Industrial en dos etapas; los primeros cuatro años formarían el experto industrial general y los dos siguientes se prepararía por especialidad; reforma que no fue aceptada por la Universidad Nacional”.

2.8.1.3 *Las escuelas de artes y oficios:* fueron creadas para formalizar un trabajo calificado y asalariado, que no llegaba al orden profesional. Los cursos allí impartidos, tenían una duración de dos a tres años dependiendo del nivel de instrucción. De allí, se esperaba que sus egresados se “colocaran” en puestos del orden industrial y comercial, para realizar tareas operativas y productivas. En tal sentido, cuando, en 1916 se creó la Escuela de Artes y Oficios para Obreros, mediante la ordenanza 52, se dijo que el objeto de esta institución era: la “formación gratuita de hábiles obreros” en el campo de oficios industriales y con la debida instrucción moral y religiosa (Boletín de Instrucción Pública, 1917b).

Ahora bien, para 1918 la Escuela de Artes y Oficios de Señoritas de Bogotá, propuso la educación técnica necesaria para el ejercicio de una profesión acorde a su sexo⁶⁰. Allí se dividió la enseñanza en manual e intelectual; en la primera, se enseñaban bordados, modistería, tejidos, sombreros, flores, tapicería y guarnición; en la segunda, se dictaban cursos de farmacia, telegrafía, comercio y enfermería, los cuales tenían una duración de tres años. Aparte del plan específico de estudios, los sábados todas las alumnas recibían conferencias de urbanidad y economía doméstica, y durante el mes de mayo, se enseñaban ejercicios espirituales de penitencia y comunión, los cuales eran dictados por un presbítero⁶¹ (Aragón, 1921, p. 87-98).

⁶⁰ Para el sostenimiento de la escuela se destinó una asignación presupuestal del Estado que pasó de 6000 pesos anuales en 1918 a 35.500 para 1920 mediante la ordenanza 47, para disponer una partida para la edificación de la escuela y otra para la compra de útiles necesarios para su funcionamiento. (Aragón,1921:87-98)

⁶¹ para la matrícula se exigía un certificado de salud que acompañado durante el año lectivo por un médico oficial, realizaba visitas periódicas para detectar casos de enfermedad y determinar su permanencia o no en la escuela. La vigilancia de la conducta, la urbanidad y la salud fueron las principales prioridades para la escuela y de las cuales se refería persistentemente el informe. (Aragón,1921: 87-98)

Para 1931 todas estas escuelas se ampliaron y se crearon nuevas, incluyendo orfanatos para indígenas, los cuales estuvieron a cargo de las misiones católicas tanto en el Amazonas como en comisarías del Caquetá y del Putumayo. Así mismo, se estableció la enseñanza práctica en herrería, fundición, mecánica, tornería y calderería, y se dispuso la obligatoriedad de concurrir al Instituto Nacional de Artesanos, para recibir instrucción científica (Diario oficial 1897,1931).

Así mismo, la instrucción de orden científico se impuso tanto en el área rural como en lo urbano. Los enfoques productivos requerían ahora de mano de obra capacitada y disciplinada, para desempeñar oficios en industrias y fábricas de producción en serie. A las aéreas rurales llegó la tecnificación de la siembra y la cosecha, junto con otras formas de explotación de la tierra y de los recursos naturales. De igual manera, la economía, la religión y la moral se impusieron en estas escuelas, para instruir al obrero en la fábrica, al jornalero en el campo, y a la mujer en oficios propios de su sexo.

2.8.1.4 Las escuelas normales: Las escuelas normales para mujeres en Cartagena, Medellín, Popayán, Pasto, Bucaramanga, Tunja y Bogotá, y la escuela normal de varones, bajo la dirección de los hermanos de las escuelas cristianas, la cual fue creada en Bogotá en 1905 (Diario oficial,1905), orientaron la formación de maestros para la enseñanza en la escuela primaria. Parte de su formación, fue dirigida por la higiene en el orden moral e intelectual, así como en principios fundamentales en agricultura y comercio, para formar en los niños maestros prácticos pedagogos (Diario oficial, 1903).

2.8.1.5 Escuela para anormales: anormales o retardados pedagógicos, fue el calificativo dado a los niños que no cumplían con la estandarización trazada por la medicina, en cuanto a medidas antropométricas y al desarrollo psicológico y cognitivo. Dicho grupo se pensó como amenaza en dos sentidos; primero, por el mal rendimiento y bajos resultados en la escuela, y

segundo, porque al estar desescolarizados, pagarían un alto tributo a la vagabundería, la vida libertina y el delito. De una u otra manera la escuela para anormales se pensó bajo las siguientes orientaciones:

(...) colonia para niños deficientes y difíciles, sanatorios escuelas situados en la montaña o a la orilla del mar para los desnutridos y convalecientes, escuela para ciegos y sordo-mudos y para reeducar las funciones motoras deficientes, oficinas de orientación profesional y laboratorios de psicotécnica en las escuelas y en las fábricas, institutos especiales para niños superdotados, prisiones-escuelas, prisiones-talleres y prisiones clínicas, patronatos escolares de reintegración social para delincuentes, granjas agrícolas que sirven no sólo para ocupar a los deficientes intelectuales, sino también para reeducar a los desequilibrados afectivos y para enseñar a fondo el cultivo de la tierra, etc.(Revista Alma Nacional, 1933b, p. 16).

2.8.1.6 Casas de menores y escuelas de trabajo: fueron llamados también reformatorios. Desde 1914 se estableció una casa de menores y escuela de trabajo en Medellín, bajo la dirección general de prisiones: su tarea principal se relacionaba con la reeducación de los “niños difíciles”. En 1923, se reglamentó la ley 15 emitida por la Presidencia de la República, que estableció las condiciones para su funcionamiento; allí se incluyeron asuntos tales como las normas de construcción de los edificios, que debían contar con una botica, enfermería, baños y un gabinete antropométrico y el establecimiento de consejos disciplinarios, como el síndico, capellán y médico. La instrucción impartida allí, sería dada por pedagogos “versados en la dirección de anormales” y ante todo las prácticas se debían realizar en talleres y zonas agrícolas (Diario Oficial, 1923).

En estos centros a manera de escuelas-prisión situados en el campo, se internaba a niños mayores de seis años y menores de veinte, que necesitaban tratamiento y reeducación especial fuera de la familia, según determinaba el juicio del médico escolar y del director del establecimiento educativo (Revista Alma Nacional, 1933). El énfasis de estos lugares fue la regeneración a partir del trabajo en agricultura, además de la vigilancia sobre el completo cumplimiento de las exigencias higiénicas y pedagógicas⁶².

2.8.1.7 Escuelas domésticas: creadas en 1928 bajo la ley 47 del Congreso de Colombia, fueron instituciones destinadas a la educación de la mujer en oficios “propios de su sexo”. Allí se incluyó también la enseñanza de enfermería, por ser esta considerada una actividad propia de la mujer. Los recursos que permitieron el sostenimiento de dichas escuelas, provenían de auxilios departamentales (Diario Oficial, 1928).

2.8.1.8 Escuelas Maternas: Los centros de protección infantil fueron también llamados por algunos pediatras, escuelas de maternas, por cuanto allí se instruía de manera práctica a las

⁶² La ley 15 de 1923 emitida por el Congreso de Colombia sobre Las casas de Menores y Escuelas de trabajo en su artículo 3^a reza: “serán destinadas para: a) Los menores condenados a presidio o reclusión; b) Los menores condenados a prisión, arresto o trabajo en obras publicas; c) Los menores reclusos por infracción de las disposiciones de Policía; d) Los menores moralmente abandonados y que no tengan persona capaz que los reclame para su custodia y educación; e) Los sindicados por delitos y por faltas de Policía; f) Los concertados por voluntad de sus padres o tutores, y los que, por vía de amparo envíen las autoridades respectivas; g) Los que remitan los Juzgados de Menores donde exista esta institución. Parágrafo. Los menores concertados por voluntad de sus padres o tutores, que no sean pobres de solemnidad, deberán pagar pensión alimenticia, de acuerdo con el reglamento del instituto. h) Los menores detenidos o presos por delitos o contravenciones de que conocen los Jueces ordinarios. Parágrafo. Los menores que ingresen en los establecimientos de que trata esta ley, se clasificarán, para su separación, no por la causa o motivo por que entraron, ni por la edad, sino por el resultado de las observaciones pedagógicas que se hagan en el instituto.” (Diario Oficial 18765 y 18766, 1923)

madres, en técnicas de crianza en alimentación y prevención de enfermedades. Dichas escuelas constituyeron un centro de entrenamiento en preparación de alimentos, teteros, control de peso y talla, aseo, e higiene de los infantes. El principal objetivo trazado para esta institución por médicos y enfermeras, fue la disminución de la mortalidad infantil. Igualmente a través de las enseñanzas “científicas” allí difundidas, se esperaba obtener niños más robustos y sanos, así como ampliar la cobertura de atención, e instruir a la madre para que posteriormente, aplicara los conocimientos que allí recibía en su casa; esto último, posibilitaba descongestionar el servicio para atender mayor población. Finalmente hay que decir que estos centros infantiles, más que centros de protección, fueron centros de control (Pedraza, 1936).

2.9 Mujeres y niños, sujetos a higienizar

La mortalidad infantil fue presentada tanto en las agendas médicas, como en las del gobierno, como amenaza al desarrollo y a la economía del país; en tal sentido, se esperaba poblar la nación a través de la procreación “sana”, a la vez que lograr la disminución de la mortalidad infantil. Sobre estos dos últimos puntos, se establecieron una serie de condiciones para iniciar una nueva etapa, a partir de la cual garantizaría la disminución de los porcentajes presentados por la estadística vital, en cuanto a defunciones por enfermedades infantiles y neonatales. Así, apoyados en la estadística y bajo la premisa de obtener productos sanos desde antes y después de la concepción, la medicina demostró la prioridad de constituir políticas que dieran beneficios a las mujeres en estado de preñez, y así asegurar el estado de salud esperado, desde antes del nacimiento del niño; lo anterior, con el fin de “propender por individuos sanos y robustos capaces de ser ciudadanos útiles a la familia y a la patria” (Junta Central de Higiene, 1915, p. 95). Respecto a lo señalado, el siguiente apartado muestra la situación en cuanto a la problemática de la mortalidad infantil:

El enorme porcentaje de 17.35% por 100 de pérdidas en los nacimientos, por nacidos muertos y por muertos en la primera semana que hemos encontrado en nuestra clínica de maternidad, nos ha hecho pensar cuán poco se hace en nuestro hospital y de manera más general, en nuestra sociedad, por problema tan importante (Salazar,1921, p. 34).

Este tipo de discursos sobre de la protección de las maternas⁶³, los cuales fueron apoyados por las leyes y además eran comunes en países como Francia, entraron con fuerza a Colombia a comienzos de siglo XX, retomando los enunciados del médico francés Pinard, quien intentaba demostrar que los niños eran más robustos en las reposadas que en las recargadas, justificándose lo anterior a partir de la no perturbación de la vida intrauterina⁶⁴ (Salazar, 1921).

Los estudios de la genética y de la eugenesia, formaron parte de las preocupaciones de los higienistas colombianos, quienes estuvieron influenciados por los estudios realizados en Cuba; allí se estableció una relación entre la genética y la eugenesia, abordando problemáticas como la herencia, las alteraciones patológicas relacionadas con la debilidad mental, el alcoholismo, la criminalidad, el talento y la genialidad, entre otras. La eugenesia se vinculó con la herencia y la biología, y a su vez se relacionó con la obstetricia y la ginecología. Por su parte, los médicos y

⁶³ En Francia, la ley de 27 de noviembre de 1909 dice: “la suspensión del trabajo durante ocho semanas consecutivas, en el periodo que precede y sigue al parto, no puede ser una causa de rescisión para el patrono en el contrato de arrendamiento para el trabajo; es apenas cuestión de daños y perjuicios en provecho de la mujer, esta debería advertir al patrono en motivo de su ausencia”. (Salazar,1921:34)

⁶⁴ Un estudio realizado por Pinard a 500 mujeres en estado de embarazo, intenta demostrar el bajo peso al nacer de los niños de las mujeres que han trabajado hasta el momento del parto, frente al peso promedio esperado de los niños de mujeres que han permanecido por lo menos diez días de reposo; la diferencia fue de 3010gr para los primeros y 3100gr para los segundos. (Salazar,1921)

pedagogos se interesaron por la enseñanza de la puericultura y homicultura, en las escuelas de enfermería y en las escuelas normalistas (Armus, 2004).

Hacia 1927, se fundó en Cuba el Instituto Finlay para el beneficio de la mejora biológica del hombre, a través de la enseñanza de la homicultura y la eugenesia. Ello “promovió la creación y organización de la Escuela Sanitaria Nacional para la enseñanza teórico-práctica de las especialidades del médico sanitario, oficial sanitario y enfermero especializado” (García y Álvarez 1999, p. 51). Los cursos allí impartidos, tenían una duración variable, que podía ir desde dos años hasta tres meses; estos cursillos realizaban clases prácticas en el hospital.

Con el fin de resolver los problemas relacionado al alto índice de mortalidad infantil, y para mejorar la natalidad y aumentar la inmigración, se le dio importancia al embarazo, a la lactancia y a la defensa sanitaria de la niñez y de la maternidad, razón por la cual se creó, en 1913, la Liga Nacional Cubana de Homicultura, cuyas bases se fundaron a partir de la puericultura promovida por Pinard⁶⁵. La tesis central de esta disciplina, partía de la necesidad de cultivar al ser humano durante toda la vida, así como de la idea del mejoramiento racial a partir de los factores hereditarios: en tal sentido, dicha disciplina se definió por entonces como: “(...) la ciencia que tiene por objeto la investigación y aplicación de los conocimientos relativos a la reproducción, conservación y mejoramiento de la especie humana” (García y Álvarez 2007, p. 34).

⁶⁵ “Médico francés (1844-1934) obstétrico, pionero en el movimiento de puericultura en Francia, su trabajo implicaba salud prenatal y materna. Abogaba por proporcionar el cuidado social para las mujeres embarazadas de ambientes privados. Su objeto de investigación partía de la mirada de la herencia, reproducción, conservación y mejoramiento de la especie humana.” Consultado febrero 25 de 2012. Disponible en: http://centrodeartigos.com/articulos-utiles/article_108164.html

Para la primera mitad del siglo XX, la homicultura adquirió un carácter institucional en el Palacio de Homicultura, el cual reunía hospitales, asilos, laboratorios, museos, bibliotecas y archivos, los cuales trabajaban como un sistema dedicado al cultivo del hombre, tal como se hacía con las especies animales o vegetales; ello, con el fin de tratar los problemas de las tasas de mortalidad infantil, prostitución, enfermedades venéreas, abortos e inmigración, en estrecha relación con la higiene y las condiciones sanitarias (García, et al, 2007, p. 36).

A través de la homicultura, se promovieron campañas sanitarias de carácter nacional, en las que se trataban temas de higiene, alimentación y protección de la maternidad. Allí se incluía la enseñanza a médicos, comadronas, madres y al público en general (García, et al 1999, p. 127), y su instrucción se impuso de manera obligatoria a los médicos, dedicados a la salud pública.

Bajo estas orientaciones, en Colombia se insinuaron actividades concretas con las madres, sobre la manera práctica del cuidado durante el embarazo, sobre el puerperio y sobre lactancia materna, para garantizar buenos productos: “La mujer en cinta debe someterse no sólo a las reglas de higiene general, sino que se debe tomar ciertas precauciones dietéticas para la evolución normal de su preñez” (Salazar, 1921, p. 34).

Dicho proceso estuvo en concordancia con la emergencia de nuevas prácticas e institucionalidades, las cuales sirvieron de base para afianzar los conceptos propuestos desde la homicultura y puericultura, desarrolladas ampliamente en Cuba e implementadas en Colombia, a través de asuntos como la enseñanza higiénica, el sometimiento al examen riguroso y la clasificación de normalidad y anormalidad, lo cual sirvió para apropiarse e intervenir a todo aquel que estuviera fuera de sus reglas de formulación. A continuación veremos cómo se presentaron tales hechos.

Para 1917 se conformó la Sociedad Colombiana de Pediatría, con el objeto de abordar la medicina infantil, y divulgar la puericultura en todo el país. Su alcance médico trascendió las esferas sociales relacionadas con el niño, la madre y la familia; se auspiciaron instituciones denominadas “sociales”, como los centros de protección infantil, las gotas de leche, las colonias vacacionales, entre otras, con el fin de controlar en detalle los nombrados “problemas médicos”. De igual manera, se buscó establecer la conexión entre el personal médico y el hogar, lo cual garantizaría que los “consejos” dados por parte de dicho personal, fueran apropiados como era debido en cada caso.

El tema de protección infantil se expuso a partir de la preocupación por las altas cifras de mortalidad mostradas por la estadística, debido al serio problema que ello significaba en cuanto a las pérdidas para el país, en términos de costo/inversión; igualmente, la necesidad del aumento población, constantemente se aludía, en los discursos, como se lee a continuación

“para favorecer el aumento de la población en nuestro país es menester, además de prudentes leyes de inmigración, proteger con instituciones de esta misma índole y con la difusión de los conocimientos de la puericultura, la inmigración de nuestros propios niños (Pardo, 1920, p. 27).

Por otra parte, desde la perspectiva de la pobreza y la ignorancia, la protección del niño fue planteada en 1920 por el doctor Tiberio Rojas, quien mostró que dicha protección, debía ser aplicada desde antes del nacimiento. Ello, unido al estudio de la puericultura, creó las condiciones para la emergencia de nuevos lugares de control, como los consultorios prenatales y las casas de protección para las futuras madres, quienes también ocuparon gran parte de la atención.

Ahora bien, en cuanto a la mortalidad infantil, dos hechos se confrontaron respecto de la eficacia educacionista de la higiene, implementada desde 1920. De una parte, se aludía la ignorancia de las madres en la crianza de sus hijos, por carecer de conocimientos higiénicos, culpándose a estas de la alta mortalidad presentada especialmente en los niños de corta edad, clasificados como “mugrientos” y “demacrados”, quienes cargaban consigo la marca grave de falta de higiene. De otra parte, se puso a prueba la eficacia médica y la práctica especialista, ante la aplicación de una terapéutica para prevenir la mortalidad. Al respecto de estos dos aspectos, las siguientes afirmaciones pueden resultar ilustrativas:

Sin pecar de exageración, puede asegurarse que una gran mayoría, casi absoluta, de las madres colombianas, no saben criar a sus hijos de acuerdo con los preceptos de higiene elemental, lo cual trae como consecuencia el crecido aumento de la mortalidad infantil y una raza enclenque, degenerada y abúlica (...) (Castro, 1920, p. 24).

(...) Si los cuidados no son esmerados y si la terapéutica no es apropiada, entonces el niño morirá más fácilmente que el adulto; quiero decir que si el médico es un verdadero especialista, la mortalidad será mucho menor (Gamba, 1942, p. 197).

Pensar en la infancia y en la madre a partir de sus defectos, fue un hecho que se concentró principalmente en la carencia de alimentación, higiene, agua y jabón, lo cual fue visto como causa principal de la mortalidad y de la enfermedad. Para solucionar aquello, las nuevas institucionalidades emergentes pretendieron a toda costa, cubrir los déficits y apoyar la tarea educativa, iniciada mediante enseñanzas prácticas.

Por su parte, los centros de protección infantil fueron constituidos a partir de una compleja red de intervenciones, dirigidas especialmente a los niños pobres y a las madres. Para 1937 funcionaban en el país, 102 centros de protección infantil y materna, con un total de

225 servicios diferentes. Dichos centros atendían a lactantes y escolares, y su personal de apoyo estaba compuesto por médicos, dentistas, enfermeras parteras y enfermeras visitadoras sociales (OSP, 1938, p.751). La labor fundamental de estas instituciones era preventiva, específicamente en lo tocante a las causas llamadas “medico sociales”, las cuales abarcaban la salud física, mental y moral. En este escenario, todo fue sujeto a higienizar, y la labor preventiva se adelantó a partir de una red de consultorios⁶⁶ y salas especializadas, que estaban organizados según los siguientes ítems:

- para el niño sano y enfermo
- consulta prenatal
- servicios anexos como boticas atendida por enfermeras farmacéuticas
- sala cunas y centro de vacunación
- atención médica a domicilio cuando el estado del niño lo ameritara
- consultorios prenupciales⁶⁷

Aunque en Colombia no se reglamentó como obligatorio el examen prenupcial, si se le tuvo en cuenta al desarrollar las campañas de sanidad, asunto que estuvo apoyado desde la iglesia y la notaria de la localidad, especialmente cuando se sugería la práctica de este examen:

⁶⁶ Los consultorios preventivos tenían como finalidad la instrucción a las madres pobres sobre el cuidado y alimentación de sus hijos; el examen semanal y la vigilancia en su desarrollo fue de obligatorio cumplimiento para detectar defectos o alteraciones que la madre por su incapacidad intelectual y económica no podía prever. (Revista de Higiene, 1935c)

⁶⁷ La tarea en el consultorio prenupcial se aproximó a la investigación clínica minuciosa sobre la presencia o no de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra y demás, que fueron consideradas contraindicaciones para el matrimonio por la amenaza de hijos defectuosos que ocasionarían graves defectos a la nueva raza que estaba en formación.

“Cuando fuere el caso, los consultorios expedirán certificados prenupciales, que aun sin carácter obligatorio servirán para ayudar al desarrollo de la campaña educativa que a este respecto debe adelantarse con el pueblo”⁶⁸ (Revista de Higiene, 1935b, p. 30).

Por otra parte, las gotas de leche como parte integrante de los centros de protección infantil, fueron un claro ejemplo de una institución educativa interesada en enseñar a las madres estilos de crianza, nutrición y prevención de enfermedades. Dicha institución se inició bajo el acuerdo 32 de 1929, desde el Consejo Municipal de Bogotá, el cual determinó los fondos municipales para el sostenimiento de esta institución, siempre y cuando su dirección y administración, quedara a cargo de la Sociedad de Pediatría.

A su vez, acompañados de practicantes los médicos especialistas que conformaban la Sociedad de Pediatría, atendían a los niños sobre quienes se ejecutaban diversas prácticas, tales como el examen riguroso de medición de la relación peso y talla, además de mediciones del perímetro torácico, a partir de lo cual se ubicaba al niño en una curva de crecimiento y desarrollo, para catalogarlo como sano, enfermo, normal o retrasado. Mientras tanto, las señoras del Patronato de la Gota de Leche, apoyadas en la caridad pública, atendían las deficiencias nutricionales de los niños, a través de la enseñanza de la dietética y cocina popular; así mismo, aquellas se enfocaban en las prácticas de culinaria y la preparación rigurosa de tetos,

⁶⁸ Los altos índices de ilegitimidad en el país, según el Ministro de salud de Colombia, fueron una de las causas para restringir la medida obligatoria de un certificado prenupcial; las altas tasas de ilegitimidad presentadas en el país, comenzando los 30, se dieron en la región Atlántica, seguidas en menor proporción en los departamentos montañosos de Antioquia y Caldas, afirmó el Ministro en la X Conferencia Panamericana de 1938; las posibles causas, riesgo de abandono del menor por ignorancia de los padres. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1938:750)

actividades que sirvieron de apoyo a la nutrición del niño, a partir de la aplicación de los regímenes alimenticios especiales, de acuerdo a los dictámenes médicos (Revista de Higiene, 1935b)

Finalmente las colonias vacacionales como instituciones complementarias, asilaron niños pequeños con dos objetivos principales: la ganancia de peso y la enseñanza de reglas de higiene:

(...) Las pocas instituciones de esta clase que existen en Colombia, hacen indiscutiblemente una gran labor enseñando principios de higiene hasta donde sea posible a niños pequeñitos durante dos meses, que es el promedio de tiempo que permanecen en la colonia, y haciendo que aumenten de peso, ganando dos a tres kilos de grasa; pero estos niños regresan al hogar en donde necesariamente pierden en pocas semanas lo que logró dárseles con dificultades muy superiores a los resultados obtenidos (Caicedo, 1940, p. 75)

Esta amplia difusión higiénica a las maternas y a los niños, se presentó como loable y necesaria, y requirió del apoyo de enfermeras especialistas en las áreas de puericultura y práctica en la atención de lactantes. Bajo órdenes médicas, las enfermeras tenían una amplia variedad de funciones dentro y fuera de los centros de protección, las cuales incluían, la asistencia puntual a todas las consultas diarias; el control del niño sano y enfermo; el servicio de inyectología de acuerdo a prescripciones; el control estadístico de todo el trabajo realizado; el control de preparación y reparto de teteros; la preparación de remedios; la administración del servicio de la botica y las leches medicadas; las visitas a domicilio con fines preventivos y profilácticos⁶⁹, y detección de nuevos casos. Dentro de cada una de estas funciones, la practica pedagógica,

⁶⁹ Un informe de la cruz Roja en 1934, afirma lo siguiente: “Ese mismo Consultorio ha tenido un servicio médico domiciliario para personas que así lo soliciten y sus cuatro enfermeras han practicado en estos cinco años consecutivos 6.623 visitas llevando a los enfermos un consuelo y una medicina que antes nunca conocieron” (p14)

naturalizada como parte de su “deber ser”, se fue convirtiendo en parte estratégica de la medicalización, para establecer la conexión entre la asistencia, la educación y la vigilancia de la población.

2.10 Nutrir el cuerpo y enaltecer el alma

La tarea higienizadora fue complementada por la nutrición, la cual fue cobrando fuerza a medida que avanzaba el siglo XX. Los requerimientos energéticos establecidos a partir del cálculo entre el aporte y la demanda, operaron como una prioridad sobre el sujeto higiénico. No bastaba la instrucción y el cumplimiento de reglas higiénicas para formar el nuevo hombre; había que darle cantidades nutricionales suficientes para garantizar su misión social: el trabajo.

El niño en la escuela, la madre en el hogar, el hombre en el trabajo -fábrica, industria, campo, etc.-, el enfermo en el hospital o el delincuente en la cárcel, todos eran susceptibles de ser alimentados, pues a pesar de su condición, cualquiera que esta fuese, se debían movilizar sus fuerzas para evitar su ociosidad y para que sus cuerpos continuaran siendo productivos:

(...) La tendencia de un Estado bien organizado hoy día, es la de que todos los grupos sociales trabajen en la medida de sus aptitudes; los presos, los enfermos segregados como los leprosos, los ancianos; que todos estos hombres reclusos ayuden a su sostenimiento y todavía que lleguen a sostenerse por su propio trabajo, porque todo ser improductivo es una carga injusta para los otros y además la ociosidad enferma y corrompe (Revista de Higiene, 1940, p. 8)

Así bien, durante el periodo de estudio la alimentación obrera se estableció como discurso central, operando con acciones concretas, no sólo a partir de la intervención médica, sino también desde las preocupaciones de la economía nacional. En tal sentido, a la intervención médica le correspondieron las mediciones y estimaciones antropométricas, lo que produjo que

desde su nacimiento, el niño fuera sometido constantemente a mediciones del cráneo, del tórax y de la estatura, para catalogarlo como desnutrido o en riesgo, y así someterlo a regímenes nutricionales, hasta lograr las mediciones esperadas. Por su parte desde la economía, se estimaron y calcularon las raciones alimenticias de cada familia según la región, y se estableció el consumo calórico y proteico de acuerdo a la capacidad productiva.

Ahora bien, si indagamos las cuestiones que hicieron posible el primer orden, es decir la intervención médica, podemos afirmar que la nutrición de la infancia fue pensada a partir de las leches alteradas, las deficiencias en la alimentación y la manera anticientífica de ofrecer el alimento, aspectos que fueron el centro de intervención de la higiene⁷⁰, pues: “un estomago cuidado y robustecido desde el nacimiento, corresponde una salud perfecta, un cuerpo vigoroso y apto para la lucha, y un espíritu libre y lleno de alegría” (Revista Cultura, 1940, p. 235).

Para el segundo orden, esto es el económico, durante el periodo estudiado varias discusiones se insinuaron en relación con la capacidad productiva, versus los aportes energéticos, aunque ya desde finales del siglo XIX se afirmaba lo siguiente: "El obrero joven que trabaja con entusiasmo, siente que sus fuerzas principian a decaer porque su alimentación insuficiente no le permitió almacenar en su cuerpo la provisión de energía necesaria para los esfuerzos que hace” (Revista de Higiene, 1887, p. 24).

⁷⁰ Vemos desde las institucionalidades operantes en la República cómo la escuela, dispensarios (gotas de leche, sala cunas, colonias, entre otras) consultas médicas, (revisado anteriormente) y el hospital, operaron en torno a exámenes rigurosos, cálculos y mediciones antropométricas, estadísticas, nosología y campañas preventivas para el control y seguimiento nutricional.

Pero estos asuntos no fueron tan sencillos de resolver, pues mediaban otros aspectos como los salarios, el poder adquisitivo, las costumbres alimenticias, las familias numerosas y la diversidad de regiones. Sobre este último aspecto por ejemplo, se hacía énfasis en que existían diferencias alimentarias respecto de un obrero de zonas bajas, y otro de las altiplanicies; así mismo, era concebido como diferente el trabajo en el campo, al que se realizaba en la fábrica. En tal sentido, la economía asumió la tarea de ejecutar estudios de población por regiones, para estimar los índices de mortalidad, nupcialidad, natalidad y movimientos migratorios, así como para hacer censos y cálculos de la canasta familiar (Revista Anales de Economía y Estadística, 1940)

Por otra parte, los alimentos catalogados como salubres e insalubres, desencadenaron un interés particular en el área médica y económica, para iniciar la higienización alimentaria a partir de estimaciones de lo que se debía y no se debía comer, en cuanto a cantidad, tipo y características, de acuerdo al grado de actividad. A su vez, todas estas estimaciones fomentaron el surgimiento del concepto de “la ración” alimenticia, en la que las carnes y leches, fueron prioritarias por tratarse de alimentos clasificados como protectores, aunque estos debían ser higienizados para estimular su consumo.

En este orden de ideas, se pensó establecer esa “ración del obrero”, calculada a partir del tipo de trabajo a desarrollar, y de las posibilidades adquisitivas. El estudio de la dietética orientada por médicos y enfermeras, determinó y clasificó los alimentos en protectores y energizantes, a fin de estimar la cantidad y clase a ingerir. Los economistas por su parte, se enfocaron desde la óptica de renta nominal, entrecruzado con una serie de factores sociales y económicos, que les dio potestad para nombrarse autoridad en el tema.

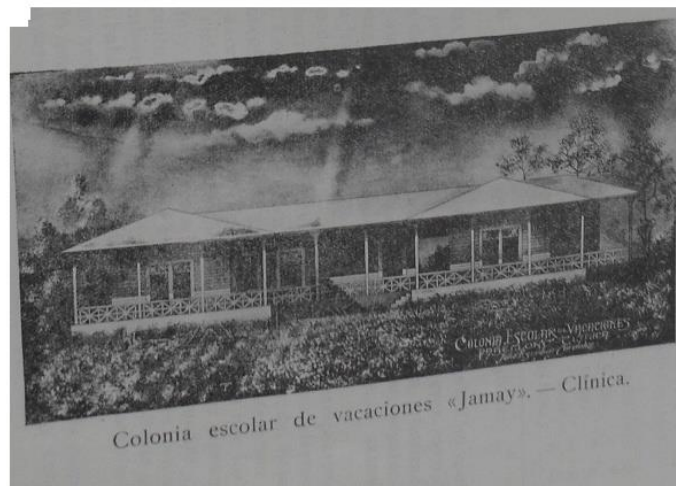
De otra parte, la salubridad de los alimentos se relacionó principalmente con dos aspectos; el primero, fue representado en la posibilidad de que los alimentos fueran el vehículo portador de enfermedades; el segundo, recalcó la carencia de un régimen alimenticio por defecto o por exceso. Desde esta lógica, los médicos y los economistas, apoyados por las enfermeras y los maestros, iniciaron una campaña a gran escala para estimar el grado nutricional de la población, e intervenir especialmente a la población infantil, por tratarse del futuro de la Nación⁷¹ (Revista salud y sanidad, 1940).

En tal sentido, los restaurantes escolares que se ubicaban en las escuelas fueron concebidos como “indispensables” dentro de la medicina escolar, y debían suministrar la alimentación a los niños pobres, acción que fue amparada por un auxilio nacional y departamental, creándose restaurantes escolares en toda la república. Al respecto de esto último, un caso interesante fue el del departamento del Cauca, entre Popayán, Puracé, el Bordo, el Tambo, la Sierra y Cajibío. Allí, para 1935, el director de educación pública del Cauca, informó al Gobernador sobre el cumplimiento misional de los restaurantes escolares, en términos de nutrir a los infantes de la región durante el año lectivo; sin embargo, precisó también que el tiempo estimado de estudios primarios de cuatro años, era insuficiente para cumplir la misión pedagógica e higiénica del niño, en parte por carecer del apoyo de escuelas de vacaciones y complementarias (Obando, 1938). Recordemos pues que las escuelas de vacaciones, las colonias,

⁷¹ La estadística apoyada en los estudios del hombre inicia institucionalizada en el país en 1904; los alcaldes estaban en el deber de llevar el registro estadístico de defunciones, nacimientos y matrimonios que ocurrieran en su localidad, no obstante esta práctica se fue ampliando y perfeccionando en la medida que implementaban otros datos como costo de vida, canasta familiar, censos, etc. (Revista Anales de Economía, 1940b)

las gotas de leche y los dispensarios, tenían dentro de su plan de desarrollo la alimentación infantil.

En general, la capacidad para nutrir el cuerpo y enaltecer el alma, se asumió bajo la óptica de la medición; mientras que la antropometría se ocupaba de la medición física, la psicometría se encargaba de la medición moral e intelectual. Así, una nutrición higiénica completa en lo físico y lo moral, rescataba del sujeto higiénico todo su potencial de utilidad, para cumplir su propósito en la sociedad. A su vez, la economía aliada con la medicina, utilizaba los datos para catalogar los fenómenos sociales, y así justificar las estrategias en la vía de la higienización, de la producción y de la fuerza de trabajo.



Tomado del Informe de Educación Pública del Cauca al señor Gobernador del Departamento. Popayán 1938.



Tomado de Ramírez, Tulio (1932). La escuela en el departamento del Valle del Cauca. Cali. Impresiones del Departamento-Cali

2.11 Mujer, cuidado y enfermería. Del cuidado moral al cuidado higiénico

La mujer cumplió un rol importante durante del periodo de higienización y su lugar en el nuevo orden social, fue reforzado por el poder de la iglesia y del Estado. Desde el púlpito, el ideal femenino fue expuesto como signo de pureza, abnegación y sacrificio, y a la mujer se le encargó la tarea de ser educadora de la moral, fundamentándose en principios católicos. De otra parte, desde los discursos médico-políticos, se le nombró como cuidadora de la raza, economista y enfermera del hogar. Por su parte, la maternidad aparte de ser un regalo de Dios, reclamaba ciertos comportamientos y responsabilidades propias del sexo femenino, que ciertamente debían ser cercanos al ideal católico de la virgen María.

De uno u otro modo, la posición de la mujer como sujeto social, estaba arraigada en los ideales de la disciplina, la obediencia y la limpieza, no sólo dentro del hogar y con sus integrantes, sino también dentro de su cuerpo y alma. Dichos asuntos fueron abordados por los médicos higienistas, con el fin de rescatar todo el potencial que se hallaba en la mujer, y así optimizar la campaña higienizadora iniciada en el país. Había mucho por hacer con la ayuda femenina, así que rescatar la raza que estaba en formación, evitar la degeneración física y moral, disciplinar al hombre y lo más importante, favorecer la reproducción de la especie sana y fuerte, fueron las tareas asignadas al género femenino.

No obstante, esas tareas implicarían grandes esfuerzos, y su funcionalidad se intensificaría durante la época que acoge este estudio. Por entonces, todas las campañas de higiene retomaron el tema del cuidado propiciado por la mujer, a partir de las virtudes propiamente femeninas; en una conferencia dictada por el doctor Alfonso Robledo (1922) en la Cruz Roja, en 1922, dicho personaje afirmó lo siguiente:

La mujer misma podría prestarnos gran apoyo, (...) ella, la mártir silenciosa que con el marido intemperante despliega una virtud que yo admiro aún más que su paciencia, aún más que su dulzura, aquella discreción hermosa, aquel disimulo santo, especie de gasa purísima y perfumada (...) (p. 18).

Sin embargo, lo primero sería educar a la mujer de acuerdo a los preceptos higiénicos, para que ésta a su vez fuera un agente reproductor de ellos en el hogar. En tal sentido, afirmaba Reyes (1995) que la modernidad y el capitalismo del siglo XX, “requería que la mujer asumiera tareas prácticas y eficaces”. Así la mujer iniciaría su participación en el trabajo, pero ejerciendo actividades propias de su sexo. Al respecto una, frase enunciada en 1920 por Simón Araujo (1920) en la Séptima Conferencia sobre la Raza, la cual fue dictada en el Teatro Colón de

Bogotá, es sugerente sobre esto: “cincuenta años antes se hubiera clasificado de imposible que la mujer colombiana pudiera, en materia intelectual, hacer algo más que rezar sus oraciones” (p. 264).

Por su parte, la enseñanza de los deberes de la mujer se resumió en la X Conferencia Panamericana (1938), en los siguientes puntos:

- a. puericultura y nociones de enfermería
- b. higiene y estética de la habitación
- c. economía, administración y ahorro.
- d. coser, zurcir, remendar y tejer.
- e. cocina.
- f. ética familiar y trato con el niño y la familia

La instrucción y educación de la mujer, fue restringida y diferenciada de la educación del hombre. Los centros educativos que procedían del siglo XIX, intensificaron sus planes de estudios a comienzos del siglo XX, en oficios como telegrafía, enfermería y atención de farmacia. En 1873, fueron nombradas dos telegrafista para la oficina de Nemocón y la Mesa; según Araujo, este nombramiento abrió paso al estudio y al trabajo de las mujeres en Colombia, quienes hasta entonces, sólo eran pensaban como maestras de escuela. No obstante, la concurrencia a las escuelas de instrucción y de primaria oficial, fueron reducidas para la población femenina. Un informe presentado por el Departamento de Cundinamarca sobre la estadística de instrucción de la primaria oficial en 1916, mostraba esta diferencia, cuando se describía la existencia de escuelas primarias y el número de asistentes a cada una de ellas. Para una comprensión de esto, a continuación se presenta la tabla 3:

Tabla. 3. Estadística Escolar 1916

Departamento de Cundinamarca. Estadística de la Instrucción primaria oficial 1916

Municipios	Escuelas Urbanas			Escuelas Rurales			Alumnos matriculados		Alumnos Asistentes	
	De Varones	De Niñas	Nocturnas	De Varones	De niñas	Alternadas	Varones	Niñas	Varones	Niñas
Bogotá	29	27	4			1	2702	2095	2192	1849
Anolaima	2	2					330	258	291	247
Bojacá	1	1				1	65	54	57	49
Engativá							28	28	23	20
Facatativá	4	3	1			4	354	259	287	240
Fontibón	1	1					62	48	54	40
Funza	2	2				1	141	104	121	95
Madrid	2	1				2	155	117	133	100
Mosquera	1	1				1	103	76	90	68
San Antonio	1	1				3	147	108	120	98
San Francisco	1	1					62	37	52	31
Subachoque	2	1				3	176	121	159	107
Quipile	1	1				3	115	82	102	73
Tena	1	1				2	91	64	78	58
Zipacón	1	1				2	93	80	75	70

Tomado del Boletín de Instrucción Pública de Cundinamarca, febrero 1917, Tomo IV

N31

Por otra parte, dentro de la población femenina las diferencias se establecieron por clase social, prestigio y nivel de instrucción. Las mujeres obreras fueron señaladas de ignorantes, y se les asignaron solo los deberes domésticos y la crianza de sus hijos; además, ellas fueron estigmatizadas de ser susceptibles de contraer todo tipo de enfermedades debilitantes y degenerativas. De otro lado, las mujeres del patronato eran más capacitadas en los dominios domésticos y se veían como poseedoras de las virtudes propias de su género; aquellas, a través de la caridad cristiana, serían las encargadas de moralizar a las obreras. Dichos aspectos elevaban su estatus para un reconocimiento social.

2.12 Enfermería, un oficio propio de la mujer



Figura 1. Estudiantes de enfermería, Facultad

Nacional de Medicina, Bogotá, 1925

La práctica de la enfermería incluida dentro de los oficios propios de la mujer, fue dando un giro a medida que avanzaba el siglo XX. Si indagamos sobre cómo se configuró este nuevo sujeto en sus dinámicas sociales, encontramos diferentes posiciones que fueron reconfigurando

un campo, que pasó de oficio a profesión y fue representado por diferentes órdenes: la mujer en la familia, las religiosas que operaban como enfermeras en el hospital, auspicios y escuelas de enfermería, y la mujer civil que se le otorgó el título de enfermera una vez cursó estudios en una escuela de enfermería.

Algunos estudios en Colombia han descrito en detalle este paso de oficio a profesión y la profesionalización de la enfermería en el país; lo que interesa en este apartado es rescatar cómo se hizo necesaria la práctica de enfermería para apoyar el proyecto pedagógico nacionalista y qué tipo de relaciones estableció con la higienización en sus diferentes momentos.

Indagando los archivos propios de cada época, encontramos que la llegada de las Hermanas de la Presentación en 1873 a Colombia, como enfermeras directoras del hospital San Juan de Dios, fue un hecho histórico importante⁷², por cuanto se estableció un rostro femenino cercano al ideal católico que representaba las virtudes necesarias para el cuidado de los otros, abnegación, obediencia y pureza, fueron algunos de los dones requeridos para iniciarse en el camino de la curación y cuidado de los enfermos.

La necesidad de contar con personal capacitado para brindar “cuidados inteligentes” fue una prioridad, ya que en el país no existían para el siglo XIX personas con esta formación y se atribuía gran parte de la mortalidad hospitalaria a la falta de personal entrenado, mientras que las Hermanas de la Presentación en Francia tenían un

⁷² Las hermanas parten a Colombia el 7 de Mayo de 1873: ellas fueron: la madre Paulina que venía como superiora y las hermanas Marie Francoise, St Paul, Emerence, Agustín Marie y Gaetan. (Hermana Rosa de Lima, 1973). La presentación en Colombia. 1873 a 1875. Bucaramanga. segunda edición (la primera edición fue en Bogotá en 1947). p16

camino recorrido en estas áreas. Motivado por ello y aprovechando las estrechas relaciones que se tenían con en el campo médico francés, la junta general de Beneficencia y el Síndico del hospital San Juan de Dios, Pedro Navas Azuero en 1871, comenzó a diligenciar la llegada de las hermanas de la Caridad para que fueran las enfermeras directoras del hospital⁷³.

Este acontecimiento marcó para Colombia un hito histórico, en cuanto a las relaciones jerárquicas establecidas entre el personal de enfermería con el médico y el hospital. Como las enfermeras se encontraban vinculadas por la orden religiosa católica, reforzaron las virtudes designadas propias de la mujer como la abnegación, la obediencia, la disciplina, el orden y la economía, para implementarlas en su trabajo, de ahí que se hable que la práctica de enfermería tuvo una fuerte influencia religiosa.

Un libro editado en 1935, sobre la ética en la enfermería, expone “los mandamientos” que rigen a la mujer enfermera en su ámbito de trabajo: dominio de sí, resistencia, discreción, silencio y reflexión, obediencia y disciplina, solidaridad, aseo y rapidez, son algunas de las pautas fijadas para ser una enfermera de deber y ejercicio

⁷³ El señor Pedro Navas envía una carta al cónsul de Colombia en Francia, Manuel Vélez Barrientos solicitando la presencia de hermanas de la Caridad en Colombia en los siguientes términos: “si las hermanas tuvieran algún temor de venir a mis país que ha adquirido la reputación de religioso, conviene hacer notar que la mayoría, por no decir la totalidad de los habitantes, son católicos, apostólicos y romanos; que las instituciones religiosas no están prohibidas, que lo único que no pueden hacer esas instituciones o corporaciones, es adquirir bienes definitivamente como tales, pero si puede hacerlo cada miembro en particular. Todos tenemos confianza en que las hermanas serán miradas, respetadas y tratadas por todos con la cortesía y delicadeza de un país cristiano y civilizado”. Tomado de: Archivos Hermanas de la Presentación en Bogotá. Revisión documental. Bogotá, 1873; La intención fue dejar a las hermanas en completa libertad para organizar el hospital como lo juzguen conveniente, además apoyadas por el gobierno nacional y las órdenes del director del hospital. La Presentación. (1973). Cien años de historia. Provincia de Bogotá

popular; los cuidados practicados fueron del orden físico y moral, pero siempre con la claridad de no extralimitar sus funciones; en un apartado se afirma:

Nunca discuta las observaciones del médico, cumpla sus órdenes y sea siempre leal. (...) La enfermera que manifieste desconfianza de medicamentos o tratamientos indicados por el médico, bien sea al paciente o a sus familiares, falta a su deber; pues en ningún caso el papel de la enfermera es de censora de los actos médicos, su deber es cumplir sus órdenes. (Ética profesional, 1935, p. 4 -20).

Esta perspectiva fue reforzada constantemente por los discursos médicos, la enfermera y su práctica fueron nombradas como apoyo a manera de auxilio a la difícil tarea que enfrentaba la medicina, pues exigía personas entrenadas para apoyar la higiene nacional. José Ignacio Barberí, médico Colombiano interesado en la formación de enfermeras en Colombia, describió lo esperado para una enfermera en los siguientes términos:

La enfermera debe ser educada, puesto que va a rozarse con todas las clases sociales; aseada en sus vestidos y en su persona, hasta la exageración; veraz, diligente, ordenada, no mezclarse en las cuestiones íntimas de las familias, ni decir nunca nada de lo que ha podido oír en otra casa; afable, especialmente con su enfermo, obediente a las prescripciones médicas, sufrida y finalmente debe tener cierta instrucción científica, no con el objeto de reemplazar al médico en su oficio, sino para hacer una ayuda inteligente y no una ayuda maquinal. (Barberi, 1914, p. 5).

Hay que recordar que el trabajo femenino fuera del hogar fue catalogado como una amenaza a las buenas costumbres morales y religiosas, a pesar que desde comienzos del siglo XX, la mujer ya trabajaba en fábricas y oficios de carácter doméstico y comercial, lo cual,

suscitó muchos debates entre los poderes políticos y eclesiásticos, tanto en el terreno de los derechos civiles como en su condición política.

En la llamada República Liberal para el año 1930, se realiza un debate en el parlamento sobre la condición de la mujer, y se extiende a 1936, cuando ya se habían otorgado algunos derechos civiles, como el derecho a la remuneración durante la maternidad y el derecho al manejo de sus finanzas, entre otros, pero continuaban en debate el derecho al voto y a cargos públicos.

En una ponencia en el senado, en 1963, sobre la condición de la mujer colombiana en derechos políticos, el senador Manuel Caamaño explicó el fracaso que había sido en París una mujer abogada ejerciendo como juez, en tanto sustentaba la amenaza para la familia y al sostenimiento del Estado, pero en cambio, aceptó a la mujer enfermera e institutriz, porque iban acorde a su condición femenina. (Velázquez, 1989).

Con estas orientaciones, inicia en el país una nueva fuente de trabajo para las mujeres, aunque aceptadas socialmente, se mantenían subordinadas a las órdenes del médico, que lejos de significar una amenaza para la jerarquía médica, según Abel (1996), “fue afianzado por ellas, por cuanto el poder patriarcal venía impuesto de siglos anteriores” (p. 103). Sin embargo, la enfermería institucionalizada se fue profesionalizando en la medida que avanzaba el nuevo siglo y la apertura educativa abría paso a los estudios universitarios para la población femenina.

Del cuidado moral se pasó al cuidado higiénico, llamado por los higienistas “cuidados inteligentes”, que elevados a la categoría de ciencia, fueron estos dispensados por la enfermera, quien se convirtió en la principal vocera y multiplicadora de los preceptos higiénicos. Para evitar el desplazamiento de la primacía médica, se le insinuaba

constantemente la abnegación de su oficio y su posición de sacrificio antes que su reconocimiento social; por ejemplo, existe la siguiente referencia:

La vida de la Enfermera ha de ser de sacrificio por la fidelidad a sus deberes. Ella ha de repartir en su derredor siempre beneficios devolviendo bien por mal, algunas veces, y sin aspirar nunca al reconocimiento, ni esperar estimación, porque en el mundo hay mucha ingratitud, y pocas personas saben corresponder satisfactoriamente a los beneficios recibidos. La Enfermera debe obrar desinteresadamente, feliz de poder servir al prójimo, y ofreciendo a Dios todos sus sacrificios, para acumular así méritos que El sólo sabrá recompensar. Tengamos presente que la continua abnegación nos dará el dominio de nosotros mismos. (Revista de Higiene, 1937e, p. 10).

Encargada de una multiplicidad de tareas, se le adjudicó el cuidado de los enfermos en el hospital y se realizó trabajos comunitarios como enfermera visitadora social y al colegio como enfermera escolar con las funciones principales de educadora. Varios rostros conformaron este gran cuerpo de enfermeras a partir de los años 20, según su posición y definición misional que veremos a continuación.

- *Enfermera hospitalaria y Comadrona*. La constituyeron mujeres entrenadas e instruidas en un centro educativo (escuela) sobre el arte del cuidado a los enfermos dentro del hospital, irrumpe vinculada a la orden religiosa específicamente con las Hermanas de la Presentación; antes de ellas se hablaba de cuidados dispensados por misiones católicas de los hermanos San Juan de Dios, que para 1625 prestaron sus servicios, en el mismo hospital, y estuvieron hasta comienzos de la República: “por acontecimientos políticos se vieron obligados a abandonar sus conventos quedando sólo el reverendo padre Mariano Vargas como capellán” (Hermana Rosa de Lima, 1973:16). Estos hechos se han vinculado con una práctica de enfermería, por el cuidado

que ofrecían a los enfermos en el hospital, pero no se relacionan con la institucionalidad enfermera-enfermería emergente en el siglo XX.

A comienzos del siglo XX, el interés por la instrucción a la mujer en el cuidado del otro, emerge como condición de posibilidad para implementar las acciones ejercidas a la población en materia de higiene, los médicos que habían recibido parte de su formación en Francia, veían que la enfermería hospitalaria se encontraba mejor organizada y eran un apoyo importante para la misión higiénica. Bajo esta motivación empiezan en el país propuestas concretas para fundar escuelas de enfermería⁷⁴.

Iniciada la instrucción en las escuelas domésticas de artes y oficios, pasó luego a formación universitaria denominándose “enfermería moderna”, en parte porque así se le llamaba en Europa con la escuela Nightingale⁷⁵ y por recibir instrucción con orientación biomédica, que

⁷⁴ “En 1911, el doctor José Ignacio Barberi presentó un informe a la municipalidad de Bogotá sobre escuelas profesionales que aun cuando despertó críticas y oposición, pues las jóvenes, al igual que en la época de la colonia, no tenían otra perspectiva que no fuera el matrimonio, cristalizó con la creación del taller Municipal de Artes y labores manuales, el cual incluía un curso de enfermería práctica en el hospital de la Misericordia, curso que comenzó a funcionar en 1912 y después de cuatro años de estudios graduó a seis señoritas a quienes el municipio confirió el diploma de Idoneidad en Medicina y Enfermería”. Tomado de: (Pedraza1954.

⁷⁵ El interés por instruir a la mujer en el cuidado de los enfermos se atribuye a Florence Nightingale con su labor desarrollada en la guerra de Crimea y posteriormente con la creación de una escuela que recibiría su nombre en Gran Bretaña a mediados del siglo XIX; Florence, mujer Inglesa de clase acomodada, se interesó por mejorar la educación de la mujer enfermera elevando su categoría, de criada a un estudio más especializado; sin embargo dentro de su proyecto encontró voces de rechazo en contra de las nuevas enfermeras: “En 1856, John Flint South, cirujano en el hospital St. Thomas de Londres, declaró que en su opinión una enfermera no necesitaba más formación que una criada” a pesar de estas posiciones Florence logró conformar una escuela que tomó fuerza en

incluía anatomopatología e higiene. La formación universitaria fue inicialmente dirigida por médicos, quienes establecieron los planes de estudio – o de conferencias, como se denominaba en la época-, con estas tendencias y fueron desarrolladas ampliamente en el hospital.

Las escuelas de enfermería se fueron consolidando hacia los años 20 y ampliando su radio de acción hasta mediados de los años 40, hay indicios que la instrucción en enfermería había comenzado de manera aislada, por médicos que capacitaban por su propia cuenta a la mujer y la convertían en sus mejores copartícipes en el cuidado de los enfermos. En Cartagena, por ejemplo, nos documentan Pedraza (1954) y Velandia (1995), que en la facultad de medicina se entrenó a personal femenino para trabajar como enfermeras en el hospital. Para 1920, mediante la ley 39 se crea la escuela de Comadronas y Enfermeras de la Universidad Nacional, en Bogotá, como la primera escuela Colombiana en formación universitaria, cuya finalidad principal fue: instruir en materia de higiene, preservando el enfoque biomédico⁷⁶.

Gran Bretaña y luego inmigró a otros países como Austria, Canadá, Finlandia, Alemania, Suecia y Estados Unidos, conformando una voz internacional interesada en mejorar el oficio de enfermería a condiciones más dignas. Tomado de (Attewell, 199, p. 180-182).

⁷⁶ la escuela de Comadronas y Enfermeras de la Universidad Nacional en Bogotá estableció en su plan de estudios elementos de higiene, bacteriología y parasitología, nociones generales sobre las enfermedades como tuberculosis, cáncer, enfermedad social; cuidados a los enfermos, alimentación dietética y cocina o para regímenes, nociones usuales de farmacia; en cirugía, elementos de anatomía y de fisiología, cirugía menor y cuidado a los heridos; en obstetricia, nociones generales sobre obstetricia y cuidado de las embarazadas, parturientas y puericultura. (Archivo Universidad Nacional. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermeras. Vol. 304. 1925-35/38); que luego reformada en 1937 con “estudios más elevados”, buscó mayor preparación pero preservando el mismo enfoque biomédico. (Archivo Universidad Nacional. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermeras. Vol. 306. 1925-35); En la escuela de Cartagena se introduce organización hospitalaria y administración. (Velandia,1991:68).

Ante la magnitud de la tarea higienizadora, se hizo necesaria la práctica de enfermería desarrollada por la mujer, pero con instrucción de más alto nivel, para delegar aquellas funciones consideradas no aptas por el estatus médico, pero por encima de su condición de servidumbre. La relación directa con el sujeto de atención, que incluía higiene personal, curaciones, vacunación, servicios de inyectología, administración de medicamentos, dietas, atención en partos, puericultura y educación sanitaria, entre otros, fueron asuntos tratados por este nuevo sujeto que emerge ante la necesidad de establecer un enlace comunicativo entre el enfermo y la medicina, para atender de manera acertada la vigilancia y control necesarios para la conversión a un sujeto higiénico.

- *Enfermera visitadora social*. Este nuevo sujeto se hizo necesario para apoyar la campaña antituberculosa iniciada en el país, en la que se requerían enfermeras con formación en salud pública, que salieran del hospital y se encargaran de la asistencia en la familia; su principal función sería de educadoras vigilantes en los temas que relacionaran higiene y prevención; luego mediante el decreto número 905 de Julio 6 de 1930, se crea una escuela de enfermeras visitadoras:

El presidente de la república en uso de sus facultades legales y considerando: que para organizar la campaña contra la tuberculosis en la república es indispensable la formación de enfermeras visitadoras sociales cuya función especial es vigilar los enfermos tuberculosos, cuidando de que se cumplan las medidas profilácticas que dicten las autoridades sanitarias e instruir a las familias de esos enfermos respecto a las precauciones que deben tener para evitar el contagio” (Caicedo, 1940:18).

Para la formación de enfermeras visitadoras, se contaba con la cooperación de dos enfermeras expertas, cuyos servicios había contratado el gobierno y con profesores que prestaban

sus servicios en el ramo de la asistencia pública; esta escuela dependía de la dirección nacional de higiene y asistencia pública, la enseñanza era gratuita; para 1940 se habían fundado escuelas en Cali, Medellín, Barranquilla y Manizales, (Caicedo,1940, p. 17); su plan de estudios contenía higiene personal y salubridad pública, medicina y enfermedades infecto-contagiosas, bacteriología y parasitología, (Velandia,1995, p. 68).

Como parte de su “deber ser”, la enfermera debía ayudar siempre a la familia para que resolviera satisfactoriamente los pequeños problemas, que a diario se le presentaba, bien fuera cuestiones médicas, sanitarias, económicas o morales, por lo que debían estar prestas “realizando su trabajo lo más rápido posible con el fin de no cansar a la familia” (Conchab); pero, a su vez, se le indicaba que “la enseñanza de los preceptos higiénicos debían ser de manera lenta y en lo posible práctica” (Conchac). El aseo de la casa y de las personas que en ella vivían, el cuidado y la confección de las ropas, las indicaciones sobre lo que debe hacerse en las enfermedades comunes, constituyeron parte importante de su trabajo a domicilio; también la observancia del ambiente material y moral que rodeaba al niño, que, en caso necesario, se requería de su intervención para mejorarlo con la mayor discreción posible. Para lograr tales propósitos el siguiente enunciado describe a la enfermera visitadora:

La Enfermera Visitadora no sólo debe tener una preparación científica que la coloque en posibilidades de aliviar las miserias de nuestro cuerpo, sino que como toda persona que desea obtener un triunfo en la vida o alcanzar una posición digna y alta en la sociedad, ha de empezar por adquirir una formación moral y espiritual que la capacite para salir adelante en todas las circunstancias que se le presenten y obtener un éxito completo en todas sus empresas. (Revista de Higiene, 1937e, p. 9).

El cuidado higiénico involucró el cuerpo, el espíritu y la moral; habilidades que la enfermera primero debía apropiarse como una conversión de sí, para luego desplegarlo a la población bajo su vigilancia, dejando en claro que la limpieza, la nutrición, la economía y la moral, constituyendo el cuadrante sobre el cual debían cumplir sus funciones de asistencia, prevención y educación en la familia.

- *Enfermera escolar*. Para la primera mitad del siglo XX, asistencia, profilaxis y educación sanitaria configuraron el campo de acción del servicio médico escolar (Gamboa, 1936). La escuela fue considerada el medio por excelencia para fijar en la mentalidad de la población “hábitos de higiene y disciplina social” (Revista de Higiene, 1934, p. 137-152), se quiso influir particularmente en el niño mediante la vigilancia y control de los microbios, las enfermedades, el aire, el agua, la higiene del cuerpo, los vestidos y el ambiente. Estos aspectos, que desbordaron la labor médica, se pensó que la “colaboración” de la enfermera, “podría robustecer este servicio” (Gamboa, b). Aunado lo anterior a la escasez de personal para atender tan amplia labor, un informe del Ministerio de Educación Nacional de 1932, expresaba que: “la falta de servicio médico escolar en Nariño está causando enormes daños a la raza, pues en las regiones cálidas, los niños que asisten a las escuelas sufren toda clase de enfermedades...” (Carrizosa, 1932, p. 7).

Para enfrentar el problema, el Ministerio de Educación dictó una ordenanza en 1933, que entró a regir el 1 de Julio de ese mismo año, con la cual se reorganizaba el personal del servicio médico escolar para la ciudad de Bogotá, se nombró a cuatro médicos, dos dentistas y cuatro enfermeras, y para las poblaciones como Cáqueza, Facatativá, Gachetá, Girardot, Guaduas, Guatavita, Fusagasugá, La Mesa, La Vega, Pacho, Ubaté y Zipaquirá, también se nombró un

médico escolar. En 1948 se estableció formalmente el servicio de enfermería escolar, mediante el decreto 3184 de la Presidencia de la República (Presidencia de la República, 1948).

Sin embargo, hay evidencias de la existencia de la enfermera escolar, desde una década anterior al decreto, con un amplio y variado campo de acción, en el que se configuró el marco de la asistencia, la profilaxis y la educación sanitaria. Estos tres dominios de trabajo definieron las prácticas que sobre salud-enfermedad se dirigieron a la población, bajo el supuesto de que: “es mejor prevenir que curar”, supuesto que fue apropiado por el discurso médico y se consolidó como patrón de comportamiento sobre la base de la educación sanitaria para la prevención de las enfermedades⁷⁷.

Desde esta perspectiva, la participación de la enfermera, laboral y profesionalmente hablando, se hizo tangible en el ámbito escolar, familiar y comunitario, con un patrón más o menos similar al propuesto por la medicina, la salud pública y la higiene. Dos ejemplos de ello se afirman en un informe de asistencia escolar (Luque y Col, 1936), en el cual describe la vacunación sistemática practicada por el médico escolar y la enfermera a todos los niños de las escuelas rurales y urbanas de las ciudades de Neiva y Garzón. De la misma manera una comunicación del Señor Alcalde de Pitalito en 1936, informa sobre el trabajo realizado por las “señoritas enfermeras escolares” cuando prestaron su eficaz concurso, atendiendo enfermos que habían presentado síntomas de angina que parecía difteria.

Vigilancia y examen a los niños con respecto a su higiene personal, dentadura y estado nutricional, constituyeron gran parte de sus actividades diarias dentro de la escuela: registro

⁷⁷ Bajo estas condiciones se definieron los dominios: Asistencia: como todas las acciones dirigidas a la preservación del bienestar físico y mental; profilaxis: conformaba todas las acciones de salud que tenían como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad; educación sanitaria: como el medio para cambiar la conducta individual relacionada con la salud, impartiendo información para incidir en su cambio.

riguroso dos veces al día del aseo de los niños; rechazo de los alumnos desaseados y aviso a los respectivos padres; vigilancia y control de la posición correcta del niño al escribir o al leer; deformaciones que el esqueleto puede adquirir con los malos mobiliarios y las posiciones viciosas; ejercicios cortos y sencillos después de cada lección, enseñanza diaria de la calistenia, pero procediendo racionalmente, para lo cual debían acomodarse los ejercicios a la edad y demás condiciones físicas de los escolares, y, paseos y lecciones al aire libre (Martínez, 1923). En relación a las enfermedades, se tuvo en cuenta excluir los casos infectocontagiosos, la vigilancia de la entrada a la escuela de los niños afectados por viruela y difteria, y atender a la inmunización contra dichas enfermedades (Samper y García, 1936).

En 1936 la enfermera escolar fue nombrada agente útil de asistencia escolar, cuando se hizo referencia a la necesidad de dotar, por lo menos de una enfermera escolar, a un número mayor de municipios, movidos por la tarea gubernamental de llevar los registros y el control diario de la estadística general: “así mayor número de municipios podrían aprovechar cada año su benéfica acción; la formación de una completa estadística y la carta monográfica de Departamento serían una realidad en un plazo muy corto” (Luqueb).

- *Enfermera militar*. Para 1913 existía en el país un Consejo Superior de Sanidad Pública que se interesaba por la salud en tiempos de paz y de guerra. Posteriormente, en 1918, en el Ministerio de Instrucción Pública hizo carrera el concepto que la higiene era un asunto de la pedagogía. La Cruz Roja en acuerdo con el Ministerio de Guerra, identificaron la necesidad de contar con personal entrenado y disponible para ejercer acciones de sanidad a los ejércitos y combatientes, organizando hospitales y ambulancias para el transporte y cuidado de heridos en tiempos de guerra, y atención de la sanidad militar en hospitales militares y sus familias en tiempos de paz.

El cuartel como lugar para la enseñanza de la higiene, no podía descuidarse por cuanto allí se formaban las conciencias de los hombres que defenderían la Patria, y que representaban la fuerza del Estado, y su máxima potencia sería alcanzable a través de la disciplina, educación en higiene, moral y religión católica. Un boletín militar en 1900 refería la necesidad de educación de las tropas para desarraigar los vicios y las rutinas consideradas lesivas para el proyecto nacionalista, el cuartel como escuela de nacionalización se convertiría en la institucionalidad encargada en vigorizar, para el trabajo al joven militar:

Las instituciones como los pueblos, como los individuos se salvan por la educación, por la solicitud con que se cuida la guía y el temple del espíritu; (...) urge modificar radicalmente nuestros reglamentos y nuestras costumbres para educar el espíritu del soldado y para instruirlo en la profesión” (Boletín Militar, 1900b, p. 230-231)

Tanto en tiempo de paz como de guerra, se demandaba de soldados el ser higiénicos y aptos para la lucha y defensa de la Patria, labor que fue requiriendo apoyo para detener la perversión moral e ignorancia que rondaba a los jóvenes, así mismo habría que erradicar al interior de las tropas; las enfermedades infectocontagiosas y las de transmisión sexual, muchas de ellas prevenibles, las cuales constituían una amenaza para el rendimiento militar, que fue necesario redimir a través de la unificación de un cuerpo de sanidad militar, instruido y capacitado para trabajar en prevención y promoción.

La alianza entre el Ministerio de guerra y la Cruz Roja Nacional fue un acontecimiento importante, que llevó a la creación de una escuela de enfermería, mediante el acuerdo N92 de 1937 del Comité Nacional de la Cruz Roja Colombiana, para preparar enfermeras tituladas en el servicio de sanidad Militar. El curso tenía una duración de tres años de preparación en la escuela, cumpliendo con la disciplina y el pensum oficial de estudios, y podrían ejercer como enfermeras

hospitalarias o sociales de higiene pública con orientación a la salud del ejército y de sus hogares; así mismo, los cursos de especialización fueron promovidos de acuerdo con la importancia y necesidad, dentro de los que se destacan: coadyuvantes en aviones, anestesistas y dietistas, entre otros.

El Ministerio de Guerra estableció relaciones con el hospital Militar para garantizar a las alumnas un campo de entrenamiento en el hospital, así los beneficios recibidos de ellas serían por la colaboración en las jornadas de vacunación de la capital y sectores aledaños, junto con la capacitación a través de charlas a los soldados sobre primeros auxilios e higiene personal. Las alumnas de último año, participarían en la edición de cartillas sanitarias de higiene, para ser editadas y distribuidas en el ejército, previa aprobación de la Sanidad Militar. Una vez culminados los estudios, debían prestar sus servicios exclusivamente a la Sanidad Militar del Ejército de Colombia, por un periodo no inferior a dos años. (Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, 1943)

La campaña iniciada por la Sanidad Militar desde comienzos de siglo XX, se hizo visible hacia 1937 bajo el nombre de “mejoramiento social”. La higienización del soldado se materializó a través de las prácticas de higienización de la enfermera militar. A parte de la enseñanza de la higiene al soldado y su familia, también se interesaba en su moralización, luego la educación del soldado se centró en el cambio de costumbres a través de la instrucción: vigorizar el cuerpo y robustecer su condición moral, serían tareas propias de la enfermería, quienes apoyadas por la medicina, emprendieron la medicalización del ejército como una acción que ayudarían a la construcción de la patria.

- *La enfermera Católica*. Supeditada a la orden religiosa y elevada al estatuto ministerial y casi de sacerdocio, se le designó como trabajo central el cuidado del enfermo al momento de su

muerte, y con posibilidad de remplazar al sacerdote en su misión, se centró en los sacramentos de la iglesia católica. Esta posición de misionera católica fue ejercida por la orden religiosa de las Hermanas de la Presentación, que luego fue retomada por las enfermeras laicas en su práctica, las cuales, aunque amparadas en la ciencia, conservaron las orientaciones de la caridad, la bondad y el amor, descritas por las órdenes católicas y ratificadas en su condición femenina por la sociedad.

Consideraciones finales. Hasta aquí, este periodo recoge el conjunto de transformaciones que en torno a la salud experimentó la sociedad colombiana, siguiendo el curso de las prácticas de la prevención y la profilaxis, que se debatían entre la reclusión y el delito, el confinamiento y el pecado, con formas nuevas de subjetivación a manera de gobierno de los otros.

Los debates eugenésicos, las enfermedades transmisibles y la higiene pública, movilizaron fuerzas para conformar al sujeto higiénico, cuyas características combinaron limpieza, orden y disciplina, que era necesario incluir en los hábitos de vida. La pedagogía encontró un lugar en la escuela y el hospital, que supuso una labor educativa para cambiar “malos hábitos” por “conductas higiénicas” como expresión de civilidad. Pedagogía y salud se encontraron trabajando juntas y le dieron sentido al proyecto Nacional.

La enfermera y su práctica evidenció una manera particular de expresar lo que significó la relación entre género, oficio y profesión, como una prolongación de sus actividades domésticas; este fenómeno tiene como procedencia lo que venía sucediendo desde el siglo XIX en relación con el rol de la mujer en las formas de control social, que para el siglo XX, se emparentaba con los criterios médico-higienistas de los intelectuales vinculados con el discurso socio-biológico de

la época⁷⁸. Así pues, la enfermería intervino en la vida social, no sólo en el campo de la salud, sino en los campos morales, domésticos y económicos, dentro de la lógica del higienismo, como parte de la medicalización de la población, instituyendo una biopolítica.

Pensar en la invención de la “normalidad” como algo necesario e impostergable, implicó para la población, asumir de manera impositiva cambios en las formas de vida que legitimaban a la Nación como moderna y se constituyó en la puerta de entrada al emergente liberalismo iniciado en siguiente periodo.

⁷⁸ El discurso sociobiológico involucró saberes de diferente orden y nivel de desarrollo, como la medicina social, la higiene, la sociología, la antropología, la ingeniería sanitaria, etc.-, logró constituirse como fundamento de una nueva estrategia política de control médico y biológico de la población, como lo plantea Carlos Noguera (Revista Educación y Pedagogía, 2002).

3. La práctica pedagógica en la reconfiguración del cuidado. 1938-1970

3.1 La práctica pedagógica entre el debate de la prevención y la promoción

El concepto de *promoción de la salud* fue considerado por muchos autores como algo innovador; en 1949 Henry Sigerist definió en 4 áreas desarrolladas por la medicina, las cuales fueron: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento del enfermo y la rehabilitación. Posteriormente en Canadá en 1974, dicha promoción se implementó como estrategia pública, y luego ella sería considerada como acuerdo internacional en Ottawa en 1986.

Sin embargo, en este trabajo se parte de la tesis de que el paso de un modelo de prevención, a un modelo de promoción en Colombia, no fue un asunto condicionado por hechos o acontecimientos puntuales, sino que ello procedió de eventos que vincularon al sujeto con lo social, lo económico, lo cultural y lo político, y luego se objetivaron en la institucionalidad, las leyes del Estado, los planes de estudio en las escuelas, la asistencia en el hospital y la intervención en la familia y el trabajo. La pedagogía y su práctica entonces, fue reconfigurando nuevos campos y ampliando sus estrategias para el gobierno de lo social.

Tanto la prevención como la promoción de la salud, fueron nociones apropiadas en el marco de la atención primaria, con una serie de acciones de tipo pedagógico, encaminadas a promocionar la salud y proteger de manera específica cualquier situación de riesgo a enfermar⁷⁹. Los debates en torno a estos conceptos definieron los procedimientos y medidas tomadas para reafirmar conductas y comportamientos en salud, llevadas a cabo en la sociedad.

⁷⁹ Los otros niveles de atención, involucran la prevención secundaria, que comprende el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y la prevención terciaria, que incluye la limitación del daño y la rehabilitación.

Al historiar los enfoques aplicados en el campo de la salud, encontramos que ya desde finales de los años 30, e incluso antes, la salud pasaba por intervenciones médicas específicas y se refería continuamente la necesidad de educar a la población, para evitar atender la enfermedad; luego, a medida que avanzaba el siglo, el interés por la educación higiénica se naturalizó, al punto que no se concebía hablar de salud sin hablar de educación, y comenzó un periodo de construcción de otras identidades y estrategias interesadas en vigorizar al sujeto a partir de la educación. Un ejemplo de ello se lee en la *X Conferencia Sanitaria Panamericana* en 1938, cuando se afirma que:

La protección en la edad escolar no puede ni debe limitarse exclusivamente a la parte médica y social, en el sentido de curar al niño cuando se presente la enfermedad y de atenderlo cuando su madre tenga que trabajar fuera del hogar sino que tiene que abarcar también el factor educacional en forma coordinada con los anteriores, según el voto aprobado por la nueva Conferencia Sanitaria Panamericana” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1938, p. 752).

La intensificación en educación sanitaria, fue quizás una de las características principales de las reformas suscitadas en este periodo. Las prácticas pedagógicas puntualizaron mayor atención a las necesidades básicas como vivienda, alimentación y educación. A sí mismo, estas prácticas se orientaron a los aspectos de la vida en sociedad, con lo cual, protagonizaron gran parte del reordenamiento de la situación básica sanitaria, con el nuevo componente de *riesgo* al concepto de salud.

Los problemas sanitarios que se presentaban, evidenciaban la necesidad de una pedagogía que explicara el grado de *riesgo* a sus pobladores, situación geográfica, y el medio ambiente frente al desarrollo. La diferencia entre lo urbano y rural, se describió por la presencia o ausencia

de modernidad, es decir, por el grado de urbanización y adelanto en tecnologías. “Para 1940 se habían construido 30.000 letrinas en zonas rurales para prevenir la uncinariasis y se petrolizaron 500 hectáreas de pantanos para evitar focos palúdicos” (Cacua, 2007, p. 2374).

Un estudio sobre la situación de la salud en Pamplona para 1943, demarcó la necesidad de la educación higiénica en la alimentación, vivienda y hábitos de aseo personal, actividades que en la actualidad se denominan *promoción de la salud*. Se anunciaron acciones, denominadas *preventivas*, como la vacunación masiva contra la difteria y fiebre tifoidea y la necesidad de incrementar la lucha antiparasitaria y antivenérea; y por último, este estudio manifestó la importancia de la construcción de un hospital moderno, adquisición de nuevas plantas de energía, construcción de edificios para escuelas públicas, pavimentación de las calles y terminación del acueducto, entre otros (Chacón, 1943).

La relación entre pedagogía y salud, para este periodo, se debatió entre la *promoción* y la *prevención*, determinada por sus regímenes de verdad, que se fueron extendiendo y reproduciendo por médicos, enfermeras, higienistas, promotores de salud, ingenieros sanitarios, bacteriólogos y todas aquellas disciplinas denominadas sociales. Es un tiempo de cambios, de emergencias con nuevas relaciones de saber y de poder, que fueron cambiando el aislamiento, la sospecha y el pecado, por la curación, la seguridad y el bienestar. El acompañamiento pedagógico fue permanente, orientado principalmente al cambio por conductas higiénicas con una intensidad que se evidencia en leyes, decretos y sistemas jurídicos, los que establecieron otras orientaciones, mucho más complejas, con la economía y los sistemas productivos.

Las prácticas higiénicas instauradas e institucionalizadas en el hospital, la escuela, el lugar del trabajo y la familia, se extendieron con programas que incluían la educación higiénica popular bajo el siguiente enunciado: “Debemos esforzarnos para realizar una verdadera labor de

higiene pública, protegiendo y conservando la salud, más bien que curando la enfermedad; prevención y no curación” (Revista de Higiene, 1950b, p. 151). Este esfuerzo se publicitó a través de la divulgación por conferencias, cartillas, exhibiciones cinematográficas, conferencias ilustradas, el auge de la radio y la televisión se aprovecharon como medios de difusión para llegar hasta las zonas más apartadas. Los programas de higienizar las habitaciones, el suelo y el agua, ampliaron su cobertura a zonas rurales con nuevas construcciones de ingeniería sanitaria, para el abastecimiento de agua y el cambio de la vivienda campesina y urbana.

El compromiso educativo fue anunciado por el General Rojas Pinilla, en el acto de posesión a la presidencia en 1954, cuando describió que la educación del hombre colombiano debía convertirse en una necesidad permanente, a manera de cruzada nacional, para vincular a todas las clases sociales y económicas, con los medios modernos como la radio, la televisión y establecimiento de bibliotecas municipales. La finalidad no podía ser otra que llevar el mensaje a los hogares, las fábricas, haciendas y parcelas y hacer indispensable el interés por la educación;

Utilizaremos la televisión para reemplazar la enseñanza por correspondencia, ya que este moderno invento es, sin duda alguna, uno de los métodos más eficaces para ayudar a los que no pueden asistir a la escuela y la universidad, y mediante él llevaremos la acción pedagógica del estado hasta el más humilde de los hogares colombianos (Revista Atenas, 1954, p. 223).

La expansión de la educación popular y campesina se apoyó en la radiodifusión; un ejemplo fueron las escuelas radiofónicas de Radio Sutatenza que emitieron educación básica, educación en salud o educación en prisiones por nombrar algunos (Martínez, et al 2003). La educación masificada y difundida sería la mejor estrategia para la higienización; sobre ella se tejieron relaciones de casusa-efecto, con respecto al riesgo de adquirir una enfermedad. Los

criterios de causalidad se definieron en lo social, a partir de señalar al sujeto higiénico como parte de una sociedad configurada por una serie de variables internas y externas, que lo constituyeron y lo objetivaron como *sujeto social en riesgo*.

Bajo estos enunciados se empezó a observar en el país un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo, en el cual la multicausalidad pasó al primer orden; las bacterias y los virus ya no serían los únicos causantes de enfermedades, existían otros factores de orden social y ambiental, que demarcarían otras relaciones y explicaciones a los planteamientos epidemiológicos del momento.

3.2 Reconfiguración del cuidado: prevenir el riesgo

El cuidado y la salud se encontraron unidos a formas y expresiones que reclamaban al medio, como el elemento más dinámico de producción y reproducción de la salud y prevención de la enfermedad; el *riesgo*, constituyó el fundamento que permitía evitar las consecuencias ocasionadas por la enfermedad. A partir del concepto de *riesgo* fue que se definieron las estrategias y apareció como mediador de los diferentes intereses. Por ejemplo, la seguridad social se inició en Colombia a partir de prevenir el *riesgo*, su finalidad se resumió en tres puntos: evitar la desocupación, sustituir el salario que dejaba de recibirse en caso de enfermedad o incapacidad y conservar y restablecer la salud y la capacidad de trabajo perdida o en amenaza (Revista anales de Economía y Estadística, 1943).

Esta necesidad de atender al *riesgo*, se hizo evidente en todo el sector productivo del país; la seguridad social obedeció para Cardona (1992) a la aplicación de la teoría de Keynes y los Keynesianos, quienes determinaron a “la demanda” como motor del empleo y la economía; en este sentido, los sistemas de seguridad social implementados en el Estado como, invalidez, vejez,

enfermedad y desempleo, que aseguran un ingreso al no trabajador, sería reinvertido por éste en consumo, lo cual certifica un movimiento de intercambio y crecimiento económico.

Desde este enfoque, la asistencia pública afianzó los lazos con la seguridad social, para incluir al trabajador en la prevención de cualquier situación de riesgo de enfermedad o accidente. La función principal de este tipo de asistencia, sería ante todo la higienización de la empresa, mediante la protección de la salud del trabajador. Entre *la seguridad* y el *riesgo* se educó al trabajador y a su familia, a partir del uso de medidas de protección y curación: “la buena materia prima incluyó salud, trabajo y ética”, que se encontraban correlacionadas con factores esenciales de seguridad, como la alimentación, habitación, vestido y educación (Revista Anales de Economía y Estadística, 1942, p. 30).

La creciente industrialización y mecanización de todos los ramos de la economía, requirieron un ambiente seguro e higiénico. La colaboración de todos los Ministerios, escuelas, hospitales y asociaciones gremiales, se hizo necesaria, en tanto que debían estar en sintonía para hablar de bien-estar. Las preocupaciones ahora pasaron al “medio” como catalizador de la estructura social, porque en ella es donde se encontraba el “tejido causal” de los patrones de morbilidad y mortalidad.

Este nuevo escenario, ostentaba ampliación del panorama organizativo en asuntos de salubridad, reclamaba personal capacitado y entrenado para asumir las tareas educativas por especialidades; el médico, maestro y enfermera, resultaron insuficientes; la importación de actores internacionales fue precisa para promover las tecnologías traídas de fuera e implementar las políticas de desarrollo, que según Cueto(2006):

(...)se ajustaban a los intereses de Estado Unidos; que en ese momento se encontraba en pugna con la Unión soviética demarcada por la guerra fría, requiriendo de una parte promover la modernización y de otra, ganar la batalla contra el comunismo (p. 80-81).

La Organización Panamericana de la salud (OPS), la Organización Mundial de la salud (OMS), conformada en 1948, y la Fundación Rockefeller (FR), impulsaron la reunión de los países latinoamericanos, para contribuir en el desarrollo de Estados Unidos, en materia de economía. Se proyectó un mayor crecimiento económico a partir de la resolución de los problemas de salud, de tal forma que, junto a la erradicación de la pobreza, como un acontecimiento anunciado, también se sumó la nutrición adecuada, así mismo, los problemas de las enfermedades infecciosas fueron una realidad a nivel mundial, constituyéndose en un impedimento para el libre comercio que amenazaba el desarrollo de los países⁸⁰.

Vemos por ejemplo, la intervención de la OMS para erradicar la malaria a nivel mundial, bajo el supuesto que promovería el crecimiento económico y aumentaría el mercado mundial, hecho que no fue posible en su totalidad. Luego, una vez integrada la Unión Soviética a la OMS en 1956, se propuso la erradicación de la viruela en el mundo. “aportando 25 millones de vacunas, siendo éste un logro reconocido por la OMS en 1980” (Cueto, 2006, p. 80-83).

⁸⁰ Como discurso histórico, el “desarrollo” según Escobar (2005): “surgió a principios del período posterior a la Segunda Guerra Mundial, si bien sus raíces yacen en procesos históricos más profundos de la modernidad y el capitalismo. Una lectura de los textos y los eventos históricos del período 1945-1960 en particular, valida esta observación. Fue durante ese período que todo tipo de “expertos” del desarrollo empezó a aterrizar masivamente en Asia, África y Latinoamérica, dando realidad a la construcción del Tercer Mundo.”(p18)

Para 1968 se creó el Instituto Nacional de Programas Especiales, mediante el decreto 470, con la finalidad de articular los proyectos propuestos por la OSP y la OMS, e integrar los aspectos científicos, técnicos, económicos y administrativos en cuanto a recurso humano, la importación de tecnologías y apoyo económico, para continuar con los trabajos iniciados en el país y ampliar actividades investigativas docentes, con el fin de desarrollar un plan nacional de saneamiento básico rural y continuar con las campañas operativas de salud (Diario Oficial, , 1968).

Varias reformas del sector de la salud se evidencian en este periodo. El primero fue en 1938, cuando desaparece el Departamento Nacional de Higiene y se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, que según Bejarano (1961) “actuó con mayor autonomía y reconocimiento social, especialmente a nivel ministerial y de parlamento” (p. 13); ocho años más tarde en 1946, se crea el Ministerio de higiene, mediante la ley 96 del Congreso de la República, defendida por el doctor Jorge Bejarano, como director nacional de Salubridad; el Ministerio de trabajo, higiene y previsión social se denominó Ministerio de trabajo; bajo esta misma ley se creó la carrera de *higienista*, reglamentada por las disposiciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, que luego para 1953 el Ministerio de higiene cambió a Ministerio de Salud Pública.

A estas reformas le siguieron los lineamientos de planeación para el desarrollo económico y social, Sobre la planeación recayeron todos los esfuerzos que pretendían solucionar los problemas de salud y educación en el país; la centralización geográfica operó para atender las campañas de salud por regiones y la descentralización de servicios de salud, con la iniciación de los sistemas de regionalización, hacia finales de la década de los cuarenta, definiéndose como estructuras y funciones de administración pública, con programas y proyectos cada vez más

complejos, tanto a nivel departamental, regional y local, que incluían las inmunizaciones, el saneamiento, la salud materno-infantil y la educación para la salud, como los ejes principales (Restrepo y Villa, 1980).

Los enfoques médicos se presentaron relacionados a otros conceptos y cambios en las estructuras administrativas del sector salud. La tarea educativa en salud persistió, pero esta vez vinculada al Ministerio de Educación para extender su cobertura; Por ejemplo la nutrición pasa a ser asunto de este Ministerio, mediante la administración de los restaurantes escolares, según el decreto 219 de 1936. Salud y educación anudan sus esfuerzos en términos de presupuesto, planes de distribución y funcionamiento, para negociar empréstitos internos y externos, con la finalidad de ampliar la cobertura en salud.

Otra evidencia se lee cuando para 1961, mediante la ley 148 de la Presidencia de la República, se ordenó la liquidación de los lazaretos y la incorporación de su andamiaje administrativo, al Ministerio de Educación Nacional, con el fin de aplicar los planes de enseñanza oficiales e incluir la formación, capacitación y perfeccionamiento de los maestros, tanto para la sección vocacional, como la agropecuaria y destinar las partidas necesarias para su funcionamiento (Diario Oficial, 1963).

Un nuevo esquema de relaciones entre Estado, sociedad y economía, guiaron el modelo de salud en el país; estas reformas emprendidas en el sector de la salud, fueron, según Quevedo (2004), tratadas desde 1935 como proyecto de ley ante el congreso por Antonio José Lemus Guzmán con los siguientes argumentos: 1. Unificar estos ministerios [de educación y salud], por cuanto se encontraban dispersos. 2. Unificar su administración y 3. Lograr presentarse como organismo autónomo; aspectos que se venían trabajando desde la Academia Nacional de Medicina bajo las influencias de la Oficina Sanitaria Panamericana, que siguiendo los modelos

de otros países en los que se encontraba vigente, se conectaba de manera directa a la salud con las fuerzas productivas (p. 266-268).

Con esta nueva figura administrativa, fue necesario continuar con más vehemencia las campañas de salud, incrementando el control en la medida que el asunto influía en lo social; el siguiente enunciado afirma:

Para una nación es de mayor importancia mantener registros de su capital en vidas; de sus ganancias por nacimientos y por inmigración, y de sus pérdidas por muertes y por emigración, porque la verdadera riqueza de la nación no reside ni en sus tierras, ni en sus aguas, ni en sus bosques o sus minas, ni en sus rebaños, ni aun en su capital en numerario, sino en sus hombres, mujeres y niños en estado perfecto de salud. Un hombre sano vale más para la nación que uno enfermo” (Concha, 1940^a, p. 12).

Bajo estos enunciados, la fusión entre capital y salud, representó la manera sobre la cual el Estado pretendió asumir el desarrollo del país, que sería medido por el grado de salud de sus habitantes, que, traducido en mayor poder adquisitivo, representaba ingresos económicos altos. Un nuevo discurso comenzó a emerger cuando se observó que el concepto de salud se puso en tensión con la economía, a tal punto que el objeto de intervención fue la persona, con una estructura social compleja, que interactuaba con el medio como proceso adaptativo y que requería ser modificado; en palabras de Foucault (1976) “(...) se trata en suma de optimizar un estado de vida” (p. 199).

Desde la perspectiva biopolítica, se puede afirmar que el anuncio de mecanismos regulatorios, que pretendieron gestionar la vida de las personas con nuevas tecnologías, buscaban no sólo la disciplina sino el control masivo de aquellos acontecimientos, que serían la clave para el desarrollo del país, dentro de los cuales, en este estudio, se destacan los siguientes: 1.

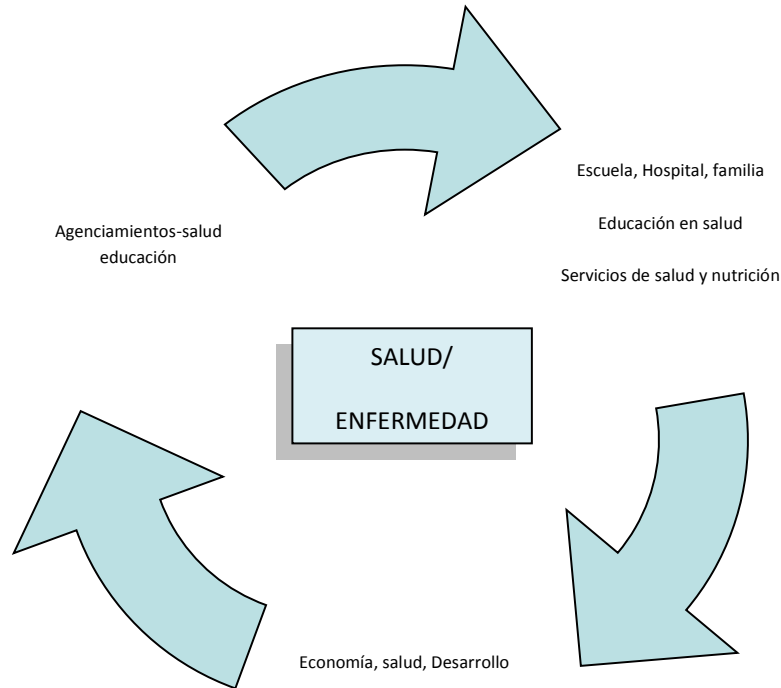
intervenir el medio social para higienizarlo y convertirlo en un lugar más seguro; 2. prever los riesgos a partir de nuevas estructuras normativas de control y gestión; 3. controlar la natalidad ante el hecho de un aumento de población y 4. Intervenir la pobreza, la enfermedad e ignorancia. Estos mecanismos regulatorios movilizaron nuevas ambiciones y exigencias ante la idea de un Estado moderno.

Es dentro de este contexto en que la práctica pedagógica ocupó un nuevo lugar, al definir la salud como bien social, la cual coexistió como recurso para integrar al ciudadano con otros modos de ser y de ver el mundo; en tanto acción, con sus leyes, normas, y regulaciones, impuso nuevas subjetividades e instauró otras relaciones entre el saber y el poder con el sujeto y su entorno social.

Se trataba ahora de construir un ciudadano higiénico que aceptara a la ciencia y las tecnologías, como el único camino posible para obtener un grado de salud deseable. El Estado, definido ahora como liberal, le proporcionaría los recursos necesarios para ayudar a este cometido, siempre y cuando se acataran a cabalidad los planes nacionales trazados para cada uno de ellos.

La escuela y el hospital asumieron responsabilidades particulares que introdujeron nuevas tecnologías de poder para la formación de ciudadanos capaces de apoyar el proyecto Nacional. El conocimiento de la higiene estuvo determinado por otras nociones como el medio, el riesgo, la pobreza, la natalidad y el analfabetismo, que fueron problematizadas como asunto central en el arte de gobierno, como se muestra en los siguientes apartados.

3.3 La enfermedad en el orden social



Se señaló en el capítulo anterior, que la manera como se enfrentaron a nivel de Estado las enfermedades infectocontagiosas, constituyeron una fuerte relación pedagógica con el sujeto; para este momento, el fenómeno se manifestó de manera diferente en los países llamados desarrollados, por cuanto identificaron la aparición de otras enfermedades de origen crónico. Esta nueva relación, comenzó después de la segunda guerra mundial, cuando se indagó que en el mundo moderno los más altos índices de mortalidad eran ocupados por enfermedades de tipo crónico, lo que producía una baja productividad, sin embargo, para los países que no tenían los niveles básicos de desarrollo, como Colombia y en general América Latina, se mantenían altas las tasas de morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas, materno-perinatales y causadas por desnutrición, estableciendo uno de los indicadores más importantes de la relación desarrollo-sub desarrollo.

En este periodo, más que una transformación en el concepto de salud, lo que se constituyó fueron otras formas de gobierno, mediadas por la educación. Se afianzó el concepto de atención primaria en salud, al ser desarrollada en un periodo pre-patogénico, es decir, antes que la enfermedad hiciera su fatal aparición; las medidas se implementaron para desarrollar una salud ahora del orden social, unida a conceptos como “el medio” y “el riesgo” , que priorizaban mayor participación colectiva. La ciencia reclamó nuevas especialidades y técnicas, al tiempo que se afianzaba el modelo higienista, a la luz del modelo norteamericano, dado que desde allí se lideraba el desarrollismo en el continente.

Para el caso colombiano, las enfermedades se denominaron *emergentes y reemergentes*, por cuanto aparecían nuevas o se presentaban brotes infecciosos de enfermedades prevalentes en algunas regiones. Con la influencia de la OSP, la Organización Mundial de la Salud, OMS, la UNICEF y La Fundación Rockefeller entre otras, se planificaron planes y programas divididos por regiones⁸¹, para la erradicación de enfermedades infecciosas.

La preparación y venta de vacunas fueron producidas por el Instituto Finlay⁸², situándose como centro de referencia nacional e internacional, no sólo para el control y tratamiento contra la fiebre amarilla, sino por sus estudios de parásitos tropicales en América. La tecnificación del

⁸¹ La OMS dividió por Regiones: las Américas, el Sur Este Asiático, Europa, el Mediterráneo Oriental, el Pacífico Occidental y África (Cueto, 2006, p. 78).

⁸² El Instituto Carlos Finlay se adscribió legalmente al Ministerio de Higiene en 1949, mediante decreto ejecutivo Nacional N322, con una asignación presupuestal anual de \$175.000.00; los trabajos realizados fueron asesorados por la Fundación Rockefeller (Revista de Higiene, 1950c). En 1962 se fusiona con los laboratorios Samper Martínez y hacia finales de los años 60 se desarrollaron vacunas y biológicos para el control de la rabia, fiebre amarilla, difteria, tétanos y tosferina (s.a.INS, s.f.). Estas tres últimas vacunas se constituyeron en obligatorias para los infantes.

cuidado evocó el montaje de laboratorios con elementos necesarios para realizar los exámenes de hematología, parasitología, química etc. así como la detección de enfermedades específicas (Revista de Higiene, 1950c).

Documenta un relato presentado por el doctor Luis María Ferro, que dentro del hospital, algunas de las enfermedades infecciosas aparecían a manera de brotes epidémicos: cuando en 1937 apareció un brote infeccioso de diarrea en los recién nacidos, en el hospital San Juan de Dios, catalogado como los más graves del país y que continuó por los siguientes años, la situación despertó el interés por investigar sus causas, puesto que sólo se presentaban a nivel intrahospitalario. Los niños que nacían en consultorios particulares o en la casa, recibidos por comadronas, no llegaban a presentar esta infección. Ante esta evidencia, que se constituía en un duro azote para la maternidad intrahospitalaria por la muerte neonatal, así como fracturas y deficiencias durante el ejercicio médico, se replanteó la higiene del parto y puerperio, con la perspectiva de corregir los errores, y se dispuso de enfermeras especializadas en la materia, con habilidades y destrezas para realizar una atención especializada (Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, 1941).

Los tratamientos y enfoques epidemiológicos adquirieron características por especialidad médica; exponemos como por ejemplo, el uso de la penicilina, llamada “droga mágica”, que comenzó a utilizarse para combatir infecciones agudas, como en el tratamiento de la sífilis. Los tratamientos se masificaron, como lo evidencia el expendio gratuito de vacunas que hizo el Instituto Finlay en todo el territorio colombiano⁸³ y países vecinos⁸⁴, contra la fiebre amarilla,

⁸³ Un caso concreto se describe en Colombia, en una campaña de vacunación iniciada en 1937 contra la fiebre amarilla, bajo la dirección del Instituto Carlos Finlay y auspiciada por fondos de la fundación Rockefeller en 1944 (Abel, 1996, p. 106). Para 1949 se prepararon 484.930 vacunas que fueron distribuidas en todo

tifo exantémico y fiebre petequial, que para 1950 se encontró tecnicada y con equipos de laboratorio para exámenes anatómicos (Revista de Higiene, 1950c).

Los problemas alrededor de la higiene, se consideraron desde una connotación de *problema público*, asociado a las epidemias, la morbilidad, la duración media de la vida y la mortalidad, para instaurar la “higiene social”⁸⁵, en este sentido, las campañas se expandieron hacia zonas endémicas: malaria, viruela, fiebre amarilla, peste, tifo exantémico, tuberculosis, fiebre tifoidea, enfermedades venéreas, pián⁸⁶, rabia, tripanosomiasis (enfermedad de chagas),

el territorio nacional; en el segundo semestre la campaña preventiva se extendió a la isla de San Andrés y Providencia por el intenso tráfico con el canal inter oceánico (Revista de Higiene, 1950c:1969).

⁸⁴ Las vacunas exportadas contra la fiebre amarilla se llevaron a Centroamérica, Guayanas Francesa, Británica y Holandesa, Panamá, México, Perú, Ecuador, Venezuela y las islas del Caribe, llevando las respectivas pruebas de protección y exámenes anatómicos de muestra de hígado (Revista de Higiene, 1950c:161).

⁸⁵ El término “higiene social” es introducido por J.A. Rochoux en 1838, e identifica la separación entre la higiene individual y la social. Rudolf Virchow señala que “la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina a gran escala”. En su estudio de la epidemia de tifus de 1847 en Alta Silesia, identifica como causas, además de las biológicas y físicas, las económicas, sociales y políticas (Rojas, 2009, p. 5-9).

⁸⁶ El Pián es una enfermedad de la piel transmitida por el mismo grupo de bacterias que causan la sífilis, sin embargo su transmisión no es por contacto sexual, sino por contacto directo de la persona afectada. Ataca la piel, huesos y cartílagos y puede causar deformidad esquelética, se afectan principalmente los niños menores de quince años; su propagación se atribuye al hacinamiento y poca higiene. Un informe de la OMS afirma que se dio tratamiento en masa con penicilina entre 1952 y 1964 en 46 países los cuales redujeron en un 95% su prevalencia. OMS, 2012. Consultado EN: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/es/> Hay que anotar que las campañas educativas en masa para esta enfermedad ubicó para Colombia un lugar importante.

lepra y bartonelosis, fueron las de principal intervención no sólo en Colombia, sino en los países que conformaron el Código Sanitario Panamericano.

En 1950⁸⁷, el Ministro de Higiene de Colombia, convocó a los gobiernos de Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela, para nombrar sus representantes en la Conferencia de Salubridad Fronteriza a realizarse en Bogotá y Villavicencio, con el propósito de firmar acuerdos atinentes al tratamiento de esas enfermedades, que constituían una amenaza para el libre comercio e intercambio de divisas. Allí se discutieron los lineamientos a seguir, la prevención y tratamientos, y se nombró el personal sanitario de apoyo para la realización de los programas en los lugares que presentaran brotes endémicos; de igual manera, la educación popular y el apoyo para los estudios especializados en problemas de salubridad pública, fomentaron el funcionamiento de los mecanismos reguladores de la población en asuntos de salubridad.

Colombia por su parte, implementó las medidas adoptadas en esta conferencia, a partir de la masificación de campañas preventivas contra las enfermedades que fueron consideradas una amenaza para la industrialización y el comercio; vemos la campaña contra el pián, iniciada especialmente en la región del Pacífico en 1950, atendiendo al riesgo del debilitamiento de los

⁸⁷ Esta conferencia fue celebrada en Bogotá el 10 de Abril de 1950, en la biblioteca del Ministerio de Higiene y precedida por el Ministro de Higiene, Jorge E Cavelier; asistieron por Colombia Emiro Quintero Cañizares, secretario general del Ministerio de Higiene, Carlos Ferro, jefe de la División de Inspección Nacional en Salubridad; Luis Alberto Jiménez, jefe de la División de Enfermedades Comunicables; Manuel Roca García, director del Instituto Carlos Finlay; Ernesto Osorno Mesa, encargado de la División de Malariología; Julián de Zuleta, director encargado del Instituto Roberto Franco de Villavicencio; Hernando Groot, jefe del laboratorio del hospital Militar, Ministerio de Guerra; Pedro Pablo Escamilla, director departamental de higiene del Chocó; Guillermo Dávila, director Comisarial de Higiene del Amazonas; Gerardo López Narváez, director de la campaña antiipiánica. (Revista de Higiene, 1950:217)

jóvenes, quienes eran los principalmente afectados. La campaña se denominó “antiipiánica”, y era dirigida por zonas, en donde cada una contaba con un equipo de trabajo, compuesto por médicos, ayudantes y enfermeras. El trabajo se dividió en el trabajo médico y el administrativo; el primero, administró penicilina procaina, como única dosis a la población enferma, sin tener en cuenta el grado de la enfermedad, lo que conducía a que no se requería mayor conocimiento científico, más bien sí, una destreza práctica; el segundo, se orientó a la dotación de los elementos necesarios para los desplazamientos, como tener la cantidad suficiente de drogas, canoas disponibles con motor, por tratarse de zonas con altas afluencias fluviales (Revista de Higiene, 1950). De esta manera se atendía al principal objetivo de la campaña: erradicar el pián en Colombia.



Figura 2. Tomado de la Revista de Higiene, órgano del Ministerio de Higiene. Año XXIV. N3. Julio de 1950. Bogotá, Colombia. Imprenta del Banco de la Republica.

Otra Enfermedad que cobró importancia para la medicina latinoamericana, en especial entre higienistas y patólogos, fue la enfermedad de Chagas⁸⁸, tratada en el ”Cuarto Congreso de

⁸⁸ Esta enfermedad denominada actualmente *trpanosomiasis Americana* tiene incidencia en zonas

Medicina Tropical y Malaria”, reunido en Washington en 1948, a la cual asistieron delegaciones de Colombia, Bolivia, Chile, Brasil, México, Costa Rica, Uruguay, Venezuela y Argentina. Allí se solicitó explícitamente a la Oficina Panamericana, que se hiciese cargo de la coordinación de las investigaciones. Esta solicitud fue aprobada en Tucumán, Argentina al año siguiente. La extensión de la enfermedad en zonas Caribeñas de Colombia y América Central, fue el tema principal de la reunión, por las secuelas relacionadas con cardiopatías severas, que impedían un buen rendimiento y respuesta al trabajo, especialmente en las zonas agrícolas. (Revista de Higiene, 1952).



Figura 3. El Ministro de Higiene inaugura la Conferencia de la Salubridad Fronteriza (Revista de Higiene, 1950, p. 221).

Se planteó iniciar una profilaxis para erradicar el vector portador de la enfermedad, no sólo en el país, sino en gran parte de Latinoamérica, mediante la *dedetización* (utilización de

cálidas endémicas, es originada a partir de la infección de un parásito llamado *Trypanosoma cruzi* que luego es transmitido por un vector (insectos) y que habita principalmente en techos de paja, construcciones de adobe, y en los pastos, su nombre procede desde 1909 por Carlos Chagas.

D.D.T) y la utilización de Gamexane para las viviendas, gallineros, corrales, y todo tipo de lugares sospechosos. La higiene de la vivienda, los mobiliarios y las estructuras, deberían ser cambiados por construcciones y mobiliarios modernos, se incitó a reemplazar el techo de paja por teja, la construcción de paredes blanqueadas y la desinfección domiciliaria. Las medidas de higienización de las viviendas conllevó a un movimiento educativo con campañas sanitarias, que incluían planes de educación rural, investigación clínica y laboratorios de diagnóstico, para obtener de primera mano la posibilidad de un diagnóstico precoz (Revista de Higiene, 1952).

Más que una verdad a la incidencia de esta enfermedad en nuestro país, constituyó un modelo de control, bajo el razonamiento de que tal enfermedad se desarrollaba por la indigencia, abandono y pobreza de los pobladores campesinos. La epidemiología cobró un nuevo estatus, al constituirse en ese saber que complementaría los testimonios, para implementar las acciones a seguir y evitar el desprestigio del atraso que amenazaba al país.

En un esfuerzo modernizador, la *prevención* ocupó otro lugar, cuando se extendió la enseñanza sanitaria, con acciones especialmente de tipo pedagógico que involucraban también a la promoción de la salud. La intervención de la higiene se hizo más específica por aéreas de conocimiento, con acciones puntuales elevadas a la categoría de ciencia; esta dinámica, reclamó mayor tecnificación para implementar medidas de control, con la inclusión de todas las esferas sociales que servirían de enlace, a manera de proyecto educativo lo bastante plausible para evidenciar un trabajo de grandes proporciones, que imponía un nuevo régimen de verdad estimulado por la correlación del medio, lo social y el riesgo.

Salud y educación compartieron las mismas preocupaciones e intereses: buscaban un desarrollo sostenible, comenzando por erradicar la enfermedad ocasionada por la miseria, el hambre y la ignorancia. La presencia pedagógica celebró sus límites entre la disciplina y el

control, dependiendo de las posiciones del sujeto; las reglas discursivas se fortalecieron bajo el control médico, que regulaba, explicaba y determinaba, los criterios para la enseñanza de la higiene a la comunidad.

Los modelos fueron radicales y estaban fuertemente clasificados en relación con los sujetos, objetos y prácticas. En este escenario, las ideas liberales se impusieron en Colombia, en un escenario de conflictos e intereses económicos, políticos y sociales, que desplegaron las mayores violencias y fijaron cambios en las estructuras político-administrativas y económicas, apropiando nociones de orden liberal que reafirmaron varios aspectos, conducentes a una nueva ciudadanía marcada por la higiene. La pérdida de poder por parte de la iglesia, asumido por un estado interventor, justificó para el campo de la salud, una mayor participación en la medida en que se concretaban reformas sociales. A continuación aparecen relacionados algunos de esos hechos.

3.4 Liberalismo y salud

Finalizada la segunda guerra mundial, las potencias industrializadas plantearon un nuevo orden mundial, que según Restrepo (2009, p. 29) estuvo marcado por varios acontecimientos tales como: la consolidación de Estados Unidos militar y económicamente, el arraigo de los nombres del Tercer Mundo y del subdesarrollo, el auge de los países industrializados y su permanente interés por los no industrializados y, el inicio de la reconstrucción de Europa. Los nacionalismos crecían al tiempo que el comunismo sería su principal oponente, la guerra fría se impuso, el apogeo de los nuevos mercados que aumentaron la oferta y la demanda, la ciencia y la tecnología adquirieron un grado máximo de veridicción y emergieron nuevos centros de interés a nivel mundial, como la pobreza, la explosión demográfica, el analfabetismo, entre otros.

Los conceptos de desarrollo e industrialización, estuvieron fuertemente, marcados por el capitalismo, que en palabras de leal (1990):

La modernización implicaba una postura pragmática del capitalismo industrial, en la cual la antigua ética política secular de la modernidad (que pretendió la emancipación de la sociedad) fue sustituida por los valores de acumulación de capital y consumo de los bienes de la industrialización, con aspiraciones de beneficio común (p. 2).

La gran depresión económica de Estados Unidos en 1929, tuvo un gran impacto para todos los países latinoamericanos. La caída de los precios de exportación, afectó a Colombia, en particular con la baja en el precio del café (Uribe, 2013), que para la situación económica interna prevaleció hasta 1934, cuando el apoyo a la industria y la agricultura se fortalecieron, con políticas de crédito que aportaron para la actividad productiva La Caja Agraria, el Banco Central Hipotecario y la corporación Colombiana de Crédito, creados desde 1925, sirvieron de base al crédito privado y a la cartera bancaria.

La reforma constitucional de 1936 en Colombia como acontecimiento, obedeció a varios aspectos que llevaron al país a un cambio de orientación tanto política como económica. Su intencionalidad radicaba en fortalecer un Estado “más eficiente y moderno” frente a la productividad del país, con una dinámica económica cuya pretensión fue conducir a una sociedad moderna, a partir de propuestas que vincularon al desarrollo con la economía en todas sus aristas; muchas de estas propuestas provenían de Estados Unidos⁸⁹, con la

⁸⁹ Nombramos al plan Marshall, como ejemplo de algunos tantos, que buscó el liderazgo económico de Estados Unidos frente al mundo, cuando una vez terminada la segunda guerra mundial en 1945 , surgió por iniciativa del secretario de gobiernos de Estados Unidos George Marshall, un plan de intervención para la reactivación económica de los países europeos devastados por la guerra y la contención del comunismo; este plan implicó la amplia división entre los países apoyados por Estados Unidos y los que quedaban bajo la

pretensión de afianzar la economía al capital con un tinte socialista, no por una representación de ideología política, sino porque los aspectos sociales cobraban importancia en las agendas de gobierno.

La creación del Ministerio de Trabajo y Previsión social en 1938, conjugaron las acciones llamadas “político-sociales”, que fueron un claro ejemplo para solucionar los problemas emergentes de la clases obreras y recuperar su capacidad productiva; aquí las bases de intervención se juzgaron a través de la utilidad y beneficio de los servicios de asistencia pública y el criterio intervencionista se anunció para el colectivo.

Colombia vivió una etapa de transición, precedida por algunos acontecimientos como la violencia marcada por los enfrentamientos bipartidistas que azotó sobre todo las zonas rurales, la ruptura entre la iglesia y el Estado, el auge de los movimientos populares y el reclamo de mayor participación en lo político y lo social, seguida de una alta lucha popular obrera..

Un hecho que desató una violencia generalizada, con un trágico resultado de gran número de muertos y heridos, fue la que se produjo en el *bogotazo* en 1948, tras el asesinato del caudillo Jorge Eliecer Gaitán. Lo que siguió de ahí en adelante, fue la conformación de guerrillas,⁹⁰ los movimientos populares y estudiantiles como voceros de resistencia y lucha de clases. Ello en la presidencia del doctor Mariano Ospina Pérez, periodo en el que se contabilizaron 100.000 muertos, 30.000 casas quemadas, 400 aldeas arrasadas y más de 330 regiones declaradas zonas

protección de la Unión Soviética; nuevas instancias emergieron bajo el supuesto de libertad y democracia en Estado Unidos: El consejo de seguridad Nacional y la Agencia Central de Inteligencia, CIA, con los objetivos claros de detener el movimiento comunista . (Uribe, 2013, p. 1130-132).

⁹⁰ Dentro de las que se nombran a las guerrillas del Llano, como un ejemplo, de lo que procedió al liberalismo, pensado más allá de un partido o ideología que operó en clave biopolítica entre la tensión economía- mercado; iniciaron en 1949, lideradas por Eduardo Franco y Guadalupe Salcedo.

de violencia; el impacto de este fenómeno afectó directamente a cerca del 39% del territorio nacional (cromos, 1959b).⁹¹

Un duro golpe para el país, que sumergido en la violencia y las luchas ideológicas, tuvo que cargar a demás con pobreza y enfermedad, una situación que resultaba preocupante con mayor acento en las zonas rurales, las que demandaban una mayor atención en la salud pública, y una situación que indudablemente se constituía como una amenaza para los sectores productivos. La Cruz Roja Colombiana movilizó personal médico y paramédico para atender con urgencia los asuntos de salubridad rural y que aun cuando se mostró como una institución neutral ante el conflicto, recibía el apoyo económico de Estado y logró un alto posicionamiento a nivel nacional.

En este escenario, las ideas liberales en Colombia se mostraron como políticas progresistas⁹², que según Kalmanovitz (1994), buscaban afianzar el capitalismo y combinar el progreso con la intervención del estado: industrialización, urbanismo, investigación,

⁹¹ No fueron los únicos brotes de violencia, anterior a estos hechos, se habían presentado luchas populares como la masacre de las bananera en 1928, el desastre de Fedenal en 1945 cuando se desarticula el movimiento obrero y las huelgas de talleres centrales en 1957 y Croydon en 1958. Las etapas del sindicalismo pasaban por un periodo llamado de debilidad sindical.

⁹² El mandato de López llamado “la revolución en marcha” se presentó como el poder salvador de la crisis en que vivía el país: el desplome de los precios del café, la guerra con el Perú en 1932, el desempleo y la inmigración del campo a las zonas urbanas que se habían intensificado por la violencia, la falta de oportunidades laborales y persecución terrateniente. Su nuevo lenguaje invitaba al cambio y a reformas que apoyaban a la clase trabajadora; la propuesta de un nacionalismo moderno reivindicó a un Estado de derechos, apoyado por el intervencionismo para la aprobación de una ciudadanía nacional. (Peacut, 1987, p. 195); pero sobre todo, el proyecto de industrialización y modernización se enmarcó en las relaciones sociales, poder del Estado, producción y mercado exterior.

tecnología, desarrollo de la medicina social, educación masiva, seguridad social y recreación fueron los baluartes que combinaron las acciones democráticas con la violencia desatada en todo este periodo.

Dentro de los cambios suscitados por el liberalismo en Colombia⁹³, se nombran los siguientes hechos: el límite de derechos de la propiedad, la obligación del Estado a intervenir por medio de leyes en la producción, distribución y consumo de la riqueza, la reforma agraria, reformas en el sector salud con la urgencia de una legislación laboral que lograra una estabilidad financiera, amparada por nuevas nociones que entraron al mercado productivo, como la eficiencia y la equidad. Estos cambios transformadores, llegaron a ser operacionalizados en términos de ganancia y capital.

El tema de la ciudadanía entra en escena a manera de *sujeto político*, lo que sugiere la yuxtaposición a su propio simbolismo y el tema de democracia se cambia de oligárquica a participativa (Pecaut, 1987). La condición obrera definida como un estrato inferior, se hizo escuchar a través de los movimientos obreros, quienes se reafirmaron como los verdaderos creadores de riqueza. Frecuentemente se habló de la “fuerza de la clase obrera”, en tanto que representó para 1957 el 33% de población activa, seguida del 23.7% de trabajadores independientes, artesanos y profesionales (19,5%); los burócratas y administradores oficiales y privados, junto con los empleadores, dueños o patronos, apenas llegaban a un 10.3% (cromos,

⁹³ La Republica liberal ha sido descrita en la historia desde 1930 cuando el liberal Enrique Olaya Herrera asumió la presidencia, precedida luego por Alfonso López Pumarejo quien ejerció en dos periodos y terminó en 1946, y de nuevo retorna el poder conservador (Giraldo, 1994); sin embargo, se aclara que los siguientes legisladores continuaron por esta misma línea modernizadora y como estrategia política para mantener la hegemonía se inició el Frente Nacional.

1959a). La relativa integración de esta clase obrera, logró algunos beneficios salariales, una relativa participación social y el derecho al sufragio y la seguridad social (Castell, 1997; p. 347-348).

El desplazamiento se advierte en las relaciones que se establecieron entre la triada trabajo, capital y consumo, frente a formas de violencia y lucha de las clases trabajadoras; las características más notables del desarrollo para la década de los sesenta estuvieron ligadas a cuestiones de empleo y mano de obra, que representó, según Bejarano (1991), el hecho social más importante en los debates de la economía Colombiana, en tanto que la alta tendencia modernizante de la industria, representaba un alza sostenida en la productividad y tales formas de violencia y lucha generaban tensiones y desestabilización financiera y productiva.

El paso de un Estado protector a un Estado interventor impulso un Estado moderno, mediado por intereses económicos para articular el trabajo y el capital con el consumo; la salud de sus pobladores representó el recurso y la posibilidad de generar dicha relación: "Civilizar a un pueblo no es, en suma, más que hacer nacer en él necesidades nuevas" (Jorge Eliecer Gaitán, 1945, citado en Herbert, 1948). Alberto Lleras Camargo había anunciado en 1938, lo siguiente:

Hemos querido levantar el nivel de vida del pueblo, no sólo para que sirvan mejor las empresas nacionales que se quieren acometer con su respaldo, sino para que sea también un consumidor eficaz, es decir un elemento más seguro del progreso en la producción industrial y agrícola. Citado por Pecaut (1987, p. 195)

La higiene adquirió características sociales, en tanto bebió del liberalismo que exigía mayor participación en el dominio de lo público y propuso una serie de reformas para el sector de la salud, que incrementaron el nivel de control, haciéndose más perentorio en la medida en que se afianzaba el capitalismo y se fortalecían las fuerzas productivas.

Terminado este periodo, es decir, para 1970, las teorías de desarrollo, industria y tecnología emergentes para 1960 y 1970, afirma Cueto (2006), que “concertó los modelos de asistencia con los poderes hegemónicos y las luchas de clases, que daban igual prioridad a resolver los problemas de salud para erradicar la pobreza y evitar que llegaran las ideas comunistas a estos sectores”. (p. 79-80).

Surge la pregunta: ¿qué tipo de relaciones estableció la salud y la educación con la economía y el desarrollo para pensar en una sociedad moderna? ¿Bajo qué categorías de enunciación se hizo posible medir y planificar a la población? A continuación se plantean algunas nociones que ejercieron cierta autoridad de la mano del desarrollo, y que fueron utilizadas como recurso pedagógico, para transformar por completo la vida de los colombianos. Los sujetos serían ahora saludables, demarcados ampliamente por la higiene y la educación, con un poder amplio sobre sus vidas pensadas en colectivo, resaltando sus múltiples relaciones con la natalidad, morbilidad, calidad de vida y escolaridad.

3.5 La población en las estimaciones vitales. Medir y planificar

Hacia finales de los años setenta, se había mostrado plenamente que el crecimiento poblacional en el mundo iba en aumento de forma acelerada; once países especialmente, superaban el 3% del crecimiento demográfico, que traducido en cifras, se planteó así: mientras en 1900 la población mundial fue de 1.606 millones de personas, para los años sesenta, se había duplicado a 3.200 millones y para 1975 esta cifra ascendía a 3.900 millones (Revista nueva Frontera, 1975, p. 8).

Este acontecimiento denominado “explosión demográfica”, planteó un nuevo reordenamiento para la sociedad, a través de la legitimación de ciertos modelos de comportamiento, en correspondencia con las reformas y planes de desarrollo que emergieron

desde las estructuras gubernamentales, políticas, religiosas, disciplinares (la sociología, demografía, medicina, economía) y educativas, para ocuparse de este nuevo fenómeno mundial, por cuanto se asumió como una “amenaza” a la sobrevivencia de la humanidad.

Los países llamados “desarrollados”, mostraron un crecimiento inferior frente a los “sub desarrollados”. Para la población Colombiana, el aumento fue descrito así: de 4.143.632 habitantes en 1905, pasó a 5.072.604 en 1938, y casi duplicó sus cifras para 1945, con un aproximado de 10.010.637 habitantes, de los cuales 7.097.551 habitaban en zonas rurales y 2.913.086 en zonas urbanas. Por cada tres habitantes campesinos había uno urbano, cifras que reafirmaban a Colombia como país rural. (Revista Económica, 1945, p. 557).

Bajo estos supuestos, el panorama demográfico en el país, fue analizado desde diferentes puntos de vista. El primero de ellos, a través de la geografía económica, con tres fuerzas que constituyeron su centro de interés: hombre, tierra y tiempo; el hombre como el eje central de desarrollo, modificado por la higiene, la nutrición y la educación; la tierra como el factor productivo que requería la intervención especializada, la importación de tecnología y un programa de trabajo trazado para aumentar la producción, y el tiempo, que perfilaba control de la morbi-mortalidad con mayores índices de población, lo que supuso una influencia positiva para la productividad. (Revista Económica, 1945).

El segundo, relacionó los discursos de pobreza y productividad, para constituirse en la fuente sobre la cual giró la población en clave biopolítica, pensada en conjunto como productora de riqueza, sujeta a la movilización de su fuerza de trabajo. Tanto la economía en sus diferentes ramas, como la medicina, la política, el Estado y la cooperación técnica Internacional, desplegaron tácticas y estrategias de manera generalizada, para dirigir al país por la vía del desarrollo. La estadística como campo de saber, representó la columna vertebral de los planes y

programas que se irían luego a implementar; el diagnóstico de los problemas de orden económico, social y cultural, la posesionó como ente consultor, marcado por sus efectos de verdad, cuando a través de cálculos y estimaciones vitales, hizo visible los estudios de población que se realizaron en este periodo.

El tercer punto de vista, relacionó el incremento demográfico con altas tasas de natalidad, en especial al analizar los “países subdesarrollados”, y el aumento de la expectativa de vida⁹⁴, con el argumento que entre las causas de esta situación se encontraba el impacto tecnológico sanitario y la medicina moderna. Se avecinaban mayores índices de desnutrición y pobreza, debido a la “explosión demográfica”, en tanto, se trabajaría en el control de la natalidad, disponibilidad de recursos, producción y explotación de tierras, para suplir las necesidades alimentarias de más población.

Desde estas ópticas, la inquietud por la salud fue un asunto mundial que requirió un sistema de clasificación, a manera de lista internacional sobre enfermedades y causas de muerte⁹⁵, y adquirió un especial significado cuando fue oficialmente aceptado en casi todos los

⁹⁴ “En Ceilán por ejemplo, la expectativa de vida aumentó desde 32 años en 1921 a 62 años en 1946 y la tasa de mortalidad descendió de 19,8 por mil en 1946 hasta 12,3 en 1949, como un efecto directo de la virtual erradicación de la malaria”. (Tomado de la Revista Nueva Frontera, 1975)

⁹⁵ La Lista Internacional de 1938 fue preparada para la Comisión Internacional de Expertos Médicos reunida en París y aprobada por quince naciones e instituciones. expone la siguiente lista de enfermedades:

- I Infecciones y enfermedades parasitarias (enfermedades transmisibles)
- II. Cáncer y otros tumores
- III. Reumatismo, enfermedades de la nutrición y de las glándulas endócrinas. otras enfermedades generales y avitaminosis.
- IV. Enfermedades de la sangre y órganos.
- V. Envenenamientos crónicos e intoxicaciones.

países de Europa, Norte y Sud América, Australia y parte de África y Asia. Se nombraron algunas de las enfermedades de notificación obligatoria con el objeto de facilitar la comparación internacional, se esperaba que las enfermedades infectocontagiosas, estuvieran superadas en un alto porcentaje, por los adelantos de la medicina. De estar presentes estas enfermedades, ello era considerado un signo de atraso y pobreza, por cuanto en los países desarrollados ya estaban controladas, mostrando con ello un aumento global del crecimiento de los ingresos medios por habitante cercano a los ocho años, entre 1950 y 1978, según un informe de la OMS (2008).

En esta perspectiva, los estudios de población se presentaron desde 1938 con mediciones estadísticas, fueron de un valor apreciable, no sólo para los departamentos de Salubridad e Higiene pública, sino para organizaciones e instituciones interesadas en estudios económicos y sociales. El término “estadística vital” anunció el estudio de la vida de las poblaciones en términos de “bio-demografía”, que posteriormente se denominó “Bio estadística”, señalando

-
- VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
 - VII. Enfermedades del aparato circulatorio.
 - VIII. Enfermedades del aparato respiratorio.
 - IX. Enfermedades del aparato digestivo.
 - X. Enfermedades del aparato génito urinario.
 - XI. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio.
 - XII. Enfermedades de la piel y tejido celular.
 - XIII. Enfermedades de los huesos y órganos de la locomoción.
 - XIV. Malformaciones congénitas.
 - XV. Enfermedades peculiares del primer año de vida.
 - XVI. Senilidad
 - XVII. Muertes violentas o accidentales.
 - XVIII. Causas mal definidas o desconocidas. (Anales de Economía y Estadística, 1943, p. 9).

como aspecto central, los problemas que afectaban el desarrollo de un país en materia de salud y educación, y serían los indicadores que marcarían el grado de riesgo para ascender como sociedad moderna.

El estudio de la población humana desde la óptica de la estadística vital, se encauzó principalmente al estudio de las necesidades, carencias y defectos que aquejaban una región determinada⁹⁶; fue necesario establecer métodos de cálculo e indicadores con la pretensión de estandarizar las expectativas y el nivel de vida de las personas, a partir de la mortalidad, nupcialidad, natalidad y movimiento migratorio. Hacia 1960, el cálculo se definió como expectativas de vida y grado de discapacidad, con la ponderación de la carga de la enfermedad, por los años de vida saludables perdidos y años de vida potencialmente perdidos, es decir las pérdidas ocasionadas por la duración de la enfermedad y la discapacidad.

La estadística acerca de la mortalidad, fue un indicador utilizado desde mucho antes del siglo XX, pero para la mitad del siglo XX, el interés aumentó en tanto se constituyó como el referente científico de intervención de la higiene pública y la medicina en particular; los datos mostrados en hospitales, consultorios y centros de atención, fueron de notificación obligatoria en lo concerniente a mortalidad infantil y materna perinatal. Éstos se justificaron a partir de la carencia de varios factores: higiénicos, mala asistencia, influencias geográficas e ignorancia. En las investigaciones médicas se utilizaron dichos datos para varios fines: primero, para demostrar

⁹⁶ La recolección de información se llevó por conteo de casos según reportes de las diferentes instancias (Hospitales, consultorios, lugares de reclusión, sectores oficiales y privados) a partir de un estudio nosológico con formularios que incluían para cada individuo fallecido, los siguientes conceptos: nombre, sexo, edad, estado civil, profesión, si falleció en la zona rural, o en la urbana, nacionalidad, si tuvo certificado médico, nombre de los padres y causas de la muerte. (Revista Anales de Economía y Estadística, 1940:6)

la efectividad de su ejercicio, como el más competente, en tanto que mostraba menores tasas de mortalidad, frente al ejercicio sin título profesional, como por ejemplo el ejercicio de parteras, teguas, etc.; segundo, porque las personas que no acudían a los centros asistenciales debido a su “ignorancia”, estaban en riesgo y tercero, porque con ello se justificaba la higienización y la educación sanitaria.

Lo primero que llama la atención es que hay cerca de 300 firmantes en solo Bogotá, es decir, que casi todo médico o tegua atiende lactantes, lo cual es un absurdo... y mucho más tratándose de una enfermedad grave. Este solo hecho nos da a entender que, en muchos casos, el niño ha tenido que estar muy mal atendido, lo cual concuerda con la alta mortalidad habida. Los firmantes son: 36 médicos de Instituciones; 47 especialistas y parteros, 156 médicos generales y 81 teguas o incapacitados para conocer lo que es la patología infantil (Gamba, 1942:19).

La estadística de natalidad cobró alta importancia hacia los años 60, cuando se hizo presente la preocupación por que el aumento acelerado de la población era considerablemente mayor al número de defunciones. Si antes el enunciado fue “gobernar es poblar” ahora lo era “gobernar es planificar”; que fue una posición que no todos los países compartieron en un primer momento; las discrepancias surgieron desde varios puntos de vista: algunos países como Estados Unidos y Canadá, donde ya estaba implementada la política de planificación familiar, consideraron que las tasas de natalidad podían conservarse porque tenían recursos alimentarios suficientes; China, se acogió a las políticas de planificación por sus altas tasas de natalidad; el caso de América Latina, fue diverso, Argentina por ejemplo, presentó una tasa anual de crecimiento bajo, contrario a lo que ocurría en México y Colombia. Esta diversidad de

situaciones llevó a concluir, que cada país debía resolver y asumir sus políticas de población, de acuerdo con sus necesidades. (Revista Nueva Frontera, 1974)

En este escenario, la mayoría de los países Latinoamericanos comenzaron por demostrar la conveniencia de iniciar una planificación de población, al punto que se aceptó como imperativo, necesario y conveniente; al respecto, surgieron discordancias entre la iglesia y el Estado sobre la manera en que se debían realizar tales intervenciones, para “impedir los efectos devastadores”, que se presumía, podrían ocurrir. La estructura discursiva se vio avocada en principio a las tensiones y resistencias entre los dos frentes, al momento de decidir las nuevas prácticas preventivas que irían a operar, mientras que el cuerpo médico se justificaba desde la ciencia y las nuevas tecnologías, la iglesia ejercía su derecho canónico para condenar la utilización de la anticoncepción, en tanto que la práctica de sexualidad, tenía fines netamente reproductores de la especie.

Se centrará el análisis en las conclusiones de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, y otros órganos consultores, quienes trataron el problema demográfico basado en estudios comparativos de los países, en relación a los índices de crecimiento, para reglamentar los controles a seguir, que luego fueron retomados por Colombia en 1968, en una reunión celebrada en Bogotá, con las siguientes conclusiones:

(...) se ha observado que el crecimiento vegetativo excesivamente alto interfiere en el progreso social y económico. Por consiguiente, se hace necesario, el estudio y la aplicación de métodos científicos para la ejecución del plan de regulación familiar, seleccionando por cabal concepto médico y social, de acuerdo con las características de cada país. (...) Igualmente es imperativo estimular la utilización intensiva y racional de los recursos humanos y materiales e incrementar la producción nacional propendiendo a la

incorporación de las áreas inexploradas. (...) La Asociación recomienda finalmente, que este apremiante problema sea atendido por los respectivos gobiernos con la cooperación de las instituciones nacionales (Revista Nueva Frontera; 1968, p. 6)

Este llamamiento al problema demográfico, movilizó nuevas prácticas e instituciones preventivas, que involucraron específicamente a la mujer en su decisión en el control de la natalidad, dos asuntos fueron relevantes: el primero, unido al hecho del nuevo acontecimiento llamado explosión demográfica, y el segundo, en alusión a los derechos de la mujer, inmerso en el reciente movimiento de liberación femenina. Sin embargo, tal decisión aunque “libre”, estaba sujeta a la información recibida y a la responsabilidad que ello conllevaba.

Un caso que amerita una especial consideración, fue el “Plan Tripartita”, un proyecto en 1968, que refería a la unión entre el Ministerio de Salud, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame y el Instituto de Planificación Familiar, Profamilia - entidad privada fundada en 1965- cada uno con funciones específicas.

El primero se encargó de llevar la planificación familiar a las zonas rurales con programas móviles; el segundo estableció trabajos de investigación, educación y motivación, y el tercero, llevó la divulgación a las zonas urbanas, donde allí prestó los servicios de planificación familiar y motivó la ampliación del programa (Dágner y Riccardi, 2005, p. 46). Este plan ejerció un poder educativo en temas de sexualidad y salud reproductiva, con la difusión e implementación de programas para el control de la natalidad en todo el territorio nacional, que llevó a cambiar el paradigma que en adelante regiría para la sexualidad de la mujer.

Nuevas formas de poder se insinuaron, más sutiles, pero más radicales, con la responsabilidad del sujeto. Antes no era posible que la mujer pensara siquiera en decidir sobre su fecundidad, la planificación familiar se hizo necesaria, por cuanto se constituyó en un factor de

medición de pobreza, desnutrición, ignorancia e inestabilidad económica y social; surgirían nuevas culpas, que cargaría la mujer de no adoptar la acción planificadora.

A manera de conclusión, podemos afirmar que la planeación se constituyó en el dispositivo que permitió controlar al hombre, en la tarea que imponía las nuevas fuerzas de gobierno de los otros, como eje transversal en los campos de poder de la economía, la salud y la educación. Este nuevo poder se ocupó de la vida de las familias con un propósito bastante ambicioso, que ampliaría el centro de estudio con otras categorías cada vez más incluyentes y totalitarias, con métodos e indicadores que acelerarían el proceso desarrollista. A continuación precisamente se hará referencia a esas nuevas categorías, que ampliaron los centros de interés para la medición.

3.6 Nuevas categorías que amplían el poder

Para la mitad del siglo XX, emergieron nuevas categorías de medición. Si bien, desde el siglo XVIII tanto la medicina como la salud se encontraban influenciadas por los procesos económicos, dada la exigencia de la administración de los cuerpos como fuerza de trabajo, para el siglo XX, según Foucault, la medicina (1976) “puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros”; en este orden, el juego de relaciones entre la salud, la enfermedad y el mercado, se concretó con sus agentes de producción, médicos, laboratorios farmacéuticos y sus consumidores: los enfermos reales y potenciales (p. 165).

La noción de pobreza, supuso la fuerza motivadora para el desarrollo, cuantificada por las teorías económicas neoclásicas en términos económicos, relacionando el gasto y consumo, en función de capacidad adquisitiva; es decir, que las personas trabajan y producen, pero a su vez consumen. Friedmann y Sandercock (1995), documentaron estas orientaciones basados en la

economía familiar como “unidad básica de autoproducción”, estimando a la familia como una empresa productiva de dependencia y cooperación, cuyo aporte fortalecería los lazos con la economía.

El incremento demográfico, así como los estudios del costo de vida e ingresos, demandaron estimaciones de valores, seguido de un paralelo equivalente a la producción. La economía financiera se concretó en el consumo, la empresa pública en un organismo productor de bienes y servicios, y la salud un su objeto.

Como las políticas oficiales se estaban desarrollando a partir de observar la realidad social, a partir de categorías emergentes como el nivel de vida, la calidad de vida o el índice de analfabetismo, fue necesario realizar reuniones de carácter nacional e internacional, con ayuda de expertos, para definir los indicadores que serían implementados en todos los países y lograr medir el crecimiento del consumo, frente a la producción en términos de salud y educación; por ejemplo: la ampliación de las funciones del Centro de Estudios y Coordinación Estadística en el país, denominado “Consejo Técnico” para 1938, evidencian una tarea investigativa de grandes proporciones, que indagaba por los costos de vida y condiciones de la clase obrera en las ciudades de Medellín, Cali y Barranquilla, extendiéndose luego a todas las regiones colombianas, (Revista Anales de Economía y Estadística, 1940d).

Con posterioridad, la codificación de la población se relacionó con los precios de los artículos de consumo como víveres, vestido y alimento, principalmente en los barrios populares, haciendo esta tarea mucho más compleja en la medida que se cruzaban con las fuerzas económicas.

La Oficina Nacional de Estadística, se reorganizó en dos momentos: en 1953 fue llamado Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, con ejercicio autónomo, y en 1967

tales condiciones le atribuyeron más funciones y responsabilidades en las labores investigativas, articuladas a la formulación de los planes de desarrollo. El establecimiento de índices de producción, mercadeo y consumo; medirían el desarrollo y el cambio estructural en el país. (Estatuto Orgánico del DANE, 1968).

La comparación con otros países fue permanente, especialmente con aquellos que tenían alto poder económico, tecnológico y productivo, lo que significó un deseo colectivo para comprometer a todos los sectores en las tareas del desarrollo y modernidad; este impulso se inició para obreros y campesinos en tres áreas fundamentalmente: productiva, extensión de la educación, primaria e higienización.

El área productiva tuvo una trascendencia en 1945, cuando a favor del fomento y la producción, se realizó el plan quinquenal agrícola, para comenzar la tecnificación, zonificación, multiplicación de las semillas y división del trabajo. Este plan se justificó en parte por la comparación productiva con Estados Unidos, con la siguiente afirmación: “la baja producción agrícola de las familias campesinas, apenas alcanzaba para alimentarse ellas mismas y una familia urbana, mientras que en Estados Unidos la producción alcanzaba para tres familias más”. (Revista Económica, 1945, p. 557). La explotación de tierras relacionó dos aspectos: el primero, el fenómeno de la explosión demográfica y el segundo, el aumento de la rentabilidad, en tanto se utilizaba la tecnificación de los cultivos y se ampliaba la frontera agrícola.

Para el área de la educación, acudimos a un hecho registrado en 1930 con el Segundo Congreso Interamericano de Estadística reunido en Bogotá, en cuyas conclusiones se encontró necesario establecer el porcentaje de analfabetismo en el país por grupos de edad, para comprobar el grado de “abandono” de la población infantil y juvenil, adoptando la clasificación internacional dictada por el Instituto Interamericano de Estadística, con la cooperación de la

Organización Educativa, Científica y Cultural de las Naciones Unidas. Los grupos de estudio fueron: a) Educación preescolar; b) Educación primaria y elemental; c) Educación secundaria e intermedia; d) Educación universitaria o superior (Revista Anales de Economía y Estadística, 1946). Se esperaba superar los índices de analfabetismo, comenzando con el nivel primario.

La expansión de la gratuidad de la matrícula y la obligatoriedad de asistir a la escuela primaria, se concretó en 1956, en el primer plan quinquenal de educación, destacado como movimiento de reestructuración de la enseñanza. Se propuso articular los diferentes niveles de educación con los planes de desarrollo, lo cual relacionó el discurso económico con el de planeación, enunciado en los siguientes términos: La planeación integral de la educación responde a la conciencia que la educación es la base fundamental del desarrollo económico, social y cultural de los pueblos, ya que posee “el mayor multiplicador cultural y económico del progreso” (Ocampo, 1998, p. 74).

El alcance de este plan se justificó, según Martínez (1994) en el planteamiento de un equilibrio económico y social, que apropió la noción de *nivel de vida* con bienestar, y a su vez se vinculó con democracia (p. 96). En tanto la igualdad podría lograrse mediante la educación, y de esa manera, según los autores, “educar era democratizar”. La salud como una determinante en este planteamiento, apropió este indicador para calcular el nivel de pobreza, desnutrición y enfermedad que aquejaba a las clases pobres; sin duda, la coexistencia entre salud y educación, operó en el marco de una organización político-administrativa, cuyo objeto fue la medición y observación exhaustiva, que determinaría el tipo de intervención eficiente en el marco de fuerza de trabajo.

Para el caso de la salud, se mostraron como acontecimientos que permiten estructurar este análisis, algunas reuniones nacionales e internacionales, que definieron los indicadores para

calcular las estimaciones vitales, tales como: natalidad, mortalidad, nupcialidad, escolaridad, composición familiar, estado civil y tipo de vivienda.

En Colombia se registró un amplio movimiento censal a partir de la década de los años 50. Antes de esa fecha, se venían realizando censos poblacionales por regiones con datos específicos de mortalidad y natalidad, que ratificaban el estado de precariedad del pueblo Colombiano; sin embargo, cada vez se hacía indispensable obtener mayor cantidad de datos que permitieran visibilizar las deficiencias que ponían en riesgo el proceso de modernización.

Para 1958, El gobierno colombiano, aprobó cuatro resoluciones y nueve mediciones, definidas previamente en el Programa del Censo de las Américas de 1950, las cuales incluían censo de población, de vivienda, el agropecuario, y los de industria y comercio; era uno de los objetivos “unificar los procedimientos estadísticos para facilitar la comparabilidad con los resultados censales en el plano internacional”.

Pero las cosas allí no fueron tan simples, ¿cuál sería en últimas la finalidad? Cuando posterior a ello en 1959, una reunión de cooperación internacional celebrada en Ginebra, aprobó un sistema de indicadores, recomendada por un comité de expertos provenientes de la cooperación Internacional⁹⁷, quienes a partir de la definición del concepto “nivel de vida” como: “las condiciones reales en que vive un pueblo”, sugirieron una serie de indicadores más específicos como: salud, nutrición, vivienda, condiciones de empleo, educación, consumo, ahorros globales, seguridad social y libertades humanas.

⁹⁷ El comité de expertos estuvo integrado por: las Naciones Unidas, Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud.

Claramente definidos los componentes y aceptados internacionalmente, la meta sería intentar mediciones cuantitativas, utilizando indicadores concretos. “Así por ejemplo, se propuso que el consumo de calorías sirviese para medir un aspecto de la nutrición y el índice de alfabetismo para medir un aspecto de la educación”, la salud se midió por estimaciones en tres indicadores mutuamente incluyentes de nivel de desarrollo, economía y sociedad: mortalidad infantil, tasas brutas de mortalidad y esperanza de vida al nacer (Naciones Unidas, 1961, p. 1). Esta integración se anunció en Colombia en los siguientes términos:

El valor económico y espiritual de la salud es principio de aplicación inicial en la política de gobierno de dirección en una empresa cualquiera; el rendimiento del capital humano es proporcional al esfuerzo, a la voluntad de trabajo del individuo. La salud no se puede conseguir y conservar sino mediante las medidas de la higiene que es la rama de resultados matemáticos en la medicina; a mayor higiene corresponde mayor rendimiento en el trabajo, menos mortalidad infantil, elevación del promedio de la vida, economía en gastos oficiales y particulares por enfermedad (Revista Anales de Economía y estadística, 1942, p. 31).

Se definieron los indicadores que habría que tener en cuenta, cuya finalidad sería proporcionar una guía provisional, que sirviera de orientación a los gobiernos europeos y americanos, para iniciar las mediciones del nivel de vida y establecer con ello agrupaciones socioeconómicas, que colocarían a cada país en un nivel de consumo. Las encuestas domésticas, censos poblacionales, procedimientos de muestreo, estadísticas vitales, etc. Serían las estrategias a seguir en cada país, para lograr dicha meta (Naciones Unidas, 1961, p. 3).

El análisis de factores y su comparación internacional, justificaron varios aspectos: el primero fue crear la necesidad de inversión principalmente en salud pública, urbanismo y

educación; el segundo, catalogar el grado de desarrollo del recurso humano, por cuanto la estimación de natalidad, enfermedad y mortalidad, se midieron como poder adquisitivo. El tercero sirvió de estrategia de poder, en tanto sus resultados elaboraron un andamiaje diagnóstico, que fue utilizado en las decisiones políticas y económicas, y el cuarto, serviría de materia prima para establecer un control por regiones, y justificar todo el movimiento de reformas y nuevas verdades, que construyeron otra manera de ser y pensar a la población.

En esta misma línea en los años 60, cobra visibilidad la noción de La *calidad de vida*, unida a los debates del medio ambiente y a condiciones de vida urbana. Para muchas disciplinas que se interesaron en los procesos de industrialización, tales como la salud, la educación, la economía, la política y las disciplinas sociales, entre otras, la importancia de esta noción de calidad de vida, dependía de la valoración a partir de los indicadores (Arostegui 1998); sobre todo aquellos que relacionaban pobreza, necesidades y capacidades básicas, y el PIB (Producto Interno Bruto), asimilado por los economistas como indicador de bienestar humano.

A partir de los años 70 y 80, el desarrollo del concepto *calidad de vida* giró desde una perspectiva de satisfacción e insatisfacción, hasta lograr integrar las condiciones de vida de una persona con la satisfacción que experimentaba, ligada principalmente a su estado de salud y nivel de escolaridad. En tal sentido, la forma como se midió y entendió la *calidad de vida* de los habitantes, pasó por múltiples interpretaciones; el concepto es apropiado en términos de poder adquisitivo, cuyos valores se construyeron a partir de una sociedad de consumo.

Si se analiza la potencia de estos dos conceptos: *nivel de vida* y *calidad de vida*, se puede decir que tales nociones compartieron una directriz particular, que buscaba optimizar al máximo la integración de población con el mercado mundial; dicho de otra manera, el interés por la medición y estimación de la población en términos de cantidad y calidad de los componentes

medidos, arrojaría datos de población, que consentirían patrones de conductas, expectativas de trabajo y necesidades creadas, normas de salud adoptadas y en definitiva, podía moldearse el comportamiento social y el bienestar (entendido como mayor poder adquisitivo) esperados para una sociedad desarrollada.

La articulación entre salud, educación y desarrollo socioeconómico, para el caso colombiano, se explicitó en el “Acta de Bogotá” de 1960, en la tercera reunión del grupo de la OEA denominado “Grupo 21”, en la que la OPS tuvo una participación importante; allí se reconoció “la interrelación de los intereses de la repúblicas americanas y la mutua dependencia de los problemas económicos y sociales” (Horwitz, 1962:477).

Esta vasta superficie en la que se movía el discurso del desarrollo, concretó el rompimiento de fronteras, al mismo tiempo que la fuerza de los organismos internacionales se hizo aún más evidente, cuando en 1961 se celebró en Punta del Este (Uruguay), una reunión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de Estados Americanos (OEA), de nivel Ministerial, en la cual se hicieron dos afirmaciones potentes: la primera: “(...) 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 programa de desarrollo de la región” (OPS/OMS, 1961: 32). La segunda, cuando la OPS proclamó el objetivo de la carta de Punta del Este en los siguientes términos: “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” (Hernández, 2002, p. 161).

Esta afirmación tomó sentido para los nuevos conceptos de salud, cuando se comenzó a relacionar la salud y la educación como motor para el desarrollo, traducido en capital e ingresos para los países. Un informe de la OMS (2008b), describió que las tendencias mundiales correspondientes a la esperanza de vida, mostraron un aumento global de casi ocho años entre 1950 y 1978, lo cual reflejó el crecimiento de los ingresos medios por habitante. En 1978, cerca de dos terceras partes de la población mundial vivían en países que posteriormente experimentaron un incremento de la esperanza de vida al nacer y un importante crecimiento económico.

Estas expresiones encontraron un eco mundial, que fue dirigido principalmente por las agencias internacionales, al tratar de demostrar la importancia de tener ciudadanos saludables y educados, como motor para el desarrollo. Para las siguientes décadas se fue consolidando la alianza entre la educación y la salud, que reafirmada por la UNESCO (1997), fue descrita en los siguientes términos: “Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación.”(p. 3); la FAO (2010) por su parte reiteró lo siguiente:

En gran parte del mundo en desarrollo, la falta de educación impide con demasiada frecuencia que las mujeres alcancen todo su potencial, en la agricultura y en otros sectores. De los más de 800 millones de analfabetos del mundo, cerca del 60 por ciento son mujeres, una desventaja importante dado el aumento del nivel de competencia técnica que necesitan los agricultores en los países pobres para duplicar su producción en las próximas cuatro décadas. (p. 6)

Tales enunciados se fueron apropiando, para este periodo, en los discursos de la salud, al tornarse exigibles en los programas de desarrollo de los países; para el caso colombiano, se vio

reflejado en la urgencia de disponer de suficientes escuelas que aportaran a la capacitación y tecnificación de los oficios, como se mostrará a continuación, así como la necesidad de implementar los programas de salud en la escuela y el hospital, con la ayuda de personal mucho más capacitado y entrenado.

Fue el anuncio de una nueva relación entre educación y salud, al establecer intereses particulares, lo que al convertirse en prioridad estatal, otorgó a este periodo, la posibilidad de sacar al país del atraso en que se encontraba. La pedagogía se encargó de hacer posible tales hechos, cuando se encontró justificada para transformar al país, tarea que fue asumida por el médico y la enfermera en la escuela y hospital, y el maestro en la escuela.

3.7 Hospital escuela. Un nuevo servicio público

El hospital incluyó reformas importantes, las cuales transformaron los parámetros sobre el cuidado de los enfermos. Iniciada la restructuración hospitalaria, las especialidades fueron marcando paulatinamente la ampliación de la cobertura y la calificación de las labores asistenciales por niveles y sistemas integrados. El régimen constitucional de salud de 1936, estableció en su artículo 39, que la asistencia pública sería una función del Estado, y que al Presidente de la República, en su calidad de máxima autoridad administrativa, le correspondía el derecho a la inspección y vigilancia sobre las inversiones y gastos de las instituciones públicas, de los institutos de utilidad común, de las entidades canónicas y las instituciones privadas que recibieran auxilio del gobierno (Ministerio de Salud Pública, 1965, p. 7).

A través de los principios legales que comenzaron a regir en 1937, se establecieron un mínimo de requisitos para el funcionamiento de los hospitales que recibían auxilios del tesoro público. Los hospitales denominados generales, serían aquellos que ofertaran servicios de maternidad, botica, cirugía, medicina infantil y atención a tuberculosos. La función de estos sería

de carácter social, disponiendo del 80% de su capacidad instalada al servicio gratuito; sin embargo, este porcentaje disminuiría en la medida que fuese demostrado, que allí existían problemas en cuanto al funcionamiento.

La normatividad expedida ese año para los hospitales, delimitó acciones y funciones puntuales a sus miembros, posesionando a esta institucionalidad en el marco empresarial. Si antes existía un consejo directivo encargado de la dirección, desde entonces se estableció un cuerpo de gobierno conformado por una personería jurídica, una junta directiva y un director responsable. Las inversiones y gastos serían auditadas por el Estado, el cual estaba facultado para vigilar el manejo y la inversión de dichas instituciones, las cuales quedaban sujetas a éste para tomar cualquier decisión (Ministerio de Salud Pública, 1965, p. 7-18).

Para 1940, el hospital fue enunciado en el Primer Congreso Latinoamericano de hospitales, celebrado en Santiago de Chile, como “hospital moderno”; ello quiso decir que dicha institución sería un centro educativo y preventivo, en el que se consideraría al enfermo como capital humano, que debía ser tratado con rapidez, para evitar pérdida de tiempo y costos por hospitalización (Revista de Higiene, 1940c, p. 119).

Bajo esta lógica, para el siguiente año se celebró en Colombia el Primer Congreso Hospitalario en la ciudad de Bucaramanga, el cual fue coordinado por el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, y el cual estuvo liderado por el doctor José Jácome Valderrama, director científico del hospital de esa misma ciudad. En dicho congreso se congregaron médicos de todo el país, así como directores de hospitales y otros funcionarios dirigentes de los programas de higiene. Las conclusiones más importantes expuestas allí, no tuvieron mayores diferencias frente al decreto 1425 expedido en 1937, sobre las normas de los hospitales. Las principales conclusiones expuestas en dicho Congreso fueron:

a. La creación de una Asociación Colombiana de Hospitales que actuaría como ente rector, para el establecimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento de los hospitales colombianos, siendo esta una diferencia frente al decreto.

b. La creación de un servicio social para todos los hospitales.

c. La creación de escuelas para el servicio social, el cual debía contar con enfermeras sanitarias y hospitalarias, ciñéndose al pensum oficial de enseñanza. d. La estipulación de que dirección del hospital, quedaría a cargo de un médico colombiano graduado, quien debía contar con conocimientos suficientes en materia hospitalaria.

e. El establecimiento de medidas a través de las cuales, todos los hospitales llevaran la historia clínica completa del paciente, así como un registro estadístico.

f. El establecimiento de que los hospitales, deberían contar con laboratorios y medios diagnósticos para el tratamiento de los pacientes (Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, 1941, p. 97).

Esta nueva estructura hospitalaria demarcó la reorganización e integración de los servicios asistenciales, preventivos, docentes e investigativos. Los hospitales, centros y puestos de salud, trabajarían desde entonces mancomunadamente, a partir de una medicina integrada que abarcaría promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Ahora bien, la fragmentación de la prestación de los servicios de salud, se hizo tangible cuando el subsector oficial se integró con el de caridad, y se diferenció claramente la atención médica pública de la privada. La primera se tecnificó con equipos y métodos diagnósticos, e incorporó personal calificado por especialidades y estudios universitarios; médicos y enfermeras graduadas se incorporaron con las disciplinas emergentes como trabajo social, nutrición, epidemiología entre otros; así mismo, se integraron las auxiliares de enfermería, formadas en

escuelas específicas para auxiliares. La segunda, esto es la medicina privada, se presentó como alternativa de los servicios no prestados por el sector público, o por insatisfacción de los usuarios; pero su alto costo resultó inalcanzable para muchos sectores de la población. Recordemos que el ejercicio médico privado en Colombia, tuvo presencia desde el siglo anterior, pero posteriormente, se consolidó con el desarrollo de un plan hospitalario nacional en 1963.

Tras esto, los hospitales tomaron la figura de empresas enmarcadas como servicio público, con un cuerpo científico y administrativo que gerenciaba los servicios de salud ofertados. Su finalidad social oscilaba dentro de las técnicas de curación señaladas por los progresos de medicina y en concordancia con los acuerdos firmados por la red hospitalaria. Así mismo, desde entonces el hospital debía cumplir con las funciones de atención médica y quirúrgica para toda clase de enfermos; con una función docente e investigativa para médicos, enfermeras y laboratoristas y con una función social dentro y fuera del hospital; todo lo anterior, en cooperación permanente tanto científica como administrativa, con instituciones similares (Ministerio de Salud Pública, 1965, 41).

Posteriormente, mediante la ley 12 de 1963, el Gobierno Nacional ordenó ampliar la construcción de hospitales, centros de salud, ancianatos, orfanatos, casas de rehabilitación y asilos, así como crear reformas y dar dotaciones para las instituciones de este tipo que ya existían; para ello, contribuiría con el 50% de los gastos. En este sentido, el desarrollo del plan hospitalario procedió acode a la planeación y ejecución del presupuesto aprobado por el Ministerio de Salud Pública, y actuó según lo estipulado por la Comisión Interparlamentaria de Salud Pública, la cual estuvo integrada por “cuatro médicos, dos representantes elegidos en cada hospital, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, la Asociación Colombiana de Hospitales, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, las Cajas de Previsión

Social, y las Juntas Departamentales de Beneficencia”. Igualmente, en ese momento se estipuló que los hospitales que no hicieran parte de esa red, no gozarían de sus beneficios (Ministerio de Salud Pública, 1965b, p. 14). Según Restrepo y Villa (1980), estas reformas: “aumentaron los costos para el hospital e hizo necesario replantear la asistencia gratuita y entrar en un sistema de financiamiento que operó, de una parte, por la reclasificación de los pacientes según su nivel económico y de otra por el apoyo estatal” (p. 105).

Por entonces, los hospitales estaban obligados a prestar atención gratuita, sólo a aquellas personas carentes de recursos y que no tuvieran derecho legal para exigir a sus patronos de atención médica, previa investigación social, lo cual permitió calificar y clasificar al paciente según sus posibilidades económicas (Ministerio de Salud Pública, 1946).

La tecnificación, la burocratización de la atención, el ingreso de la empresa farmacéutica y la especialización del cuidado y la curación, fueron algunos de los factores que aumentaron los costos hospitalarios, los cuales aumentaban en los casos de los hospitales universitarios. Al respecto de esto último, llama la atención el caso de la ley 12 de 1963, que en su artículo sexto dice lo siguiente: “La nación contribuirá con la suma de quinientos mil pesos moneda corriente anuales, más de lo que actualmente contribuye, para el sostenimiento del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín” (Ministerio de Salud Pública, 1946, p. 15).

Otra reforma aplicada al “hospital moderno” fue la función docente, la cual tuvo una dinámica más o menos compleja. De una parte, se podrían establecer prácticas en los hospitales generales y especializados para la formación de médicos, enfermeras, laboratoristas y auxiliares, mediante contratos suscritos entre las partes, previa aprobación del Departamento de Asistencia Social. De otra parte, la función docente estaría orientada a mejorar la atención médica de los pacientes y su remuneración fue supeditada al aporte de carácter técnico-científico para el

hospital; asuntos que aún están vigentes en la actualidad. De otro lado, los estudios de especialización serían aceptados en los hospitales que precisamente ofertaban dichas especialidades, pero estipulando que ello no debía perjudicar el orden y la disciplina de la institución hospitalaria.

Bajo estos lineamientos se visibilizó la relación entre docencia y servicio, con lo cual el hospital además adquirió la connotación de ser lugar de conocimiento y de investigación, así como una escuela para el aprendizaje. Igualmente, las prácticas clínicas reunieron una modalidad pedagógica en un campo concreto de experiencias, que comenzaron borrando las viejas concepciones de hospital de encierro y aislamiento, para tomar como verdad los nuevos lenguajes de la ciencia y la experimentación; en palabras de Foucault: “es allí en el lecho de los enfermos donde darán su enseñanza y donde podrán juzgar la aptitud de sus alumnos (...) Los enfermos del hospital son bajo muchos aspectos los sujetos más adecuados para un curso experimental” (p. 102- 125).

Reconfigurar el hospital como escuela, permitió también crear un lugar de formación clínica con multiplicidad de tareas, y configurar un espacio en el que la enfermedad, se vio de un modo un poco más dinámico, estando altamente condicionada a una concepción sobre el cambio de conducta. Igualmente, la estructura hospitalaria giró en torno a términos pedagógicos, es decir, hizo posible combatir o evitar la enfermedad, a través de la enseñanza; no sólo la dada al aprendiz, sino también a quien podría sufrir un padecimiento; lo anterior, puede verse relacionado con lo propuesto por Foucault (2006b), cuando dice que:

La medicina no debe ser sólo el “corpus” de las técnicas de curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable, es decir,

a la vez una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo (Foucault, 2006^a, p. 61).

En estos términos, igualmente la educación sanitaria se fue implementando en el hospital. La reducción de la enfermedad, y la curación condicionada a los aspectos físicos y a los procesos mentales y sociales, abarcaba el nuevo paradigma médico, considerando nuevos elementos como la noción de “riesgo”, la cual giro en torno a la función de intervenir al sujeto enfermo, a través del estudio y experimentación, y así lograr su conversión hacia un sujeto ante todo higiénico, que podía ser elevado a un estatus saludable.

Los lugares más propicios para implementar lo antes dicho, fueron en principio los centros de salud, en los cuales se ofrecían consultas altamente preventivas, tales como el control del niño sano, los controles prenatales o las gotas de leche. Dicha tarea, fue paulatinamente asumida también por los hospitales, siguiendo una pedagogía más o menos informal a manera de “consejos” y “recomendaciones”, que debía seguir el paciente una vez fuera dado de alta en el hospital. A su vez, las enseñanzas sanitarias apropiaron prácticas de tipo pedagógico, y fueron dirigidas por enfermeras, quienes establecieron una relación más cercana con el sujeto paciente, cumpliendo así con sus funciones misionales.

Así mismo, las prácticas educativas fueron modelando el “deber ser” de la enfermera, lo cual se concretó cuando en 1958, la carrera de enfermería se amplió a cuatro años, y emergió la licenciada en enfermería, quien debía asumir un cambio curricular, orientado a la administración hospitalaria y a la educación del personal de enfermería (Velandia, 2013). Así, el campo de la enfermería fue apropiando paulatinamente la educación en salud, aunque esto lo venía practicando desde sus comienzos, constituyéndose, según Hagan & Proulx (1996), “como el elemento clave de sus intervenciones”.

3.8 La escuela un organismo social. Conexión con el medio

La escuela como lugar higiénico y estético de bienestar, estableció necesidades sociales que allí debían ser resueltas. Los programas de enseñanza se presentaron como el complemento de la educación en el hogar, y la educación patria, cívica y moral del niño, instó a la participación como organismo social. La distribución física y curricular de la escuela, debía ser lo suficientemente adecuada para desarrollar actividades sociales, intelectuales y físicas, que contribuirían a dinamizar las estructuras sociales.

En este sentido, un programa de enseñanza primaria de 1955, exponía los aspectos principales a tener en cuenta para plantear el plan de estudios. Para niños de 7 a 9 años en su primer año escolar, se buscó, a través de actividades basadas en experiencias, mostrar el hogar y la escuela, como lugares dinámicos en donde la inteligencia, la adaptación y la cooperación, constituyeran un ambiente ideal para el desarrollo. La observación del entorno, de espacios como la plaza pública, el mercado, la vecindad y la industria, sería el elemento pedagógico para construir ese ideal; a su vez, la salud, así como las prácticas higiénicas y sanitarias, serían los medios para alcanzarlo.

Para los niños de 9 a 11 en su tercer grado escolar, el panorama se ampliaría al municipio y a las localidades próximas, estableciendo una conexión con su entorno geográfico. Así, la experiencia pedagógica giró en torno a la tierra, y a los recursos labores, fabriles y agrícolas, determinados por niveles de pobreza o abundancia, y condicionados de acuerdo al nivel de productividad del obrero y del campesino, todo ello ligando a la relación desarrollo y economía (Revista Alma Nacional, 1955).

La conducta, la voluntad, la inteligencia y desarrollo físico, representaron las nociones sobre las cuales se encauzó la enseñanza primaria y secundaria. Educar la voluntad era una

condición necesaria para controlar la conducta individual y social y para desarrollar la inteligencia y purificar las emociones (Revista Alma Nacional, 1955). El aspecto físico representó el cliché que emulaba al hombre fuerte y sano, apto para alcanzar los fines que las fuerzas económicas requerían.

Las orientaciones pedagógicas rompieron con los esquemas convencionales de enseñanza, así como con los sistemas rígidos de disciplina, e incorporaron la psicología experimental, que de acuerdo con Beltrán y Buitrago (2012), “partía de la observación y la experiencia para formular principios y leyes mediante el análisis y la síntesis, que le servirían de guía a la pedagogía en la aplicación de sistemas y métodos” (p. 59).

En esta dirección, los nuevos enfoques determinaron que cada educando tenía un potencial que habría que desarrollar al máximo; por tanto, la recreación, los juegos al aire libre, la gimnasia y la inclusión de asignaturas que versaban sobre estas materias, ocuparon un lugar importante al momento de presentar un plan de estudios. Lo primordial era reemplazar los niños débiles, predispuestos o tuberculosos, por niños vigorosos, higiénicos, entusiastas y educados, para que formaran parte vital del organismo social, entendido como la escuela (Revista Atenas, 1954a).

Las cartillas escolares de higiene y salud, se estructuraron a través de “consejos” o “fórmulas” higiénicas, las cuales se debían enseñar a los niños. Al respecto, llama la atención una cartilla de higiene y salud de 1966, en la que se anunciaban prácticas de promoción para el mantenimiento de la salud; dicho texto se organizaba con ilustraciones y en él se describían acciones puntuales así:

- Jugar al aire libre todos los días. El juego nos ayuda en varias formas: nos divierte y mantiene el cuerpo en buena salud.

- Caminar al sol todos los días: la luz del sol ayuda a evitar algunas enfermedades y a crear ciertas sustancias en el cuerpo, esenciales para la salud.
- Salir al campo. Para respirar aire puro
- Dormir lo suficiente. El descanso es necesario. Debemos acostarnos temprano para poder empezar en las primeras horas del día las tareas escolares.
- Alimentarse bien. Masticar bien, comer despacio. Comer alimentos que nos nutran aunque no nos llenen.
- Vacunares. Contra la viruela, tétanos, difteria, tifoidea y tuberculosis
- Visitar al médico y al dentista. Por lo menos anualmente” (Cartilla Higiene y Salud, 1966, p. 16-18).

Para mediados del siglo XX, la educación física como disciplina escolar, ocupó un lugar destacado en la enseñanza: “La gimnasia educativa tendrá un carácter más localizado en la parte "correctiva", y se exigirá mayor perfección en la ejecución en la parte "funcional", en la que, además, se introducirán ejercicios de coordinación más difíciles” (Revista Atenas 1957:130). A través de su práctica rutinaria, se buscaba desarrollar la personalidad, la disciplina y conducta del infante. En tal sentido, el énfasis para las niñas tenía un principio netamente correctivo, como afianzamiento de la personalidad y para los niños, su énfasis se encontraba en robustecer el cuerpo.

Así mismo, el plan de estudios para escuelas primarias, ajustó los horarios para que a la educación física se le asignara como mínimo tres horas semanales; durante el recreo era deseable que también se practicaran actividades deportivas, y las excursiones escolares fueron otra manera de realizar ejercicio físico, al tiempo que se practicaban otros saberes.

A continuación se relaciona una tabla, en la cual pueden verse las clases semanales que tenía un programa de primaria en 1963:

Tabla 4. Clases semanales para un curso de primaria. 1963

Asignatura	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V
Educación religiosa y moral	3	3	3	3	3
Castellano	9	9	7	7	6
Matemáticas	6	6	5	5	5
Estudios sociales	5	3	6	6	6
Ciencias naturales	3	3	5	3	6
Educación estética y manual	4	4	4	4	4
Educación física	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>
Suma total de clases en la semana	33	33	33	33	33

Tomado del diario oficial número 31169 del 31 de Agosto de 1963

Por otra parte, los casos patológicos que allí se presentaban, reclamaban el reconocimiento del médico escolar, quien estaba apoyado por las autoridades académicas, y por las enfermeras y maestros, buscando detectar a los “anormales y retrasados”, y así evitar exigir lo que jamás se podría obtener. Así bien, la biología y fisiología como conocimientos científicos del organismo y su funcionalidad, eran temas que todo pedagogo debía conocer, en tanto se constituyeron en materias esenciales en la formación de maestros. Al respecto, en 1954 el doctor Garrido dijo lo siguiente: “Afirmo rotundamente, que en el momento actual, sin un estudio de la biología no es posible aplicar de una manera cierta la iniciación de cualquier sistema pedagógico” (Revista Atenas, 1954b, p. 166).

La fisiología que se agrupada como de un saber de la biología, se definió desde comienzos de siglo como una “ciencia de la vida”, capaz de predecir las características normales de los individuos; en tal sentido, esta también sería el punto de partida para detectar las anormalidades. El pleno conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo humano, sería de utilidad para maestros, pedagogos, enfermeras, salubristas y demás agentes de salud, a la hora de catalogar al infante como sano o enfermo, y definir las conductas a seguir en cada caso. Igualmente, el apoyo de la psicología, sirvió de estrategia de control al momento de clasificar nivel de inteligencia, y explicar los comportamientos humanos.

Igualmente la nutrición conformó un tema central no sólo para pensar la infancia, sino también para tener en cuenta en todos los periodos de la vida, desde el pre natalidad hasta la vejez. Aun así, la edad escolar tuvo una apreciación especial que mereció gran atención para médicos, enfermeras y maestros, y fue precisamente la escuela, la encargada de modificar el régimen alimenticio del infante, lo cual posteriormente se extendió al resto de la población. Al respecto, un lema enunciado por Lewis M. Ferman en Norte América, en 1914, el cual decía que: “primero pan y después educación”, (Bejarano, 1941, p. 136), tuvo gran auge en todo el continente, toda vez que la nutrición se midió en proporción directa con el desarrollo de la inteligencia. Así, la desnutrición implicaría otras afecciones como las caries dentales en los escolares, las dificultades de aprendizaje y la falta de concentración, estableciendo un aspecto de atraso escolar, principalmente porque tales alteraciones, conllevaban un alto porcentaje de ausentismo escolar.

3.8.1 La escolarización masiva.

En este punto, es importante traer a referencia el estudio realizado por el profesor Alberto Martínez sobre la escuela expansiva y la escuela competitiva, el cual ilustra ampliamente el

proceso de reformas y ampliación de la cobertura educativa, proceso que tuvo lugar en América Latina a mediados del siglo XX; dicho texto es importante, porque allí se especifica lo que ello significó en términos de desarrollo y economía para los países.

Registra el autor, que el principio fundamental del desarrollo articuló la noción de pobreza al analfabetismo, la baja productividad y la falta de capital, parámetros establecidos, para posesionar el país dentro de un crecimiento económico aceptable, lo cual fue medido por el Banco Mundial en 1948, a partir del ingreso per cápita. Respecto de esto, se dijo por entonces que los países con ingresos mensuales inferiores a 100 dólares, se clasificarían como países del tercer mundo o subdesarrollados (Martínez 2004, p. 56-60).

Dicho dominio discursivo, se hizo evidente también para el campo de la salud. Alcanzar un bienestar económico sólo sería posible, si los habitantes gozasen de buena salud, y tuviesen las fuerzas suficientes para el trabajo. Esta verdad se impulsó para construir nuevas representaciones e imaginarios. Del mismo modo, se requirió de la competencia del Estado en conjunto con la economía, las estadísticas, la medicina y los sistemas educativos del momento, para implementar una serie de reformas que dieran las orientaciones necesarias a las racionalidades económicas, las cuales se debatían entre productividad, tecnología y ciencia.

Tal fue el caso, que la ampliación de la cobertura educativa se impuso no sólo para Colombia, sino también para toda América Latina, así como también se impuso la forma de inclusión, para que los infantes aprendieran higiene y adquirieran los conocimientos suficientes que impulsarían el desarrollo, pues la masificación escolar, sería la estrategia incluyente presentada como la oportunidad de ascenso en cuanto a economía y posicionamiento social. Sabemos por muchos estudios, que dicha apertura se evidenció no sólo para el nivel primario,

con nuevas construcciones de escuelas y mayor formación de maestros, sino que también, se amplió para los sectores profesionales, técnicos y auxiliares en distintas áreas disciplinares.

En concordancia con lo expuesto por el profesor Martínez, a continuación seguiremos algunos casos.

3.8.1.1 Escuela hogar campesina. Para 1955, se crearon las primeras escuelas hogar para mujeres jóvenes campesinas que tuvieran entre 14 y 20 años de edad, con el propósito de instruir a la mujer joven en el cuidado de las labores domésticas: Los planes de estudio allí propuestos, no desarrollaron lo establecido en la básica primaria; su orientación educativa se programó para las labores prácticas en trabajos propios del hogar y agrícolas. Con tres años de estudio, las jóvenes saldrían con conocimientos básicos de enfermería, agricultura, zootecnia y labores del hogar; allí la formación se complementó con civismo, urbanidad y religión. Esta capacitación, buscaba que la mujer tuviera mayor tecnificación en sus labores cotidianas, y potencializara el desarrollo agrícola iniciado en el país (Diario oficial, 1955).

Así, un trabajo tecnificado sería mucho más productivo, si se potencializara el recurso de la mujer como cuidadora del hogar, y si a la vez se la instruyera en las labores productivas. Todo lo anterior, puesto que la salud y la educación, involucraron nuevos elementos para aumentar la capacidad de respuesta al desarrollo de los nuevos ciudadanos, lo cual se empezaría por los niveles bajos, considerados el soporte que matizaría el desarrollo social sostenible, y el futuro promisorio de las estructuras económicas.

3.8.1.2 Instituciones de alfabetización y educación de adultos. Estas fueron creadas mediante el decreto 2971 de 1964. Allí se unificó como criterio científico, la propuesta de un programa para la lectura y la escritura, el cual sentaría las bases del desarrollo en el país: “como instrumentos efectivos de progreso económico, social, político y cultural”. Igualmente, estos

fueron abiertos para universidades y entidades privadas, las cuales bajo la supervisión del Ministerio de Educación, utilizaron textos educativos previamente aprobados por los lineamientos oficiales (Diario Oficial, 1964).

A su vez, la expresión alfabetizadora delimitó ciertas características y habilidades al sujeto adulto, quien asumió la tarea de alfabetizarse como posibilidad de acceder a la fuente de la prosperidad; así, la instrucción se volvió deseable no sólo para el Estado, sino también para el sujeto bajo la misma racionalidad. Era mucho más fácil inducir a una persona alfabetizada al deseo de ser higiénica, pues le era más factible acceder a las fuentes de información sobre salud, e incorporar dentro de sus esquemas mentales los comportamientos trazados por la higiene, y a su vez ser reproductor de esos preceptos. Entonces, el anhelo por el bienestar, estuvo sujeto a la manera en que se publicitaba la salud como parte de la vida cotidiana.

3.8.1.3 La cárcel escuela. Para los años 60, la Cárcel la Picota en Bogotá, funcionaba como una escuela-taller, en la que se impartían clases de mecánica, ornamentación, carpintería, ebanistería, colchonería, pintura al duco, alpargatería, tejidos y tapicería. Los reclusos ocupaban su tiempo en los talleres, situación que los sacaba de sus ideas criminales, o al menos eso se esperaba. De otra parte, dicha institución representaba un valor económico productivo, tanto para la penitenciaría por el producto vendido, como para la retribución económica del recluso, una vez este cumpliera la pena impuesta (Revista Cromos, 1960). En este escenario, a partir de la acción pedagógica se esperaba la reinserción del sujeto a la sociedad, con una instrucción tecnificada que lo ubicara laboralmente, lo cual haría posible que el preso olvidara sus tendencias criminales, desplazando el “cuchillo y la pereza” por el deseo productivo.

La eficacia de estas estrategias pedagógicas, permitieron reconocer una manera particular de incorporar a los sujetos en los nuevos esquemas de comportamiento, los cuales fueron

trazados en la sociedad que se estaba formando con miras al desarrollo. Así, los criminales serían otro recurso rescatable que podía ser transformado desde un óptica saludable, en individuos activos y productivos, aptos para el trabajo tecnificado, y capaces de apoyar el desarrollo Nacional.

3.8.1.4 Escuela de artes y oficios. La instrucción de la mujer en “oficios propios” como modistería, sastrería, comercio, farmacia y telegrafía continuaron, pero desde entonces, fueron extendidos a la clase media con un propósito claro, el cual fue llevar a las mujeres a ampliar las “posibilidades de enfrentarse armadas a la vida”. Así lo describía una noticia en la Revista Cromos en 1963, cuando se inauguró la Escuela de Artes y Oficios en Bogotá, en la calle 16 denominada calle de Palau, mencionándose el “alto nivel” del profesorado y la participación activa de un capellán.

Con esta instrucción, se esperaba “salvar” a las jóvenes de los “asechos y miserias” que podía conllevar el cortejo de los hombres jóvenes, lo que en últimas las llevaría a perder su utilidad para la sociedad (Revista cromos, 1963).

La fuerza laboral femenina ocupó un lugar destacado para fortalecer la economía nacional. La mujer se integró a la producción, pero conservando su papel en los “oficios propios”, abriendo paso a un doble juego de relaciones que se combinaban con la vida doméstica y la posibilidad de ser productiva a la sociedad. El trabajo femenino comenzó a ocupar un lugar diferente en los ideales productivos, para lo cual era deseable que ellas fueran solteras, disciplinadas y saludables, tal como lo refiere Arango (1991):

La empresa no sólo rechaza el ingreso de mujeres casadas, sino que las obreras solteras que contraen matrimonio o quedan en embarazo deben retirarse (...) las mujeres

solteras, hábiles, con una gran disciplina de trabajo y poco exigentes a nivel salarial, representan, entonces, el obrero ideal para Fabricato y otras empresas de la Región (p. 55).

3.8.1.5 Colegios mayores de cultura femenina. Como se ha dicho, la fuerza laboral femenina en este periodo comenzó a adquirir un nuevo estatus, en la medida que se ampliaban sus posibilidades educativas; así, de obreras en las fábricas, las mujeres llegaron a tener la categoría de técnicas profesionales, cargo que ocupaban generalmente las mujeres de clase media.

Ahora bien, un ejemplo de programas que sirvieron para tal fin, fueron las carreras universitarias ofrecidas en los Colegios Mayores de Cultura Femenina, creados bajo la ley 48 de 1945, por el Congreso de la República, los cuales fueron dirigidos por el Ministerio de Educación. Estos ofrecieron a las mujeres estudios en ciencias, letras, artes y estudios sociales, sin el requisito de haber terminado los estudios secundarios. Dichas instituciones, se establecieron en las principales ciudades del país como Bogotá, Medellín, Popayán y Cartagena y tuvieron contrato directo con los Departamentos, Municipios y Universidades, quienes apoyaban económicamente su funcionamiento (Diario Oficial, 1945).

Así bien, los programas iniciados en la categoría de técnica profesional, aunque fueron apoyados por las universidades, no hicieron parte de estas. Con dichos programas, se tenía el propósito de ofrecer educación intermedia a la mujer, sin que fuera aún posible su ingreso a la universidad. El tema de la educación universitaria para las mujeres estaban en discusión; carreras como trabajo social y bacteriología se iniciaron en ciertos colegios con un nivel técnico profesional (Vera, 2004), pues su existencia resultaba un recurso necesario para apoyar las acciones medicalizadoras iniciadas en el país.

3.8.1.6 Escuelas agropecuarias. Mediante el decreto 603 de 1966 expedido por la

Presidencia de la República, se crearon las carreras intermedias agropecuarias, con el ánimo de incrementar la producción de alimentos en el área agrícola del país, y así asegurar el éxito de los programas de desarrollo rural, iniciados por el gobierno y las empresas privadas.

El Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano Agropecuario, se unieron para dar una nueva orientación educativa a las escuelas agrícolas que funcionaban en Buga, Paipa y Lórica, por cuanto se señalaba la necesidad de tecnificar la actividad agrícola con tres años de estudio para producción a gran escala y aún el país adolecía de este tipo de personal. (Diario Oficial, 1966.).

El plan de estudios contenía, además de las asignaturas de la básica secundaria hasta el ciclo octavo, la enseñanza de técnicas agropecuarias según la región geográfica y de producción en donde se encontraban dichos institutos (Diario Oficial ,1966)

Esta necesidad productiva a mayor escala respondía a tres aspectos; el primero a la explosión demográfica que aducía mayor necesidad alimentaria; el segundo, a la relación demanda- consumo, guiada por las relaciones del mercado mundial, y tercero, a las apuestas a la tecnificación y al desarrollo que ingresaban con fuerza desde los países europeos y Estado Unidos.

En dichas instituciones, se hizo necesario contar con personal calificado que atendiera los tres asuntos planteados anteriormente. Igualmente el ideal de salud estaba fuertemente ligado al nivel de nutrición, y éste lo estuvo a la producción de alimentos, los cuales definieron las bases para pensar en el bienestar y nivel de vida. A mayor tecnificación en los cultivos, habría más producción de alimentos, lo que se traduciría en mayor poder adquisitivo para una buena nutrición. Un país bien nutrido sería un país productivo.

3.8.1.7 *Escuelas de servicio social.* Estas se reglamentaron en 1957, otorgando dos niveles de formación. Primero, de asistente social de carácter técnico, con tres años de estudios teórico-práctico, regidos por los reglamentos oficiales del Ministerio de Educación y de higiene. Segundo, de auxiliar en asistencia social con dos años de estudios. El objeto de formación de dichas instituciones, se planteó desde la óptica del trabajo, la higiene, la economía y el derecho; así lo demuestra el plan de estudios propuesto (Diario Oficial, 1939), el cual se relacionará a continuación:

Tabla 5. Disciplinas básicas

I Formación Religiosa y Moral:	Horas
Cultura Religiosa	108
Moral general	36
Moral familiar	36
Ética profesional.	<u>36</u>
II Filosofía Social:	
Sociología	72
Doctrinas sociales	36
Doctrina social Católica	36
Economía Social	<u>36</u>
III Derecho y Legislación:	
Antropología	18
Constitucional...	18
Administrativo	18
Civil	36
Penal	36
Tribunal de Menores	36
Legislación del Trabajo	72
Criminología	<u>36</u>

IV Nociones de Medicina Social	
Higiene General y Social...	36
Puericultura...	36
Higiene Femenina...	18
Higiene Alimenticia	72
Higiene Mental y nociones de Psiquiatría	36
Primeros Auxilios...	36
Enfermería...	36
Nociones de Bacteriología	18
V Psicología	
Psicología General:	

Tomado del (Diario Oficial, AÑO LXXXIX NUMERO 27973,1948:3-4)

El desplazamiento de la enfermera visitadora social, quedó inmerso entre la asistente y la trabajadora social; para los dos casos, las nociones de su estudio fueron guiadas especialmente por los estudios sociales; no obstante, la higiene y la enfermería continuaron en su plan de estudios con una intensidad horaria alta. La formación de este nuevo sujeto se impuso con mayor nominación en la intervención familiar, industrial y penitenciaria; era preciso controlar con mayor experticia la nueva sociedad que se estaba configurando, entre la violencia, la ignorancia y pobreza.

Todo lo anterior demuestra que la escuela y la escolarización masiva, tomaron otras formas y se desplegaron hacia las áreas que representaban mayor poder económico como el agrícola, el industrial y el manufacturero. La invención del desarrollo se articuló estrechamente con el capital y el recurso humano calificado, calculado en términos de inversión; así mismo, el

trabajo de la mujer fue visto no sólo como necesario, sino que también fue representativo como valor estimable para las áreas productivas y para el hombre.

Igualmente, en 1968 la Unesco afirmó la necesidad técnica del trabajo asalariado (Martínez, 1994) al momento de hablar de las acciones a seguir para un desarrollo económico: “el objetivo de esos esfuerzos era lograr en cada país en desarrollo, un mínimo anual de crecimiento del 5% en el ingreso nacional global al finalizar el decenio” (p. 74).

Este proceso requirió un fuerte apoyo por parte de la medicina, para que la población mantuviera un estado de salud aceptable, y fuese posible alcanzar el nivel de producción esperado. Por otra parte, la educación se ligó directamente con el estado de salud, al buscar racionalmente un mecanismo entre pedagogía y poder, construyendo nuevas posibilidades de instrucción para apoyar dichos fines. A continuación nos referiremos a la proliferación de carreras sociales y de la salud, las cuales se hicieron visibles y se interesaron por consolidar el desarrollo.

3.9 La práctica de enfermería en la reconfiguración del cuidado

El cuidado como práctica social se hizo evidente en el periodo anterior. Primero al ser confiado a la mujer desde el hogar, y luego, cuando este le fue delegado a ella, para que lo aplicara en la vida pública; rol encargado principalmente a la mujer enfermera. Para este periodo, la práctica de enfermería se estaba consolidando dentro del debate, sobre si debía considerársele oficio o profesión. Dentro de esa discusión, se buscaron sus fundamentos epistemológicos en el cuidado, pero aún existía una tensión en si el cuidado debía ser de tipo laico o religioso; no obstante, esas dos tendencias se encontraron sujetadas al orden médico, cuando se trataba de la aplicabilidad de su ejercicio.

En la medida en que la prevención afianzaba un campo de intervención más complejo en cuanto a técnicas y procedimientos, a la vez que emergía la teoría multicausal de la enfermedad, la práctica del cuidado se extendió, sin apartarse de las concepciones biológicas, hacia otros campos como el medio ambiente y el riesgo, con lo cual, apoyada en ciencias sociales como la sociología y la psicología, se erigió la medicalización, con más poder sobre los sujetos en relación con su entorno, al tiempo que bebía de los avances de la ciencia.

Ahora bien, al preguntarnos por la formación de la enfermería en Colombia, encontramos que el grupo de historia de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en su libro titulado *Tres escuelas una historia* (2011), muestra que entre la década de 1930 y la década de los 1950, hubo una correlación en el plan de estudios de la carrera de enfermería, en dicha universidad. Los análisis de los que parte el grupo, lo llevan a concretar varios aspectos; primero, un paulatino aumento de asignaturas orientadas hacia la salubridad y la higiene, además de la inclusión de asignaturas como inglés y educación física, para la formación personal; segundo, la orientación sanitaria de corte higienista, que incluyó el servicio rural, y por último, la inclusión de temas de fisioterapia y nutrición, que ya en su práctica diaria eran ampliamente trabajados (p. 112-193).

En la óptica de las reformas universitarias, estos planes de estudio se fueron implementando por la especialidad. De planes de conferencia, como se llamaba a las asignaturas con fuerte influencia en el estudio de la higiene y las enfermedades infecciosas, en la década de los 30 se pasó al estudio médico de especialidades; dichas especialidades se concentraban en medicina, cirugía, ortopedia, pediatría y obstetricia, así como medicina preventiva, educación para la salud y salud para la comunidad, entre otras; conocimientos que la enfermera debía adquirir a manera de orientación y fundamento, para planear e intervenir en el cuidado.

En concordancia con esto, los textos de enseñanza dirigidos a las enfermeras, mostraban aspectos teórico-prácticos que relacionaban la microbiología, la anatomía y la fisiología, con los signos, síntomas y manifestaciones físicas, en función del cuidado y la asistencia ahora por especialidades. Dentro de los textos revisados todos coinciden con esta orientación, y además, algunos resaltan las cualidades femeninas que debía tener una enfermera durante su ejercicio, así como los deberes que ella debía cumplir, los cuales, aunque apartados del orden religioso, conservaban reglas morales y sociales impuestas por la sociedad laica, tales como la dedicación, la alegría, la docilidad, la actividad y obediencia (Practical Nursing 1930) (Saavedra,1938) (Richet,1947) (Brown, 1958) (Murillo,1960) (Bryan y Taylor, 1961). Así, en la enfermería se pasó de la moral religiosa a la moral médica, y del voto católico al voto de Florence Nightingale, como la representación femenina que propuso la enfermería moderna en Inglaterra.

Las prácticas de cuidado en el hospital, la escuela y la familia, pasaron por la experticia de la enfermera, quien debía definirse entre la técnica y el procedimiento; entre las bases científicas y la sociabilidad en continuo cambio. Todo lo anterior no obstante, conforme los “hombres de ciencia” hacían nuevos descubrimientos, que determinaban otras formas de intervención en el cuidado, manteniéndose así la supremacía patriarcal.

Por la multiplicidad de funciones y situaciones que enfrentaba la enfermera al momento de cuidar a un enfermo, unido a la exigencia de conocimientos, habilidades y capacidades adaptativas e interpretativas de los descubrimientos de la ciencia y la medicina, se le exigía, de manera insistente y persuasiva durante su formación, una alta capacidad para “establecer un vínculo entre los conocimientos científicos y el vulgo”, es decir, la capacidad de pedagogizar el alto nivel científico, para volverlo enseñable.

Para la década de 1930 en Estado Unidos, el cuidado de los enfermos fue categorizado “como una ciencia y arte” (Tracy, 1930, p. 1), definición que igualmente había sido expresada por voces femeninas religiosas. Para el caso colombiano, este tipo de definición llegó a concretarse en el plan de estudios de la Escuela de Enfermería en Cartagena; allí, la asignatura del primer año fue llamada “Arte y Ciencias de la Enfermería” (Calvo, 1958). Tal enunciado designó, más que a una asignatura complementaria, una categoría de gran potencia a nivel mundial, y fue el eje de una serie de reflexiones sobre el cuidado, el cual se debatía entre la tensión del oficio y la profesión.

Así, el cuidado adquirió un nuevo estatus de conocimiento. De vocación femenina y religiosa, paso a un estado profesionalizante en el orden del discurso moderno; las prácticas para el cuidado de los otros, propuestas ahora por la enfermera, seguido de las órdenes médicas, fomentaban una clara relación pedagógica entre el poder médico y científico. Entonces, toda acción asistencial, educativa e incluso investigativa, llevaba el estigma y la rigidez de ciencia, con intervenciones fundamentadas en este orden.

La influencia de las escuelas norteamericanas, fue y aun es bastante fuerte para las enfermeras Colombianas. Gómez (2002) documenta, que para los años cuarenta del siglo XX, los programas de enfermería pasaron por un proceso de asesoría internacional de corte norteamericano, e inclusive, algunas enfermeras colombianas se formaron en Estados Unidos. Este hecho constituiría una reorientación durante las décadas siguientes, tanto para la organización de los servicios de enfermería en el área hospitalaria, como para la orientación de nuevos programas para la formación de licenciadas, apoyando con ello el área de educación.

Para los años sesenta, ya existían varios niveles de formación entre los que se encontraban: auxiliares de enfermería con dos años de estudios, nivel tecnológico con tres años,

y nivel profesional con cuatro años. En 1946 mediante la ley 87, el Congreso de Colombia reglamentó la profesión de enfermería en el territorio de la República. Las alumnas de cualquier categoría (Profesional, técnico o auxiliar), se titularían en las escuelas de enfermeras oficialmente reconocidas, con un plan de estudios previamente aprobado por la Universidad Nacional. (Diario oficial, 1946). De esta forma, la reestructuración universitaria se amplió con programas de especialidades y maestrías.

La administración de servicios hospitalarios y la enseñanza de enfermería, continuaron a cargo de las Hermanas de la Presentación hasta mediados de 1940, hasta cuando empezó el despliegue y la apertura de nuevas escuelas de enfermería, junto a la intervención de agencias internacionales como la Fundación Rockefeller y la oficina Sanitaria Panamericana, instituciones interesadas en apoyar y consolidar un régimen de higiene en el país y en general a toda Latinoamérica (Velandia, 2009). Así, la enfermería se consolidó institucionalmente y pasó a participar activamente en las áreas sociales como la familia, el hospital, la escuela y la sociedad en general, desplazando el cuidado religioso por el cuidado laico, y fomentando otras posiciones del sujeto enfermera-enfermería.

La enfermería en sus diferentes niveles (auxiliar, técnica, profesional, especialista) se hizo indispensable, y con frecuencia fue reclamada en todos los ámbitos en donde la acción de cuidar y educar fueron requeridos. El cuidado de los otros llevaba implícito un acto intencional e impositivo con reglas rígidas, al punto de convertirse en una estrategia incluyente y necesaria, moldeada y acomodada por la ciencia.

En resumen, los nuevos descubrimientos médicos y científicos, reconfiguraron otra manera de pensar, manteniendo de base unos principios que se han perpetuado en la historia. Más que un cambio o giro, se observaron otros modos más sofisticados de intervención, los

cuales ampliaron recursos, técnicas y procedimientos, convocando escenarios que establecieron nuevas relaciones de saber/poder entre la técnica y el cuidado.

3.10 Disciplinas emergentes como apoyo a las nuevas formas de gobierno

Partimos del hecho que la educación superior evidenció un aumento en el número de matrículas desde mediados de la década de 1940, al igual que la participación femenina a partir de 1955, cuando se duplicó su ingreso a la universidad (Ver Tabla 4). El incremento fue mayor en el sector oficial, especialmente en la Universidad Nacional.

Tabla.6. Porcentaje de matrículas por años y sexos en Educación Superior.

AÑO	MATRÍCULA TOTAL	SEXO		MUJERES	NATURALEZA		PRIVADA
		H	M		PÚBLICA	PRIVADA	
1935	4,137	4,079	58	1.4	2,948	1,189	28.7
1945	6,512	6,275	237	3.6	4,730	1,782	27.4
1955	13,284	11,079	2,205	15.2	8,252	5,032	37.9
1960	23,013	18,779	4,234	18.4	13,639	9,374	40.7
1964	36,617	28,785	7,832	21.4	21,377	15,240	41.6
1970	85,560	62,524	22,930	26.8	46,618	38,942	45.5
1974	148,021	95,982	52,059	35.1	72,243	75,778	51.2
1980	271,680	150,515	121,115	44.6	100,783	170,847	62.9
1984	378,586		180,909	47.8	147,970	230,616	60.9

Fuente: ICFES, Estadística de la Educación Superior, Santafé de Bogotá, D.C.

Durante en esta década, las críticas más fuertes a la educación superior se dieron, en tres sentidos principalmente; el primero, por la desarticulación de los currículos en relación al desarrollo del país; segundo, por la escasa investigación, y tercero, por la carencia de profesionales para responder al desarrollo. Igualmente en esta época, la medicina y el derecho concentraron la mayor parte de profesionales, mientras que la carencia de ingenieros, biólogos y economistas se hacía evidente, a pesar de que el mercado laboral pedía con urgencia este recurso humano.

En esta perspectiva, para la educación superior el proceso de modernización se promovió con una serie de reformas, tanto de índole administrativo, como en lo referente a la reorganización de planes de estudio, con diversificación y creación de nuevos programas y apoyo a la investigación, como fuerza para los nuevos conocimientos. Según Herrera (2002) y Mejía (1999), las grandes reformas educativas se inscribieron durante el periodo liberal (1930-1946), acorde a los procesos modernizadores experimentados en el país, tras los que se contemplaba la apertura de nuevas universidades⁹⁸ y la reorganización de las ya existentes.

La Universidad Nacional de Colombia fundada desde el siglo anterior, representó para Patiño (1966), “el más ambicioso proyecto modernizador en el país” con orientación norteamericana. Para 1962 existían 27 carreras y 32 facultades que expedían diplomas de orientación “profesionalista”, lo que, según el autor, calificaba al estudiante para competir con el mercado laboral. No obstante, la alta deserción estudiantil que ocasionaba la pérdida de casi el 83% de la población estudiantil, la rigidez curricular y el trabajo aislado de cada facultad, fueron algunas de las realidades para plantear una reforma de grandes proporciones, la cual sería conocida como la Reforma Patiño de 1961.

⁹⁸ En las décadas de los treinta y cuarenta surgieron algunas universidades, tales como: la Universidad Distrital de Santander, la Universidad del Tolima, la del Atlántico y la de Caldas; así como diversas entidades científicas, creándose como centros y academias: la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales (1933), el Instituto Geográfico Militar (1934), la Contraloría General de la República (1935), el Instituto de Psicología Experimental (1937), el Ateneo Nacional de Altos Estudios (1940), el Instituto Caro y Cuervo (1942), el Instituto Etnológico Nacional (1941) y el Instituto de Ciencias Económicas (1944). En la década de los cuarenta, se fortalecieron algunas universidades privadas con alto rango académico, tales como la Universidad Javeriana, la Universidad de los Andes (1948) y la Universidad del Valle (1947), todas ellas con fuerte influencia de las universidades norteamericanas. (Mejía, 1999)

Aun así, la reorganización académico-administrativa fundada con las nuevas tendencias modernizadoras, planteó cambios dentro del estatuto profesoral y del tiempo de dedicación, de preferencia a tiempo completo y favoreciendo la investigación. La diversificación de carreras, la flexibilidad curricular, la creación e integración por departamentos y escuelas anexas (se pasó a 9 facultades en 1966), fueron algunas de las reformas que acompañaron la creación de la ciudad universitaria, en la perspectiva de una formación de élite intelectual, con criterios modernos (Herrera, 2002).

La reestructuración académica se formuló bajo los conceptos de flexibilidad académica y versatilidad, lo cual fue significativo por varias razones. Primero, para alcanzar un nivel alto de competitividad con las universidades privadas; segundo para lograr un reconocimiento mundial especialmente de las universidades anglosajonas, sobre todo de las estadounidenses; tercero, para lograr una retención mayor de estudiantes, al disminuir su deserción y cuarta, para responder a las exigencias del sector productivo, el cual solicitaba cada vez más personas con habilidades específicas (Patiño, 1966, p. 2-6).

En este orden, se puede afirmar que específicamente en lo concerniente al campo de la salud, en general el auge de la educación superior giró en torno a tres aspectos importantes, los cuales fueron los que se relacionan a continuación:

1. Producción investigativa hacia la modernización agrícola e industrial, estudios sociales y medicina ampliada: estas nuevas disciplinas y oficios emergieron tecnificados, para hacer más operacionalizable la integración expresa de la educación con la producción, actuando sobre en el deseo colectivo para acceder a ella, de manera tal, que la educación se constituyó en el camino correcto para ascender al desarrollo y para la adquisición de un nuevo estatus.

2. Si damos una mirada global a la vasta superficie en la cual se movía la carrera de medicina en el país, nos encontramos con que varios énfasis modificaron su estudio; tales fueron la medicina general y hospitalaria, con especialidades en cardiología, cirugía, patología, radiología o internista, así como la salud pública, con orientación en epidemiología y medicina preventiva. Esta ampliación del conocimiento en tanto intervención, hizo necesario el apoyo de nuevos agentes y expertos en áreas específicas como enfermería, nutrición, servicio social, farmacia, fonoaudiología, fisioterapia y carreras auxiliares.

3. La concepción de integralidad: esta permitió la movilidad, ampliación y articulación de cátedras en salud pública, con temas de sociología, antropología, epidemiología, estadística, demografía y administración en salud. La proliferación por especialidades conectó los programas de pregrado con los de posgrado, y facilitó la accesibilidad al ciclo profesional complementario; cada vez la competitividad del mercado se hacía más exigente, por tanto, no era ya posible ni justificable pensar en enfermedades o alteraciones que otros países habían superado, y el tratamiento de los enfermos se hacía cada vez más especializado.

Por otra parte, la gubernamentalidad entendida como algo más complejo que un poder de Estado, operó en este medio fértil en tecnologías y ciencia para el campo de la salud, alrededor de diferentes direcciones. Este proceso implicó nuevas técnicas de gobierno sobre la conducta humana, aplicadas no sólo por el médico, sino también por todas las áreas afines que hablaban en iguales términos, las cuales, en palabras de Castro (2007), se transformaron en tecnologías de gobierno y regulación sobre las poblaciones. Así, se puede decir que desde la perspectiva foucaultiana, se pasó de un *ratio pastoralis* a la *ratio gubernatoria*⁹⁹.

⁹⁹ Para Foucault citado por Castro (2007) “se pasa de la *ratio pastoralis* a la *ratio gubernatoria*, de tal modo que las promesas de “salvación” y “seguridad” dispensadas antes por la Iglesia cristiana son retomadas

Para concluir este apartado, acudimos a Foucault para observar el conjunto de eventos que hemos referido con anterioridad, viéndolos desde la óptica biopolítica, la cual nos remite a mirar cómo los asuntos de la salud, la enfermedad, la mortalidad, la natalidad y el analfabetismo, los cuales fueron también problemáticas de la primera mitad del siglo XVIII, se constituyeron, para la época de este estudio, en una problemática planteada por el desarrollo, asunto que fue explorado por el citado autor, quien especifico que: “la biopolítica tiene que ver con la población y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder (...) (Foucault, 2000, p.222).

Para el periodo que nos concierne, el panorama de la medicalización fue amplio y decisivo. Si revisamos con cuidado lo expuesto anteriormente, notaremos que en nuestro país la influencia del liberalismo, ligada al desarrollo y al capitalismo, desenlazó un movimiento higienizador, que fue incluyendo nociones generadas desde los países industrializados, tras lo cual, se conformaron una serie de cambios para el surgimiento de un nuevo hombre, que se apartara de la ignorancia y la enfermedad que lo había caracterizado y así transformarlo en un ciudadano instruido y saludable, con mayores capacidades para el trabajo y la productividad .

Por su parte, la salud y la educación conformaron un vasto campo de intervención, que sirvió para tener una planificación de la población desde todo punto de vista; ello, con el fin de lograr las finalidades de los legisladores, las cuales iban por la vía de hacer del país, un país desarrollado. Para tales fines, desde la pedagogía se utilizaron mayores estrategias, para que se

ahora por el Estado moderno en clave de biopolítica. Mediante la creación de una serie de “dispositivos de seguridad” el Estado procura ejercer ahora control racional sobre las epidemias, las hambrunas, la guerra, el desempleo, la inflación y todo aquello que pueda amenazar la población. (p160).

recibiera la debida instrucción, y hubiera una apropiación educativa, que estuviera acorde a las exigencias determinadas por la ciencia.

Igualmente, para el campo médico dada la magnitud del proyecto, fue necesario el apoyo de nuevos sujetos adiestrados, tecnificados y reconocidos como idóneos, para actuar con mayor especialidad y contundencia. Así por ejemplo, la mujer en calidad de enfermera, asumió parte de la tarea higienizadora, la cual se fue posesionando como un campo laboral de mayores oportunidades, y que posibilitaba un cierto estatus social, aunque aún persistiera la subvaloración de la medicina.

Así bien, podemos afirmar que la salud y la educación tuvieron un lugar en la gubernamentalidad y que operaron sobre la producción de conocimientos, los cuales fueron replicados por un conjunto de instituciones, expertos y disciplinas, destinados a constituir un régimen social normalizador. En ese sentido, la estadística operó como un poder-control que construyó todo un dispositivo con nuevas relaciones de saber y de poder, para dirigir, identificar, clasificar y tipificar el grado de “anormalidad” de la población, con el propósito de normalizarlos, modificarlos y acomodarlos al nuevo orden social.

De otra parte, la medicina desbordó sus límites disciplinares; todo cuanto fuese susceptible de riesgo era un indicativo para medir y medicalizar, constituyendo un poder sobre la vida total de los individuos. Esto dio paso a un movimiento basado en investigaciones, con el fin de hacer mediciones de toda clase, generando diversas posturas y disertaciones nutridas desde la sociología, la antropología, la estadística y la economía. Los agentes multiplicadores serían los maestros, las enfermeras y las nuevas carreras que emergían, como apoyo a estas nuevas formas de gobierno.

4. Las prácticas de salud: una pedagogía de autogobierno 1970-1990

La pedagogía de auto gobierno¹⁰⁰, es descrita en este apartado como aquella práctica de salud, que llevó al sujeto a asumir cambios en el comportamiento higiénico para resaltar sus beneficios, lo cual fue interiorizando la autorresponsabilidad del cuidado. Igualmente, se puede decir que esta es una práctica que van ligada al medio como motor de desarrollo.

La salud se asumió en colectivo, pero con el criterio claro de intervenir al sujeto de manera individual, para que éste, asumiera nuevas reglas de comportamiento a manera de autogobierno. Esta posición fue interpretada como un aporte al desarrollo social sostenible, que facilitaría el control de los patrones higiénicos, estéticos, morales y culturales, trazados por la medicina, la política, la tecnología y la introducción de las ciencias sociales, como un campo integrador, que generó nuevas tensiones al valorizar, en otros términos, el control de la salud de una población.

La pedagogía se concretó como autogobierno para el sector salud, ante el anuncio de la promoción de la salud como política mundial en 1986, descrita en la carta de Ottawa; no obstante, en Colombia ya se distinguía con claridad la atención primaria, como se describió ya en los capítulos anteriores. Para el primer periodo, prevención y profilaxis regularon las acciones educativas y formaron parte importante del discurso de la higiene; para el segundo periodo,

¹⁰⁰ Foucault describe a la gubernamentalidad como “el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer una forma específica y compleja, de poder, que tiene como meta principal la población”; así mismo afirma que en la gubernamentalidad “hay una tendencia y línea de fuerza que, en todo Occidente, no ha dejado de conducir, desde hace muchísimo tiempo, hacia la preeminencia de este tipo de poder que se puede llamar «gobierno» sobre todos los demás: soberanía, disciplina; lo que ha comportado, por una parte, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno, y por otra, el desarrollo de toda una serie de saberes” (Foucault, 2006b, p. 136).

prevenir y promocionar, conformaron una sola estructura, que delimitaba un campo de intervención diferente a la curación o la rehabilitación; finalmente, en este periodo, comienza la emergencia de la promoción de la salud como práctica del comportamiento y se encuentra al lado de la prevención como su principal aliado.

Vemos por ejemplo, que para la década de los años setenta, se le había dado un carácter social a la enfermedad, al comprobar que los diferentes perfiles patológicos eran el resultado del grado de desarrollo de cada país, con lo cual, la promoción de la salud, ofreció otras explicaciones a las condiciones de salud de una población, que para Laurell (1982), se debían justamente a los procesos que determinaban las relaciones establecidas con el medio, el huésped¹⁰¹ y el ambiente.

La prevención de la salud, significó en este momento, el camino para detectar los riesgos y la promoción, la manera de negar la enfermedad. Antes que vigilancia y control, la prevención se hizo necesaria, para introducir la promoción de la salud como una práctica referida al cuidado de sí, a manera de “hábitos saludables”, es decir, que cada sujeto asumiría gran parte de la responsabilidad de su estado de salud, influenciado por las acciones pedagógicas que se expanden medicalizando la sociedad.

La práctica pedagógica se articuló con la nueva estructura administrativa, propuesta en este periodo para el sector salud, que daba prioridad a la planeación y al riesgo, para combatir los problemas de salud. Estas realidades fueron producidas, según Castell (1986), por un giro de las intervenciones curativas y terapéuticas, hacia un gerenciamiento administrativo y preventivo de

¹⁰¹ El término huésped hace referencia a un organismo vivo que es susceptible de ser colonizado por otro organismo (virus, bacterias, parásitos, etc.) y puede reproducir una enfermedad.

las poblaciones en riesgo (p. 153); conexión que marcó condiciones de producción discursiva dispersas para que los sujetos se tornaran ahora saludables.

Una nueva pedagogía se hizo visible, tanto en la escuela como en el hospital, con un proceso de gestión normativa que supuso cambios en el sistema de salud, en busca de producir subjetividades individuales para integrarlo a lo social, a través de mecanismos de control y autogestión.

A continuación se describen estas orientaciones, y la manera como ingresaron para construir un discurso en el que la fuerza de la práctica pedagógica, marcó subjetividades, que le dieron soporte a los discursos de desarrollo, capital y fuerza de trabajo, articulando la salud con el mercado productivo.

4.1 La promoción de la salud: noción emergente para viejos problemas

Los años setenta, señala Calvo (1980), fue un periodo en el que se implementó un sistema de salud, que mostró una estructura integrada con el desarrollo económico y social en Colombia. La creación de una división de salud en el Departamento Nacional de Planeación, expresó el propósito de articular el sector salud con el desarrollo. El plan de desarrollo fue propuesto en 1972 con cuatro estrategias, “dentro de las cuales la cuarta buscó ligar desarrollo social, salud y educación” (p. 7), con un componente de regionalización de los servicios y un nuevo ordenamiento institucional, que apuntara a la instauración de un sistema único de salud.

En este orden, más que un cambio de comportamientos (de prevenir a promocionar), lo que se modificaron fueron las estructuras de intervención, cuando la enfermedad dejó de ser un asunto exclusivo de una persona y pasó a ser un problema de la población, quienes pensado en conjunto, acumulaban o poseían una serie de factores de riesgo, que era preciso determinar, para saber con certeza cuáles serían las estrategias a seguir.

Tales estrategias fueron en gran parte asumidas desde la promoción de la salud, cuando planteó en su momento medir y evaluar las características de una comunidad, a partir de tener en cuenta el grado de riesgos y la esperanza de vida de un país. Esto representó cambios en la expectativa de vida; así como en la relación nacimientos – mortalidad, lo cual determinó un aumento de vida por número de años, de tal suerte que para 1950, la esperanza de vida en Colombia, se había calculado en 50.6 años de vida y para 1990 se encontraba en 68,2, lo que significó una ganancia de 18 años; que traducidas en capital, aumentaba el PIB.

El vínculo con las determinantes de la salud, como acontecimiento, nombrado en 1974 por el Ministro de Canadá Marc Lalonde, como un nuevo modelo de salud, fue extendiéndose con fuerza a escala mundial. Se buscaba aumentar la esperanza de vida a partir de la integración de nuevos conceptos, que incrementarían el valor de la salud, convirtiéndola en recurso y bien propio de ascenso al desarrollo.

Sus principios se fundamentaron en relacionar la salud con el medio ambiente, los estilos de vida, el sistema sanitario y la biología humana; que condujo, según Ávila (2009), “a un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria” (p. 72); lo que modificó las orientaciones que cada país debía seguir, para que se asumiera mayor responsabilidad con los estilos de vida; fue el comienzo de nuevos constructos que generaron subjetividades concretas, por cuanto se crearon otras explicaciones para las formas de vida y de pensamiento en el sujeto moderno.



Tomado en: Ávila, Mario (2009) Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. Revista médica Costarricense. Colegio de médicos y cirujanos. Vol 51 (2). Abril-Junio. p72

La gráfica muestra cómo dentro del asunto de la salud, se fueron teniendo en cuenta otras categorías de análisis, hasta constituirse en un campo de relaciones mutuamente incluyentes. No se trata de un proceso evolutivo, sino más bien existe una extensión en la intervención, que según la OMS (2008), respondía a la necesidad de evaluar el contexto social; esto es, el trabajo, la vivienda y la alimentación, incluyendo los sistemas de salud, frente al desarrollo biológico de las personas (nacimiento, crecimiento y envejecimiento).

Anterior a este acontecimiento, las declaraciones sobre el tema de la atención primaria en salud (APS), firmadas por 134 países y 67 organizaciones tanto de las Naciones Unidas, como de organismos especializados y organizaciones no gubernamentales, con relaciones oficiales dentro de la OMS y la UNICEF en 1948; en la ciudad de Alma Ata, capital de la República de

Kazakstán, conocido como “Las Declaraciones de Alma Ata”, establecieron la relación entre salud y desarrollo como necesario y natural. Sus efectos se traducirían en la verdadera fuerza motriz, para que los pueblos pudieran llevar una vida económicamente productiva, lo que revertiría en satisfacción, en la medida que se alcanzara un nivel de salud deseable; es decir, que la interpretación de los valores sociales, no sólo se medirían en términos del disfrute de una mejor salud, sino también en acumulación de capital. Tanto el desarrollo económico, como el aspecto social, se formularon mutuamente incluyentes; el primero, sería necesario para alcanzar las metas sociales, es decir, mejorar la salud y el segundo para lograr los fines económicos (Alma Ata, 1948).

Con posterioridad, otras conferencias internacionales ampliaron la relación de la promoción de la salud con el desarrollo y los ambientes saludables; tal es el caso de la Segunda Conferencia Internacional de Adelaida en 1988, en la que se discutió la construcción de una política pública saludable. Posteriormente, en 1991 se desarrolló la Tercera Conferencia Internacional en Sundsvall, en Suecia, y se propuso como tema central, la creación de ambientes favorables. El tema central que se consideró, fue la importancia del desarrollo sostenible, ante el reclamo de la acción social en el ámbito comunitario como motor de desarrollo, convocando a todas las personas, organizaciones y gobiernos a nivel mundial, a desarrollar e involucrar ambientes sociales, económicos y políticos en nombre de la salud, más allá de un ambiente físico.

Así mismo, la Cuarta Conferencia sobre Promoción de la Salud, celebrada en Yakarta (Indonesia) en 1997, pretendió actualizar la discusión de la promoción de salud y desarrollo, al enfatizar nuevas determinantes de salud y destacar factores transnacionales, al integrar la economía global a los mercados financieros y el acceso a los medios de comunicación. También

reafirmó la importancia de acceder a la educación y a la información, articuló campos de acción de la promoción de la salud con los ambientes y territorios.

En el año 2000, en la Ciudad de México, se realizó la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en la que los Ministros de Salud de los países participantes, reconocieron que la promoción del desarrollo sanitario y social era un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos¹⁰², y se partió de la urgencia de incentivar la medicina preventiva, por cuanto resultaba más barato la prevención que la curación; un discurso que retomó lo ya pronunciado en esta época de estudio.

Tabla 7. Cronología de las principales conferencias internacionales sobre promoción de la salud.

Año	Conferencia	Categorías
1948	Carta Magna en salud	la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social
1974	Informe Lalonde: Una nueva perspectiva sobre la salud de los Canadienses	Determinantes de salud, factores de riesgo
1977	Salud para todos en el año 2000	Accesibilidad, calidad de vida
1978	Declaración del Alma Ata.	Salud- desarrollo económico, productividad y paz
1986	Carta de Ottawa sobre promoción de la salud	Políticas públicas saludables, ambientes favorables, acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud.
1987	Lanzamiento por la OMS del proyecto ciudades saludables	Ciudades, escuelas saludables y hospitales promotores

¹⁰² Epidemiología (2007).

1988	Declaración de Adelaida	Políticas públicas saludables
1991	Declaración de Sundsval, Suecia	Ambientes saludables en salud, desarrollo sostenible y la gente como motor de desarrollo
1992	Declaración de Santafé de Bogotá	Promoción de la salud en las Américas
1997	Declaración de Yacarta, Indonesia	Promoción de la salud en el siglo XXI. Integración, mercado, comunicación, educación y salud global
2000	Quinta conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, México	Mujer, desarrollo, salud y empoderamiento.
2000	Cúpula de desarrollo del Milenio en las Naciones Unidas	Objetivos de desarrollo del milenio ¹⁰³

La medicina, que tradicionalmente se enfocaba en la enfermedad con una dimensión individual, pasó a ser una medicina de promoción. Se puede apreciar en la tabla anterior, cómo el objeto de intervención se amplió a la categoría “problemas de salud”, que para Fernández y Regules (1994), no sólo se incluía las enfermedades en su expresión colectiva, sino que también a otros factores que condicionaban su aparición.

Con estas declaraciones firmadas por los países miembros, se hizo evidente un compromiso mundial, para que la atención primaria en salud, formara parte integral del desarrollo general de la sociedad; el compromiso consolidó el interés por aumentar la productividad de cada país, en la medida en que lograba solucionar los problemas de salud. La

¹⁰³ Los objetivos de desarrollo del milenio para el 2015 propuestos por la OMS son: objetivo 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre; objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal; objetivo 3. Promover la equidad de géneros y la autonomía de la mujer; objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil; objetivo 5. Mejorar la salud materna; objetivo 6. Combatir el vih/sida, el paludismo y otras enfermedades; objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

participación de cada sujeto social fue indispensable para aprovecharlo en la medida de sus capacidades. Toda persona sería nombrada agente de salud y a su vez, un recurso aprovechable al recibir instrucción previa, en consecuencia, la pedagogización de la salud ocupó el primer lugar de importancia para que ello fuera posible.

A la atención primaria en salud, anota Monsalvo (2008), se ha llamado desde sus inicios “el Brazo Sanitario del Neoliberalismo”; las razones que se pueden inferir son las siguientes: la primera, por la articulación entre desarrollo económico y salud, que se traduce en una mayor capacidad productiva de un país; la segunda, que se presenta como posible el acceso al desarrollo, aumentando el interés eurocéntrico y por último, que no es precisamente la última razón, sino que pueden existir otras, invitando claramente al mundo para ingresar al nuevo orden económico mundial. El siguiente párrafo de la declaración del Alma Ata, dice lo siguiente:

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados (Alma Ata ,1948 , p.2).

Ante estos hechos, la salud a través de la atención primaria, fue una de las puertas de entrada a las políticas neoliberales, cuanto más se mostraban necesarias e indispensables para resolver los problemas de injusticia social, inequidad, pobreza y enfermedad de la población mundial, más se exigían en el mundo. La década de los ochenta quedó marcada por estos hechos y comenzó su expansión como política mundial, en la que cada país miembro debía adoptarla, de acuerdo con sus propios niveles de desarrollo y lo que fue considerado como convenientes beneficios económicos y sociales, publicitando con ello estas políticas a los gobiernos y a la población.

Partiendo del viejo adagio “es mejor prevenir que curar”, mencionado a comienzos de siglo e implementado como política pública, para 1986, se anunció en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que *promocionar la salud*, sería el camino correcto para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social de un individuo o grupo, y se destacó como un acontecimiento que partiría en dos la historia de la salud y la.

Esta investigación ha podido constatar que la atención primaria en salud, nombrado de diversas formas, fue transversal en todos los periodos, no obstante, las relaciones de saber y de poder descritos en cada periodo, advirtieron cambios substanciales en la medida que se conectaban con los discursos de cada época, para atender los viejos problemas de la salud y la enfermedad, con diferentes perspectivas; a continuación se muestra cómo para Colombia se presentaron estos hechos:

Prevención y profilaxis le dieron piso al modelo higienista, fueron los principales enunciados precedidos en los dos periodos anteriormente estudiados. El significado de enfermedad presuponía un significado de experiencias discursivas, que otorgaban ciertos juicios de valor y representaciones, que incrementaban el deseo de ser higiénico, con lo cual, modificó el comportamiento del sujeto mediante prácticas educativas, que atendían de una parte a la enfermedad y de otra a los medios necesarios para evitarla.

En el primer capítulo se mostró cómo el aire, la luz y la ventilación en la escuela, la casa y el hospital, fueron de gran importancia para mantener los lugares libres de bacterias, y cómo al modernizar sus estructuras para convertirlos en lugares higiénicos, eran medidas de prevención, y a su vez, promocionaba los lugares para habitar higiénicamente.

Los mobiliarios escolares, la postura y la gimnasia, fueron también algunas de las estrategias para que la infancia se objetivara como higiénica; el control prenatal, la atención al

infante sano, la medición nutricional y el control de abastecimiento del agua, se constituyeron para la población en un asunto de salubridad. De esta forma, la práctica pedagógica se ajustó a una singularidad somática que abarcó el cuerpo, la vivienda, los vestidos y la alimentación, con el fin de mantener y promocionar la higiene del sujeto y de la ciudad. Estos son aspectos que hoy se mantienen en las estrategias de promoción de la salud.

Posteriormente una nueva *techné* reorganizó al hombre-cuerpo-higiene, e incluyó al medio y al riesgo como categorías medibles y modificables, que hicieron pensar en la salud como un acontecimiento, ligado a nuevos procesos, modos de vida, y escolarización; uniéndose al desarrollo y a la economía de dos formas: la primera, para planificar al sujeto y la ciudad, a través de la mediciones y estimaciones vitales, para atender los riesgos propios de las necesidades elementales, utilizando técnicas de tipo disciplinario con pretensión de mayor control, y el segundo, otorgado por el intervencionismo estatal y las ideas liberales, que ingresaron de forma capilar a las masas obreras, como poder político, económico, social y cultural, y con ello, impulsar la modernización.

La educación sanitaria mantuvo su puesto estratégico y se amplió a las masas populares, con proyectos educativos concretos, utilizando los medios de comunicación para difundir los comportamientos higiénicos.

Buena parte de las enfermedades se establecieron en niveles de jerarquía en el siguiente orden: las llamadas “Enfermedades de la pobreza”, aquellas de tipo infeccioso y de la primera infancia, y “enfermedades de la civilización”, las de origen crónico, catalogado por los epidemiólogos por la transición demográfica, que dio significado al paso de una sociedad rural a una sociedad “civilizada”. Gómez y Vélez (1998), anunciaron que los procesos de modernización en Colombia y en gran parte de América Latina, modificaron las estructuras de la

población y llevaron a cambios en los patrones de morbi-mortalidad; el fenómeno de envejecimiento se comenzó a visibilizar en este periodo, fueron denominadas enfermedades de la modernidad el cáncer y posteriormente el Sida, enfermedades crónicas e incapacitantes de larga duración, que ocasionaban una carga para los países, por las consecuencias que antes no se habían estimado;

El cuidado de sí y de los otros, fueron los enunciados que condujeron a las personas a cambiar su realidad, con lo cual se transformó la idea de la relación salud-enfermedad e higiene. La educación sanitaria amplió su perspectiva al dejar de estar enfocada, principalmente, en los pobres y las clases obreras, y buscó llegar a toda la población con sus técnicas de “cuidado de sí” y auto responsabilidad, desplazando al discurso de la enfermedad por el de la salud.

Más que un debate disciplinar, se intenta mostrar a un sujeto vinculado con la racionalidad y el poder, sin que éste perciba sus efectos, en palabras de Foucault (1992):

Será necesario por eso modificar, reducir los estados morbosos, prolongar la vida, estimular la natalidad. Pero, sobre todo, habrá que preparar mecanismos reguladores que en una población global, puedan determinar un equilibrio, conservar una medida. En suma, habrá que instalar mecanismos de seguridad en torno a lo que haya de aleatorio en las poblaciones de seres vivientes (p. 248).

4.2 La salud integrada a las ciencias sociales: un campo de tensiones

Vemos este periodo ligado a un sin número de fuerzas que se salen del campo de la medicina y son retomados por las ciencias sociales para tratar de explicar lo que Laurell (1981) llamó “fenómenos sociales”. Tanto la sociología como la antropología, comenzaron a construir sus objetos de estudio a partir de las determinantes de la salud y la enfermedad, en busca de otras

explicaciones que se salían del campo biomédico y que más relacionados con la cultura y factores socioeconómicos, se vincularon a un campo llamado: “modelo social”.

Castro (2013) advierte, que este “modelo social”, distó mucho de ser una teoría unificada, pero que sirvió de base e insumo para problematizar las determinantes de salud, en función de objetivar desde una perspectiva sociológica, el concepto mismo de la salud y la enfermedad, como un fenómeno socialmente construido.

La emergencia de otras categorías, fueron el resultado del análisis y trabajos concretos de la llamada “medicina social”, que tímidamente, según García (1984), se había anunciado en los años cincuenta, pero sólo hasta los sesenta adquirió una dimensión pedagógica para algunas disciplinas como la sociología y la antropología social; así ingresó a los currículos de las ciencias médicas, con el fin claro de otorgar otras racionalidades a la práctica médica y romper la hegemonía biologista que orientaba a la educación médica.

La incorporación de los aspectos sociales en la educación médica, fueron estudiados por García (1972), en los currículos de América Latina y definió dos componentes: uno preventivo y otro social; sin embargo, los estudios de antropología, sociología y psicología, antecedían a una clasificación de “ciencias del comportamiento“ o “ciencias de la conducta”, lo que indicaba una construcción teórica, que disociaba el comportamiento individual del social, dando como resultado, una corriente que en su momento proponía actuar sobre la conducta individual, más que sobre una estructura social (OPS,1986, p. 37).

La medicina social para 1970, se hizo visible cuando ingresaron las ciencias sociales en el sector salud y se amplió a nivel de posgrados en Latino América, persistiendo las dificultades de aceptación en el campo médico: de una parte, por la lucha de estatus profesional y de otra, por el

reconocimiento de un saber social, como manera de comprender la dimensión social de la salud (García, 1972).

En este sentido, Waitzkin, et al (2002), anunciaba una crisis de la salud pública, llamada también *desarrollista*, ya que no se había logrado responder a las desigualdades existentes en Latinoamérica: “Mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países latinoamericanos, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud” (p. 129).

Autores como Laurell (1981), García (1972), y Aroucca (1972), discuten la diferencia entre medicina preventiva, medicina social y salud pública, que para comienzos de los setenta, habían abarcado una variedad de campos de estudio, entre ellos, la epidemiología, las ciencias de la conducta, organización y administración de los servicios de salud y las medidas preventivas (p28). Se advirtió un auge en la conformación de grupos de trabajo e investigaciones, que intentaban mostrar la existencia de una crisis en el sector salud y a su vez proponían una alta actividad educativa como recurso para minimizar sus efectos.

En consecuencia, las ciencias sociales abordaron diversos sectores de la medicina preventiva como campañas sanitarias, medicina materno-infantil, saneamiento básico y, nutrición, entre otras, para dar cuenta de estilos de vida, trabajo y distribución de los bienes de consumo, en la perspectiva de un bienestar social.

Este bien-estar, fue traducido en términos adquisitivos en cuanto a nutrición, educación, salud y trabajo, con metas precisas, para obtener transformaciones en las prácticas de salud, a través de la capacitación del personal de salud y la integración de la comunidad. Los programas de los servicios ambulatorios y hospitalarios que atendieron una medicina preventiva, asumieron una interpretación de los problemas sociales como parte integral de un proceso global.

Los procesos de integración de las economías y el impulso del capitalismo a escala mundial, integró la satisfacción de las necesidades básicas a partir de esta década, con los componentes arriba anunciados, como la noción central de desarrollo; éstos, incluían las condiciones mínimas básicas para diseñar una política social, que gozara de una clara ventaja al momento de relacionar trabajo, producción y pobreza.

Estas tres últimas variables (trabajo, producción y pobreza) representaron las variables de la economía del desarrollo, discutidas hacia los años ochenta y noventa¹⁰⁴; las determinantes de la salud se representaron con mayor rigor y profundidad en el estudio de las ciencias sociales, y fueron justificadas en las siguientes conclusiones aportadas por Castro (2013):

Su estudio se justifica no sólo por el esclarecimiento que se logra sobre los procesos de morbi-mortalidad en sí mismos, sino también porque a través de ellos se accede a un mejor entendimiento del funcionamiento de los grupos sociales, su articulación en torno a la estructura de poder, y su papel en la construcción de representaciones ideológicas que tensionan, en diferentes direcciones, al orden social mismo (p. 34).

Un campo de tensiones se hizo visible cuando se mostraba el carácter social de la enfermedad, a partir de un análisis de las condiciones colectivas de salud, partiendo de diferentes ópticas, que pretendieron un enlace entre salud, trabajo y pobreza; dichas variables fueron en principio trabajadas por Laurell (1981), en los ochenta, cuando anunció que para captar la

¹⁰⁴ La relación trabajo, pobreza y perfiles patológicos, ha sido según la postura sociológica, el resultado de las transformaciones sociales y así mismo el grado de desarrollo marcado por patologías colectivas diferentes, que para Laurell (1981), habría que buscar otras explicaciones a los procesos de enfermedad, en una colectividad más allá de la biología y técnica médica: en las características de las formaciones sociales.

naturaleza social de la enfermedad se requería construir categorías que dieran cuenta del tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad para cada época y en cada sociedad (p. 5); nociones como pobreza, enfermedades por grupos e historia natural de la enfermedad, tomaron importancia, en la medida en que se unían a categorías como capital humano, desarrollo humano, capacidades y libertades, los cuales fueron fuertemente influenciados por los organismos internacionales, al incluir estos conceptos y darles alcance mundial. No obstante, cuando las ciencias sociales incluyeron diferentes niveles de jerarquización para explicar la enfermedad a partir de los fenómenos sociales, el saber médico que resultaba insuficiente, al momento de problematizar al sujeto en la producción social de la enfermedad.

Castro (2013), en su análisis sobre el carácter problemático de las determinantes de salud, intentó mostrar desde una visión sociológica, cómo, de una parte, la medicina estableció un campo de fuerzas a través de constructos científicos, para nombrar las enfermedades a manera de etiquetación, que se postularon y aceptaron como realidad social, con un alto componente político y económico, y de otra, la sociología y la antropología médica, integraron conceptos por multiniveles, como procesos de trabajo, apoyo social y estilos de vida, los cuales se salieron del orden del discurso médico, para dar otras explicaciones a la salud y la enfermedad. Parte de la discusión planteada por el autor, refiere la relación dominación-subordinación de la medicina sobre las ciencias sociales, en la que la medicina se encuentra subordinada a un saber que se ha perpetuado en la historia; sin embargo, señala una postura menos radical, cuando describe cómo se han construido las categorías como objetos de lucha, con una intención que no dista del campo de la medicina: el conformar sujetos saludables.

Asuntos también tratados por Arouca (1975) en su tesis doctoral, cuando concluye que la medicina preventiva se reafirma en lo social y se configura en un área de constante tensión en

dos frentes: del lado de las escuelas médicas, los estudiantes y las prácticas, y del otro, “cuando se enfrenta a sus propias condiciones reales de existencia con un saber que no consigue dar cuenta de sí mismo” (Arouca, 1975:20); de ahí que el enfoque preventivista para el autor adquiriera varias connotaciones:

1. *Crítico*, cuando cuestiona la educación, la organización y la práctica médica y establece asociaciones con la estructura social.

2. *Apologético*, cuando se asume como una forma de pensar y actuar, intentando transformar una situación de crisis, sin advertir que dicha transformación convierte a los sujetos en simples mensajeros de una nueva doctrina.

3. *Tecnocrático*, cuando instrumenta una actitud preventivista, con una tecnología dispensada por la salud pública, y a la administración o la enseñanza con una tecnología educacional.

Esta disputa por un “capital social”, en palabras de Bourdieu¹⁰⁵, mostró una amplia discusión acerca de las posibilidades de un “casamiento de las ciencias sociales con la medicina” (OPS, 1991:37), en representaciones pragmáticas, sin que aún se pudieran resolver los problemas de salud existentes en las regiones, ya que continuaban presentando un evidente predominio de inequidad, pobreza y falta de oportunidades¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Bourdieu definió el capital social como: “el conjunto de los recursos actuales o potenciales vinculados a la posesión de una *red duradera de relaciones* más o menos institucionalizadas de interconocimiento e inter-reconocimiento... destinadas a la institucionalización o la reproducción de relaciones sociales utilizables directamente, a corto o a largo plazo...”. (Bourdieu, 1980: 3-85)

¹⁰⁶ El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) anunció en 1990, que el bienestar en América Latina había transitado a niveles inaceptables de pobreza, cuando pasó de 53 millones de personas en 1970 a 56 millones en 1980; cifras que aún en la actualidad prevalecen con mayor intensidad. “En 1980 cerca de 120 millones

La medicina y las ciencias sociales se convirtieron en dos campos de tensión, que ejercieron acciones directas para medicalizar la sociedad. La medicina como la fuerza científica posesionada en la historia, frente a las nuevas ciencias humanas, que problematizaron la salud y la enfermedad, con racionalidades que se salieron del discurso anatómico-clínico y abarcaron lo social como estructura flexible, en el que era posible ingresar para conseguir la conversión del sujeto saludable.

4.3 La salud: un bien deseable

El término “economía de la salud”, encuentra su emergencia, según Restrepo (2008), en la expansión del mercado de los servicios de salud, después de la Segunda Guerra Mundial, cuando en el mundo capitalista se constituyó en su principal objetivo, al tiempo que la economía se desarrolló como ciencia. Foucault (1974) por su parte se remonta hasta 1942, cuando en plena guerra mundial se elaboró el Plan Beveridge, en Inglaterra, que planteó la reconstrucción de los pueblos devastados, a partir de la organización de una seguridad social, implementada como política de progreso e indicativo de que el Estado se haría cargo de la salud. Este Plan, trazó dentro de sus principios la lucha contra la *necesidad*, el cual constituía sólo uno de los cinco frentes que debían ser atendidos para conseguir el camino hacia la reconstrucción, los otros cuatro lo eran la enfermedad, ignorancia, miseria y ocio (Plan Beveridge, 1942)

El plan se basó en un diagnóstico de la *necesidad*, revelado por los estudios sociales sobre las condiciones de vida del pueblo Británico, durante el periodo comprendido entre las dos guerras, teniendo en cuenta las estadísticas de natalidad y mortalidad para proyectar el porvenir,

de latinoamericanos vivían por debajo del nivel de pobreza absoluta -no podían consumir los alimentos básicos-

Cinco años después eran 160 millones. Se extendió el grupo del 33 al 39 por ciento del total de la población.” (El Tiempo, 1990; 11 de Noviembre)

y con ello, establecer un sistema de seguridad social que diera respuesta a la *necesidad*, a través de varios mecanismos; el primero aportaría subsidios y pensiones, para cubrir las necesidades esenciales, cuando se viera interrumpido el salario por causas de enfermedad; el segundo, el estado ofrecía seguridad con distribución financiera, pero requería la cooperación del individuo, otorgándole sentido de responsabilidad en su estado de salud; el tercero, los sistemas de financiamiento se harían sobre principios contributivos “ya que se trataba de una seguridad social y no de un sistema de caridad” (Plan Beveridge, 1942:20).

Según Foucault (1974), la asistencia de la salud y la enfermedad por parte del Estado, que se señalaba en el Plan Beveridge, no era propuesta novedosa, ya que desde el siglo XVIII, constituía parte de sus funciones; lo que sí representó novedad para este momento, fue el ingreso de la salud al campo de la macroeconomía, con un conjunto de condiciones que se combinaron, con un sistema de financiamiento entre partidas presupuestales, para cubrir las necesidades de salud y un sistema de seguro de riesgo que redistribuiría la cobertura económica de la salud y la enfermedad, enlazado en un sistema de regulación.

En 1958, Selma Mushkin pretendió responder a la inquietud de por qué los economistas no se habían ocupado del análisis de este sector y definió a la economía de la salud como:

Un campo de investigación, cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud; su tarea consistió en estimar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas para renovar esta organización (p. 790).

Arrow en 1963, complementó la definición, con el análisis de mercado de los servicios médicos, evaluado a partir de la medición de riesgos.

A partir de estos aspectos, la economía de la salud tomó forma como campo interdisciplinar en las llamadas ciencias médicas, como la epidemiología, salud pública, medicina, etc. Potenciando los estudios de investigación para medir las relaciones costo-beneficio de la atención prestada y la inversión del capital humano, entre otros; aspectos que fueron discutidos en 1960, con la conferencia del National Bureau of Economics Research, a partir de la cual, se iniciaron sub líneas de investigación, que incluían las teorías económicas, desde visiones micro y macro económicas (Espinosa, et al, 2003).

De otra parte, Gil (2010), muestra cómo hacia los años setenta, un modelo económico para la salud desarrollado por Grossman, en el que se consideró a la salud como un bien deseable para propósitos de consumo e inversión, y lo enfatizó en el carácter productivo, al tiempo que permitía un mejor desempeño en el trabajo y el estudio. Este modelo fue un referente importante para estudios posteriores, los cuales relacionaron los principales determinantes para acumulación de capital, siendo estos el nivel de educación, salarios, edad y demanda de servicios en salud, señalando al medio social como mediador de los procesos de salud y enfermedad.

La salud, desde la mirada macroeconómica, se convirtió en uno de los sectores de mayor interés económico y político en el mundo, Restrepo y Atehortúa (2006), señalan que tal postura se debió especialmente a su incidencia en el bienestar y el crecimiento económico, así como por las necesidades en materia de recursos que requiere para su funcionamiento. Los autores establecen dos propiedades en la interacción entre la economía y la salud: simultaneidad y dualidad. La primera, se relaciona con el desarrollo económico y el avance en salud, los cuales se refuerzan mutuamente; y la segunda, la salud, es analizada desde una visión macroeconómica. “Un país que no logra resolver la desnutrición puede tener un producto interno bruto un 2% menor del que conseguiría si la resolviera” (OMS, 2010, p. 6).

Para el caso latinoamericano, las cifras indicativas de la situación económica y social de los países, establecieron una relación entre los altos porcentajes de muertes por enfermedades no contagiosas (ENC) y el grado positivo de desarrollo económico de un país; estas afirmaciones se muestran de manera insistente, terminando la década del 90, especialmente en los discursos de los organismos internacionales.

En Latinoamérica las estadísticas mostraron para 1990, que el 69 por ciento de las muertes, se debieron a enfermedades no contagiosas, como las cardiovasculares o respiratorias, aunque el porcentaje presentó sensibles variaciones en función del desarrollo económico y sanitario del país.

El problema específico de América Latina, según la OMS (2010), era que un importante porcentaje de esas muertes se producía entre la población menor de 60 años (y mayoritariamente de bajos ingresos), lo que representaba un duro golpe para la fuerza productiva de los países; Betcher (2008), afirmó que estas enfermedades son una de las mayores amenazas para la economía mundial y la seguridad financiera, por lo que considera "urgente" avanzar en la prevención de estas enfermedades, la mayoría evitables cambiando malos hábitos.

Bajo las mismas preocupaciones, se llevó a cabo una reunión de ochenta jefes de Estado en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, en 1990, para discutir la supervivencia de la infancia¹⁰⁷, las cifras que preocupaban en ese momento para el Tercer Mundo, eran la mortalidad de 40.000 niños menores de cinco años. Colombia, gastaba cerca del 8 por ciento de su PIB en salud, y se comprometió a llevar a la práctica una política orientada a la prevención. Era claro

¹⁰⁷ Era la primera vez que los más altos dignatarios de países desarrollados y en vías de desarrollo se reunirán para hablar exclusivamente de niños.

que de no hacerlo, no habría sueldo fiscal que alcanzase para atender dolencias y cubrir las enormes pérdidas en calidad de vida, productividad y desarrollo, que implicaba tener una población enferma (El Tiempo, 1992); el principal interés se concentró en la mortalidad materna e infantil, así como de las tasas de fecundidad. Al respecto, la OMS (2010) señala que:

Se calculó que entre 1965 y 1990 un 30% y un 50% del crecimiento económico de Asia obedeció al mejoramiento de la salud reproductiva y a las reducciones logradas en las tasas de la mortalidad de menores de un año y menores de cinco años (p. 6).

Los economistas de la salud aceptaron la inversión en términos de eficiencia, eficacia y rentabilidad, como cualquier otro negocio que genera pérdidas y ganancias. Bajo estos enunciados, algunos debates como el presentado por Myrdal, en la Organización Mundial de Salud, en 1952, el que enfatizó en la necesidad de integrar los programas de salud con el desarrollo económico, como parte vital para la reconstrucción social, y señaló, que el cálculo del precio de la salud, debería ser diferente a un precio monetario, por cuanto no era fácil definir en un valor económico a los programas de promoción de la salud en una población (Gil, 2008, p. 92).

Era visible el pronunciamiento de los economistas de la salud a favor de la relación recíproca entre salud y desarrollo, más aún, cuando los programas de gobierno ostentaban un crecimiento económico medido por el aumento en la empleabilidad, toda vez que se convertía en el foco estratégico de los planes de desarrollo y un factor de medición de democracia y paz social.

En este sentido, los enfoques desarrollistas prevalecieron unidos a formas de gobernabilidad, que se expresaban a partir de libertades humanas, derechos y oportunidades, que Amartya Sen (2000), denominó *capacidades*, y que las relacionó con la categoría de “pobreza”,

la cual se presentaba, “no sólo por falta de recursos, sino también por la falta de capacidades” (p. 17). Paralelamente a estas directrices y en abierta correspondencia con estos planeamientos, Shultz (1960), expone de otra manera los medios para alcanzar el desarrollo, más allá de la acumulación de capital, cuando integra la noción de “capital humano”.

Este giro, advierte que la persona es puesta como el eje principal del desarrollo, al tiempo que se esperaba, una vez sus necesidades básicas fueran satisfechas, pudiera disfrutar de una vida saludable y productiva, adquirir conocimientos, con lo cual, lograría sustentar una vida digna, y a la vez ser un recurso aprovechable, en la medida en que pudiera retribuir la inversión hecha en educación, formación para el trabajo, con un mayor rendimiento, analizado a partir del costo-beneficio del capital humano (Beckert, 1964).

Estas visiones ampliaron a mayor escala la panorámica de las determinantes de salud y enfermedad de una población; los agenciamientos internacionales, mostraban como prioridad, el ajuste económico y social de los países latinoamericanos, especialmente por una concepción de desarrollo integrada en los siguientes aspectos: reasignación y distribución de recursos, privilegiando el sector privado; apertura a los mercados internacionales sin restricción alguna; atracción de la inversión extranjera mediante apertura financiera y flexibilización laboral; privatización de empresas públicas; estimulación del ahorro mediante el aumento de tasas de interés; frenar las fugas masivas de capital, dentro de las cuales, se esperaba retornaran a sus lugares de origen (FMI,1995).

Tales orientaciones fueron aplicadas de manera contundente en las políticas y programas de los países en los años siguientes, además porque justificó que una persona, con un buen estado de salud, era más productiva y poseía mayor apertura para el aprendizaje, que lo facultaría para tener mejores oportunidades. Un informe presentado por Banco Mundial en 1993, citado por

Fernández, et, al (1995), señaló la concordancia que existía entre salud y crecimiento económico en tres aspectos: la reducción de las pérdidas por enfermedad de los trabajadores; el incremento al acceso escolar y la mejora del aprendizaje, y la liberación de recursos que de otra manera sería necesario invertir al tratamiento de enfermedades.

Vemos en consecuencia, cómo la salud y la educación, se encontraron legitimados a partir de una preocupación económica, en la cual, el punto de cruce fue, de una parte el nivel de salud esperado, y de otra, la manera en que ello fuera posible; sus objetos fueron apropiados desde una visión desarrollista y su fuerza tuvo que ver con lo colectivo; cada persona era estimable desde el punto de vista micro y macro económico, en relación directa con su nivel de salud y escolaridad, lo que derivaría en un sujeto saludable para que rindiera mejores beneficios.

La relación economía y salud, ejerció importancia en la medida que comenzó su expresión como economía de la salud, la que se midió en términos porcentuales de gasto versus inversión, con relación al producto interno bruto; el gasto en salud se vio expresado en una inversión de capital humano, para contribuir a un crecimiento económico; la formulación de enunciados para el sistema de salud, se dio en términos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.

Se admitió en este periodo, un interés particular por mostrar el impacto económico producido por un nivel de salud aceptable y se dio por sentado el que a mayor salud, la productividad y el desarrollo de los países irían en aumento; bajo estos constructos, comenzó un movimiento mundial que traspasó al continente Americano, para explicar e intervenir los elementos etiológicos de la enfermedad, en términos de la relación entre costo y efectividad; la importancia de la relación entre economía, salud y productividad, se vio reforzada por los

cambios en las políticas de salud de orientación neoliberal, implementadas al tiempo con tales expresiones, como se muestra a continuación.

4.4 Reformas en el sector salud. Un nuevo poder económico

Nuevos códigos exigieron para este periodo reformas estructurales en el orden político-administrativo y económico, reafirmado por el capitalismo y las ideas liberales, que posteriormente, en la década de los ochenta y noventa fueron trastocadas por el neoliberalismo; la diferencia, según Foucault (2007b), radica en que “la primera (liberalismo), encuentra que la libertad del mercado es regulada por el Estado y la segunda, (Neoliberalismo) invierte por completo la formula, en tanto que el mercado se superpone como principio regulador del Estado” (p. 149).

Estos planteamientos se ven reforzados con las teorías neoclásicas de la modernización, que proponen para el avance de los países subdesarrollados, romper el círculo de la pobreza a través del ahorro y la inversión, que Bustelo (1986), las resume con las siguientes características:

1. Debido a que los países subdesarrollados no tiene capacidad de ahorro, la vía del endeudamiento mediante inversiones extranjeras puede conllevar al despegue económico.
 2. Mediante la industrialización que incita al cambio de una economía tradicional por una moderna e industrial.
 3. La planificación como elemento central del desarrollo con ayuda del Estado.
 4. El desarrollo económico está medido a través del ingreso per cápita de un país
- (p. 76).

Desde esta mirada, el sistema social se convirtió en el espectro de condiciones que permitirían medir las diferencias cualitativas y cuantitativas de una población, en términos de calidad de vida, alimentación, condiciones de vivienda, nivel de salud y escolaridad, contrastados

con el nivel de productividad y renta, que para Myrdal (1973), establecieron relaciones de causalidad, en la medida en que se convirtieron en los determinantes más importantes del subdesarrollo.

En esta perspectiva, algunos factores, que para el caso colombiano, comenzaron a incidir de manera directa en el sector salud son: el endeudamiento externo con una estructura funcional marcada por las visiones internacionales; la reducción del gasto público; la precariedad de los servicios de salud y de empleo, y la articulación de los sistemas de salud, en medio de su proliferación por todo el continente americano con dos componentes: Ministerio de Salud y Seguridad Social (OPS, 1999).

Los ajustes económicos se llevaron a cabo en el sector de la salud con diferentes finalidades: el primero, fue la descentralización de los servicios de salud, o mejor, la descentralización del poder económico de la salud, que se comenzó a gestar en los años setenta, mediante la aplicación de un plan piloto de servicios integrados en salud, el cual buscaba aplicar métodos y técnicas científicas, para articular el desarrollo y la modernización en la atención en salud a cinco departamentos del país, integrando los servicios preventivos y curativos de manera descentralizada, con responsabilidad de cada municipio.

El segundo tiene que ver con las reformas administrativas al sector de la salud, que para 1961, se había iniciado cuando se propuso una reforma al Plan Nacional de Salud; para 1971, se concretó con un plan cuatrienal, el cual incluía la puesta en marcha del plan piloto, con la consecuente descentralización. A comienzos de los años setenta, la reorganización de los servicios de salud por medio de regionales, comenzaron a operar dentro del criterio de centralización política y descentralización administrativa, con una nueva estructura organizacional y de recursos humanos por niveles de complejidad, fortalecido con el hospital,

como unidad básica regional y local, con la cual se acogió a un plan nacional hospitalario en 1969 (OPS, 1999).

El tercero lo constituyó el interés por la formación del recurso humano para la salud, preocupación establecida desde los dos periodos estudiados anteriormente¹⁰⁸; en 1970, el adiestramiento y la capacitación del personal se orientó a conformar equipos de trabajo llamados multidisciplinarios, con énfasis en el nivel técnico y auxiliar para atender las zonas rurales; de otra parte, la organización de la comunidad adquirió importancia, por cuanto su participación activaría y potencializaría el nuevo sistema de salud (MS, 1975).

El cuarto se relacionó con la incorporación en 1975 a un Sistema Nacional de Salud único, de todas las entidades adscritas y vinculadas, y todos aquellos organismos, agencias e instituciones que se integrarían en la realización de las políticas dictadas, con la pretensión de “evitar duplicaciones, incrementar los rendimientos y ampliar las coberturas” (MS, 1977, p. 5).

Con esta unificación, los recursos y el financiamiento de programas serían determinados por un plan de desarrollo nacional, definidos como prioridad para la población menor de 7 años¹⁰⁹, el grupo materno infantil y el grupo laboral, medidos a partir del riesgo (MS, 1975).

¹⁰⁸ Desde mediados de los años sesenta se había desarrollado un estudio denominado: “Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica” y Colombia fue nombrada en 1963 en la Conferencia Internacional de Recursos Humanos auspiciada por la OPS y el Milbank, Centro de Estudios Piloto, para determinar los problemas y las necesidades de la enseñanza de la medicina; no obstante al finalizar este trabajo, sólo una pequeña parte de sus resultados incidieron en los planes y políticas para el desarrollo del recurso humano (OPS, 199, p. 127).

¹⁰⁹ La niñez continuaba pensándose y en la actualidad prevalece, como la población más vulnerable y como factor decisivo para el desarrollo del país; para la década del setenta, los estudios nutricionales de la niñez mostraban porcentajes altos de desnutrición, cerca del 60% para menores de 5 años; como estrategia se implementó un plan nacional de nutrición, como prioridad nacional, con una visión macro económica, por cuanto el estudio se

Los procesos de reforma de la salud, fueron una realidad en la región latinoamericana; Chile, fue el primer país que inició las reformas en la Región; hacia los años sesenta, con el gobierno militar, se creó el Sistema Nacional de Salud con una política descentralizada; México, siguió por la misma línea descentralizadora y unificadora hacia comienzos de los ochenta, con la diferencia que dentro de sus políticas incorporó a la población indigente al seguro social, a través del instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS); Bolivia, comenzó una discusión de descentralización hacia finales de los años setenta, y se aprobó como proyecto de ley en 1993, que entró en vigencia en 1996, fecha en la cual, se hizo la transferencia de poder y recursos a las instancias departamentales; Nicaragua implementó la política descentralizadora en los años 80 y creó el sistema Nacional Único de Salud, con lo cual regionalizó el país para la atención en salud pública, y recibió apoyo del recurso médico y de enfermería. (OPS, 1999).

Tabla 8. Análisis Comparativo de las Condiciones de Descentralización en Salud en Cinco Países

País	Plan				
Contexto Nacional	Bolivia	Chile	Colombia	México	Nicaragua
Características de la reforma del Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio institucional y reforma de las estructuras económica política y 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la dependencia del poder Central. • <input type="checkbox"/> Moderniza 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio constitucional donde se introduce la elección popular de 	<ul style="list-style-type: none"> • Política social. • <input type="checkbox"/> Cambio estructural. • <input type="checkbox"/> Política de regionalización 	<ul style="list-style-type: none"> • gestión pública a las Municipalidades. • <input type="checkbox"/> Tránsito de una economía

orientó a medir qué tanto se afectaba la capacidad productiva tanto física como intelectual de la fuerza de trabajo del país; las medidas correctivas contemplaban estrategias para aumentar la producción de alimentos y la integración de los centros de atención al preescolar, pretendieron aumentar la productividad del campo, con mayor producción alimentaria y la consecuente industrialización y tecnificación de cultivos (Calvo, et al, 1980, p. 13).

	social (creación del ministerio de desarrollo Humano).	ción del aparato del Estado. • <input type="checkbox"/> Expansión económica y transformación del aparato productivo	alcaldes Y gobernadores. • <input type="checkbox"/> Nuevo ordenamiento Territorial. • <input type="checkbox"/> Prioridad del gasto Público social sobre otra asignación presupuestaria.		centralizada a Una de mercado. • <input type="checkbox"/> Incorporación del sector privado en la economía pública • Estado con funciones Normativas y subsidiarias.
Descentralización y desconcentración	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de descentralización Administrativa. Asignación y control de recursos financieros a nivel Departamental. • Ley de participación popular: eliminar privilegios, gestión unificada y propia de la política social en cada municipio; descentralización por factores y responsabilidad compartida 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de desarrollo comunal para limitar la Dependencia del poder central. • Consolidación de los gobiernos regionales y De los consejos regionales. • Ley de gobierno y Administración regional. • Municipio como instrumento de desarrollo Local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avance desde el nivel Local hacia los intermedios. • <input type="checkbox"/> Gobierno nacional como ente normativo, asesor, planificador y cofinanciador y entidades territoriales como Prestadoras de servicios. • <input type="checkbox"/> Aumento de la capacidad del municipio para tomar decisiones y generar Ingresos. • <input type="checkbox"/> Medidas políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentación de la descentralización en el federalismo, fortaleciendo los estados y municipios para lograr una operación más eficiente de la administración pública federal y de los Servicios públicos. • Política de descentralización nacional: desconcentración territorial, descentralización de funciones y recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimación de la administración pública por medio de un plan de reforma, el cual contiene medidas de desconcentración y Descentralización. • Instalación de una comisión de descentralización a cargo del Instituto de Fomento Municipal. • Establecimiento de la descentralización como principio rector

Tomado textualmente de OPS (1999). Factores restrictivos para la descentralización de Recursos Humanos. Serie desarrollo de recursos Humanos. N16, julio de 1999; 56

El cuadro anterior muestra patrones de reformas similares en el sector de la salud en algunos países latinoamericanos, hacia la misma época, con lo cual, persistió una política de

desarrollo, operacionalizada a partir de la descentralización y regionalización, por medio de planes y programas, que pretendían favorecer una eficiente administración, y de alguna manera, evitar la fragmentación a la cual había estado sometido el sector de la salud, creando un sistema con cierta unidad funcional; el propósito: aumentar la inversión en la salud a través de la planeación, suministros, investigación y personal capacitado, de manera que cada uno de sus ejes estructurales se integraría como subsistemas, seguido por la teoría de sistemas¹¹⁰.

Esta nueva modalidad, combinó discursos y prácticas para lograr la integración funcional del nuevo modelo de salud; el apoyo de cada integrante sería necesario como recurso, para enfrentar el hecho de que los problemas de la salud, sólo sería posible resolverlos, si cada persona lo asumía como propio, con un régimen de autogobierno de conductas y prácticas reguladas por el modelo; los procesos educativos mutaron en la base de una pedagogía que diera cuenta de tales transformaciones.

La educación y capacitación del personal de la salud constituyó el pilar central del sistema, cuando en el Plan Nacional de Salud se discutió el currículo del profesional de la salud, y éste adquirió un estatuto fundamentado en la integración de las tareas que debía cumplir en el

¹¹⁰ Para el caso concreto de Colombia, Calvo y Col (1980, p. 55-57); OPS (2002, p. 214) explicaron esta unidad funcional por niveles administrativos y de atención; la primera definió las figuras seccional, regional y local con funciones concretas de tipo administrativo y la segunda, siguió la estructura de atención por niveles de complejidad tecnológica de las instituciones; de otra parte, dos regímenes definieron la pertenencia al sistema; el primero, el régimen de adscripción que incluía las instituciones de carácter público, con la representación pública de sus trabajadores y el segundo, el régimen de vinculación, concentrando a las instituciones de carácter privado, los cuales formularon un nuevo empalme de relaciones dependientes administrativa y normativamente con las características enunciadas anteriormente.

nuevo sistema de regionalización, una vez culminado los estudios, estableciendo como prioridad la divulgación a la comunidad, en todas las formas posibles de educación y promoción de la higiene, la salud y la nutrición (Calvo, 1975).

Esta necesidad educativa la planteó el Ministerio de Educación Nacional (1983), sobre la base de una participación comunitaria, con un componente estratégico que aspiraba materializar la democracia, bajo la connotación de autorresponsabilidad del propio desarrollo, creando una atmósfera de autonomía de los individuos y comunidades, al hacer uso de la voluntad, para atender las metas trazadas; es decir, que la participación comunitaria de manera voluntaria, sería el insumo para la regulación del sistema trazado por acciones específicas, que en su interior asociaba prácticas pedagógicas para ser implementadas de forma masiva, con un refuerzo permanente del profesional entrenado para tal fin.

Sin embargo, esta no era la única forma de educación comunitaria; el Ministerio de Educación, al hablar de un programa de educación para la población, hizo alusión a un currículo que diera cuenta de un conjunto de prácticas educativas, con tres componentes centrales: la ecología, la salud y la nutrición. El desarrollo se condicionó a estos tres componentes para sustentar la producción de los diferentes sectores, a través de la educación formal y no formal, en las que los avances de la ciencia y la tecnología ofrecerían posibilidades de acceder a los bienes y servicios, mejorando el poder adquisitivo y la calidad de vida.

Bajo estos enunciados se propuso como objetivo fundamental:

Desarrollar la identidad de intereses al interior de las comunidades y propiciar formas organizativas para vincular la voluntad comunal con la acción institucional en procura de los objetivos de beneficio social, que se intenta alcanzar a través de cualquier programa de "educación en población (Men, 1983, p. 15).

Al encontrar que la productividad estaba íntimamente ligada con los procesos de morbilidad y el nivel de nutrición, se propuso una relación estrecha entre educación y trabajo. La triada: nutrición, salud y trabajo productivo, daba por sentado una calidad de vida adecuada, en la medida en que las relaciones educativas establecían como punto fuerte la educación de la vida familiar, en cuanto a preparación y consumo de alimentos, prevención de enfermedades, saneamiento ambiental, educación sexual y el eje central del programa, la participación comunitaria.

Estas relaciones implicaron la formulación de nuevos enfoques, que pretendían regular los conocimientos y las intervenciones cada vez más amplios sobre la salud de una población; la pretensión de integralidad, asumió reformas administrativas para el sector, como se describió anteriormente. Variados modelos de salud comenzaron a reacomodar las fuerzas de los procesos adaptativos, para que los individuos ingresaran, bajo estas nuevas modalidades, e hicieran parte activa del cambio, como ejemplo el modelo ecológico, con una estructura delimitada entre los fenómenos sociales y los ambientes naturales, que se muestra a continuación.

4.5 La salud: un asunto ecológico

Cuando la salud se definió desde la teoría multicausal y desde “el medio” pudo ser intervenida, emergieron otros enfoques que dieron un giro a las nuevas demandas sociales, derivadas de los cambios que en ese momento se suscitaban. Fue entonces cuando a inicios de la segunda mitad de siglo XX y apoyado en el desarrollo de la ecología humana, se explicaba la salud desde un modelo adaptativo, al que se denominó “modelo ecológico”; dentro de los autores representantes de esta postura, se destacan Hernán San Martín (1988), René Dubos (1959), Carcavallo y Plencovich,(1975), quienes presentaron la salud y la enfermedad más allá de

acontecimientos biológicos, asociadas a fenómenos ecológicos, económicos y sociales, como estructuras que exigían la capacidad de adaptación para funcionar de acuerdo con las condiciones del medio.

Este modelo, fue ampliando su visión hasta denominarse “enfoque ecológico total”, cuando vinculó al sujeto con otras dimensiones diferentes a la funcionalidad biológica, para designar lo normal y lo patológico de otra manera, desplazando la postura unicausal de la enfermedad, hacia nuevas fronteras, que concedieron especial importancia a los fenómenos sociales y las relaciones establecidas con el sujeto, para que éste se comportara de manera saludable. Desde esta perspectiva, Bronfenbrenner (1976), médico estadounidense, hacia mediados de los setenta, introdujo los ambientes naturales dentro de los fenómenos ecológicos, como la principal fuente de influencia sobre la conducta humana; ésta fue interpretada a través de la teoría de sistemas, y se amplió la causa de la enfermedad a circunstancias y condiciones que se estructuran en una función sistémica.

El autor postula la teoría de sistemas por niveles de interpretación, comenzando por el microsistema como el nivel más cercano al sujeto, el cual incluye los comportamientos, roles y relaciones en la vida cotidiana; el mesosistema, que involucra las interrelaciones del sujeto con dos o más entornos, como por ejemplo la familia, el trabajo y la vida social; el exosistema, cuyos entornos influyen a la persona en desarrollo y se ve afectado por éste: lugar de trabajo, pareja, grupos de amigos, etc.; y el macrosistema, que es el plano más complejo, con la influencia de la cultura, el momento histórico social, político y económico, en donde se desarrolla el sujeto saludable.

El enfoque ecológico tomó fuerza hacia los años setenta, cuando la psicología, la antropología, la sociología y la medicina entre otras, pretendieron justificar con sus

investigaciones, los cambios que requería el manejo de la salud de infantes, familias y comunidades, junto con la práctica educacional, desde una perspectiva ecológica, esto es, en todas sus dimensiones (Bronfenbrenner, 1994).

La promoción de la salud apropió este enfoque, al proponer hábitos de vida saludable, reafirmando la necesidad de buscar la ejecución de prácticas innovadoras, que permitieran generar cambios comportamentales para la promoción de la calidad de vida, y generar ambientes favorables, que aseguraran un adecuado crecimiento y desarrollo de los infantes y sus familias (El Tiempo, 2011).

En Colombia, esta nueva cosmovisión aparece manifiesta en un informe emitido en el periódico El Tiempo (1998), cuando se señala que la relación establecida entre los tratamientos médicos y la curación frente al tema de salud de la población, puede resultar insostenible, de no acogerse a un “enfoque ecológico total”, en tanto que muchos de esos enfoques se salen de la participación médica y entran a ser competencia de otros campos disciplinares.

Si para los periodos estudiados anteriormente, el enfoque de la salud se dirigía a la persona, a través de la imposición de normas de conductas, como una manera de prevenir las enfermedades, y su fracaso se atribuía a la ignorancia y al no acatamientos de los dictámenes médicos, para este nuevo periodo, la persona fue responsable de su salud, al tiempo que la ecología se constituía en la estrategia que mediaba en el cambio conductual, unido al medio, como proceso adaptativo tanto físico como social.

El sujeto se integró a la ecología, al tiempo que se ampliaron las fronteras en las que había estado sometido por el higienismo; ahora se constituía en saludable, determinado por los diferentes ambientes que lo rodeaban e influían de manera directa para el cambio esperado. Dentro de esta dinámica, se amplió la panorámica para la pedagogía de la salud, al concebir el

desarrollo humano y la teoría bio-ecológica, como fenómenos más de continuidad que de ruptura. Ello permitió que persistieran las acciones pedagógicas para integrar al sujeto a las nuevas formas de organización social, sistemas de vida y cultura, como mecanismos de seguridad que afianzaron al sujeto saludable. La escuela y el hospital representaron las institucionalidades más importantes para que ello fuera posible, como se describe a continuación.

4.6 Hospital: de la curación a la promoción

Para 1977 la promesa de la OMS que aseguraba “salud para todos en el año 2000”¹¹¹, así como la ampliación de la cobertura universal, generó grandes expectativas especialmente porque ello parecía querer decir, encontrar una solución de fondo para disminuir los niveles de pobreza, inequidad y enfermedad en el mundo. No obstante, cuando se anunció un retroceso económico y social en Latinoamérica y el Caribe, en década los ochenta, década que se denominó como “década perdida” (CEPAL, 1996), se adoptó como estrategia – específicamente desde 1981- la APS o Atención Primaria en Salud, la cual fue implementada por los países miembros. De dicha estrategia, surgieron los mecanismos para que cada sujeto, al incorporarse en el nuevo régimen de salud, se constituyera en un sujeto “saludable”, a partir de entender los derechos de la salud como derechos ciudadanos, los que desde entonces, serían reclamados con gran vehemencia en todas las esferas sociales.

No obstante según la CEPAL (1996), la crisis económica de dichos países, debilitó la capacidad adquisitiva de sus habitantes y por ende, aumentó las demandas de los sectores en lo

¹¹¹ “En 1977, en la 30a Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros decidieron (Resolución WHA30.43) que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en las siguientes décadas sería alcanzar para todas las poblaciones del mundo, para el año 2000, un nivel de salud que les permitiera una vida social y económicamente productiva. Esta meta es hoy comúnmente conocida como *Salud para todos en el año 2000* (SPT-2000)”. OPS (1974:2)

referente a educación y salud; esto a su vez condujo al aumento de las dotaciones de los hospitales, así como al acrecentamiento del “cociente médico para la salud y maestros para las escuelas” (p. 36-37).

Tales declaraciones también contribuyeron a que, al finalizar los años setenta y durante la década de años los ochenta del siglo XX, se suscitara el giro que desató las grandes reformas en el sector de la salud a nivel mundial; giro que, según Almeida (2005), permitió que dichas reformas se pautaran desde la perspectiva neoliberal, para lograr la integración al “nuevo gerenciamiento público” (New Public Management, p. 19- 22), por cuanto se esperaba articular el sector salud, con los planes de desarrollo económico y social de los países.

Específicamente durante la década de 1980, nociones emergentes tales como la equidad, se aunaron a la atención en salud (Cohen y Franco, 1993); ello específicamente cuando se dio la escasez de recursos mencionada, la cual Almeida (1999) caracterizó como parte de una política restrictiva y focalizada en los niveles básicos y en las poblaciones más necesitadas.

Iniciando los años noventa del siglo XX, se intentó reencontrar el camino perdido en la década anterior, a partir de la intensificación de tecnologías, modernización de los sectores públicos, disminución del gasto, así como a partir de generar estrategias para implementar la eficiencia, eficacia y rentabilidad; medidas que fueron ampliamente difundidas y promocionadas en el sector hospitalario. Por otra parte, la OMS implementó la estrategia de hospitales promotores, y en 1992 se consolidó el movimiento de hospitales promotores de salud.

Vemos así un periodo marcado por reformas y propuestas cada vez más incluyentes, las cuales se introdujeron con fuerza en los países Latinoamericanos. Dichas reformas se presentaron asiduamente no sólo en los discursos políticos, los documentos técnicos o la literatura científica, sino que también se hicieron visibles en un amplio espectro de propuestas y

propósitos. En la implementación de dichas reformas, el hospital cumplió un papel decisivo al incorporar los niveles básicos en sus programas de atención, y al hacer manifiestas las acciones de control, con un componente educativo que delimitó las fronteras entre la curación y la promoción.

Igualmente, la crisis de los sectores de la salud y la educación visibilizó diversas tensiones de orden económico, en la medida que, por una parte, se anunciaba la modernización de sus estructuras y se requerían mayores recursos para lograr un estado “saludable”, y de otra parte, se pedía racionalizar los recursos y gestionar los existentes.

4.6.1 El hospital: hacia una integración funcional

En la región Latinoamericana y del Caribe, el denominado por Almeida (2005), mercado de los servicios hospitalarios, estuvo marcado por significativas diferencias en lo referente al tipo de servicios utilizados, de acuerdo a la pertenencia a grupos sociales específicos; así, en dicha región prevaleció la consulta privada como opción para las clases altas, y la utilización de centros de salud y hospitales públicos para los pobres. No obstante, según lo comentan Suárez y Berenguela (2000) y Travassos (2000), hubo una excepción en los hospitales especializados, a los cuales se acudía por una opción netamente curativa.

Sin embargo, para el caso colombiano la vigencia del hospital de curación fue cuestionada, cuando en 1969 mediante la ley 39, se implementó el Plan Nacional Hospitalario, que unido a la regionalización de los servicios de salud, operó a nivel local y regional con un estimado de cobertura del 75% de la población, mientras las instituciones de seguridad social cubrían un 15%, y la medicina privada cubría un 10%. El propósito de dicha medida fue reformar e integrar los servicios preventivos y curativos en dichos lugares (MINSALUD, 1977, p. 6) (MINSALUD, 1989, p. 87).

Así mismo, por esa época también se habló de la “crisis hospitalaria”, la cual se presentó, según Calvo (1975) y Turnes (2009), por la escasez de recursos frente al aumento en la demanda de atención, la burocratización de los servicios y la deficiencia en los sistemas administrativos. Dicha problemática fue denunciada a mediados de los setenta, a través de varios anuncios que aparecieron en la *Revista Nueva Frontera*, Un artículo de Septiembre 27 de 1975 de la citada revista se titulaba: “El hospital sigue enfermo” (Nueva Frontera, 1975); allí se mencionaba la difícil situación que atravesaba el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, exponiéndose que a pesar de ser un hospital universitario con “grandes y costosas instalaciones”, pasaba por serias dificultades de orden administrativo, financiero y jurídico.

Pero ese no era el único hospital que evidenciaba la crisis; también lo hacía el hospital Materno Infantil, en el cual era evidente la falta de recursos e insumos y la deficiente capacidad hospitalaria de acuerdo con alta demanda que debía atender; ello agravado por la escasez de personal, especialmente en el área de enfermería. Al respecto de esto último, en la *Revista Nueva Frontera* se mencionaba lo siguiente.

“Puede decirse que el Instituto Materno Infantil tiene una proporción aceptable de atención por parte del elemento médico, pero se tropieza de inmediato con la carencia absoluta de enfermeras profesionales, si se hace exclusión de las profesoras de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional, que realizan allí las prácticas con sus alumnas. Los cuidados inmediatos son atendidos por auxiliares de enfermería (una para cada 32 camas), por enfermeras simplemente “empíricas” o por las alumnas de la Escuela de Auxiliares de enfermería existentes en el hospital”¹¹² (Revista Nueva Frontera, 1975b).

¹¹² Para 1974 el recurso humano en salud con el que disponía en el área hospitalaria era: Médicos 14.846; Odontólogos ,3.954; Veterinarios, 2.400; Ingenieros Sanitarios, 140; Enfermeras, 3.289; Auxiliares de

Igualmente en 1985 a través de un anuncio, ACOFAEN¹¹³, mostró que entre 1972 y 1985, hubo un desbalance en la asignación de profesionales de enfermería, para cubrir las necesidades en todos los hospitales del país. La fuerza laboral activa estaba representada en una relación de 20.6% y 18.4% respectivamente, mostrando una disminución que se traducía en deficiencia para el sector (MINSALUD, 1989).

Con el fin de solucionar las problemáticas antes expuestas, por esa misma época se propuso la equidad y la eficiencia hospitalaria, para justificar la modernización de sus estructuras, y para capacitar mayoritariamente al personal que brindaba la atención. Lo que se buscaba principalmente era la reducción del gasto, así como el uso racional de la estancia del enfermo en el hospital, siendo cada vez más necesario intensificar la Atención Primaria en Salud o APS, en todos los lugares del país; todo ello, dado que a pesar de que en el periodo anterior se llamó “hospital moderno” a diversos centros de atención del país, para muchos, aquellos aún no habían alcanzado los estándares esperados.

En relación a lo anterior, el ex presidente Alfonso López Michelsen durante su gobierno (1975-1978), hablo de “la existencia de dos colombias”, por cuanto se observaba una diferencia marcada entre las zonas rurales y las urbanas, en cuanto a modernización, urbanización, salud y educación. En tal sentido, su plan de desarrollo llamado: “Para cerrar la brecha”¹¹⁴, buscó el

Enfermería, 14.670; Promotoras, 6.000; La mayoría del recurso estaba disponible en las zonas urbanas, encontrándose una falencia en las zonas rurales. Tomado en: Calvo, et,al (1975)

¹¹³ ACOFAEN, como Asociación de Facultades de Enfermería se conformó en 1968 con el propósito de regular los programas de enseñanza en enfermería en todo el territorio Nacional; los programas y miembros fundadores fueron integrados por: “la universidad de Cartagena, Nacional, Javeriana, Valle y Cruz Roja,” (Tomado del boletín extraordinario de ACOFAEN, 2004:2)

¹¹⁴ Los planes de desarrollo adoptaron nombres específicos como: Plan Nacional de Desarrollo

crecimiento económico impulsando masivamente el empleo productivo y enfocándose primordialmente en las zonas rurales y marginales (Arias, 2005) (Calvo; et al, 1975).

Así mismo, las políticas de gobierno enmarcadas en el discurso del desarrollo sostenible (MSP, 1975), se propusieron promover el rendimiento de la capacidad instalada en los hospitales, hasta alcanzar un 90% de uso, disminuyendo los días/estancia de los pacientes, e impulsando la atención domiciliaria. Para esta época, en Colombia funcionaban 45.300 camas hospitalarias, lo que representaba 1.9 camas por cada 1.000 habitantes (Calvo, et.al, 1975, p. 15); por lo que cada vez más, el reclamo social por la atención en salud se intensificaba, agudizando la llamada “crisis hospitalaria”.

Ahora bien, varios acontecimientos acompañaron el cambio del modelo intervencionista de orientación keynesiana, por el de la apertura económica; a juicio de Arias (2005), los acontecimientos más importantes al respecto fueron el crecimiento demográfico, la migración rural, el fortalecimiento de los movimientos guerrilleros, el narcotráfico, el aumento de homicidios y la violencia política (p. 37). A su vez, todos estos factores complejizaron la atención hospitalaria, mientras se aumentaba la demanda y el sistema se hacía insuficiente para cubrirla.

Por otra parte, transcurrido los años 70 la medicina preventiva venía implementado una práctica hospitalaria en todo el territorio nacional, con el objetivo claro de articular los servicios asistenciales para las zonas rurales; tras ello, se integraron a los servicios de salud rural, el Plan

Económico y Social; por periodos de gobierno encontramos los siguientes: Las Cuatro Estrategias 1970 – 1974; Para Cerrar la Brecha 1975 – 1978; Plan de Integración Nacional 1979 – 1982; Cambio con Equidad, 1983 – 1986; Economía Social, 1987 – 1990,; La Revolución Pacífica, 1990 – 1994, entre otros. (Arias, 2005;39)

Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN)¹¹⁵ y el programa de desarrollo Rural Integrado (DRI)¹¹⁶. A través de lo anterior, se buscaba extender los servicios de salud para fortalecer el plan de desarrollo nacional, y así ir “cerrando la brecha”, al tiempo que se implementaba una medicina preventiva.

El desbalance entre las zonas rurales, que incluían las zonas marginales de la ciudad, y las zonas urbanas, se midió a través del nivel de industrialización, el acceso a la vivienda, la educación, el empleo, la salud y los servicios públicos. La inclusión fue el objetivo que se trazó dentro de las políticas sociales, para nivelar “la brecha” entre las dos zonas, con el fin de unificar el desarrollo del campo con el de la ciudad.

En tal sentido, la medicina preventiva movilizó recursos, tácticas y estrategias, para incidir en el desarrollo del país en las zonas rurales. Para ello, se planteó “convertir el sector en un instrumento de progreso social”; la principal herramienta implementada en función de esto fue la educación, la cual orientaría las acciones específicas para lograr los cambios de hábitos y comportamientos.

Pero el hospital rural no alcanzaba a estar a la altura de un hospital moderno, medido por estándares internacionales. Había muchas limitantes como la falta de infraestructura, accesibilidad en zonas apartadas y carencia de recursos humanos. Dada esta situación, se

¹¹⁵ El programa PAN incluía todas las medidas de producción, comercialización, distribución subsidiada de alimentos y educación nutricional; abarcaba educación formal con inclusión en los currículos en todos los niveles de formación y educación no formal, utilizando todos los medios posibles de difusión y el recurso humano preparado, como los promotores y auxiliares de salud.

¹¹⁶ La DRI buscó integrar el desarrollo económico con el PAN; aspiraba a aumentar la productividad del campo a través de intervenir las variables de: trabajo, salud, educación, tecnología, comercialización y fuerza de trabajo.

enfaticó entonces en la educación de la comunidad desde los centros de atención básica, utilizando a los promotores y auxiliares de enfermería principalmente, quienes llevaron a cabo la tarea pedagógica en función de la enseñanza de la salud, la cual se debatía entre la promoción y la prevención (MINSALUD, 1977).

.Como estrategia para cubrir el déficit de personal capacitado, que atendiera los asuntos de salud en dichas zonas rurales, el gobierno nacional estableció para las carreras de medicina, enfermería y odontología, un año obligatorio de servicio social, con lo cual esperaba abarcar una mayor medicalización, y estimular en estos profesionales, un deseo de trabajar en comunidades rurales, a pesar de las resistencias ejercidas especialmente por la carrera de medicina. En tal sentido, se trabajó bajo el siguiente supuesto:

“se deduce que la educación no puede ser vista exclusivamente como un programa de enseñanza, sino que hay que concebirla como una herramienta práctica de desarrollo económico y social, y por lo tanto, la educación médica tiene que ver con los hospitales, con los institutos y entidades que dan servicios de salud y asistencia social; la educación médica tiene que ver con el Gobierno” (Ceilán, 1978, p. 8)

Bajo esas disposiciones, en un seminario celebrado en la ciudad de Villa de Leyva en 1974, trabajaron mancomunadamente el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, y las Facultades de Medicina representadas por ASCOFAME, tratando temas que versaban sobre el Sistema de Salud, y debatiendo acerca de las orientaciones que debía seguir la educación médica colombiana (Ceitlin, 1978).

En dicha reunión, se aceptó la orientación individualista que hasta la fecha había tenido la educación médica, pero se habló de la necesidad de reorientar el currículo hacia las aéreas sociales. Esta postura, intentó integrar los planes y programas educativos en salud, a la dinámica

del desarrollo social del país, al tiempo que concertó la participación activa de las facultades de medicina que reivindicaban el estatus médico, amenazado por su nuevo ejercicio de orientación social y rural.

Para las zonas urbanas las condiciones fueron diferentes. Hubo un movimiento que propendía por la reestructuración de los hospitales, lo cual se planteaba desde una nueva organización, tanto de la parte estructural de las edificaciones, como en lo atinente a la prestación de los servicios médico asistenciales; con ello se privilegió la optimización de lo existente, más que la construcción de nuevas sedes. De otro lado, la visión sobre la asistencia médica giraba entre la curación y la rehabilitación, con un componente preventivo; así mismo, la integralidad y el nivel de calidad, marcaron las pautas de intervención. Para alcanzar tales fines, García (1975, p. 25) planteó que una organización médica institucional, debería cumplir con los siguientes requerimientos:

- a. Oportunidad y eficacia en la atención
- b. Calidad en los servicios
- c. Equilibrio financiero para el mejoramiento
- d. Ampliación y tecnificación de los servicios
- e. Superación permanente en la capacidad del personal profesional y técnico
- f. Evaluación de resultados” (p. 25).

De otra parte, para generar filtros en la hospitalización luego de que se hiciera evidente el problema de espacio hospitalario, y la insuficiencia en la cantidad de camas para cubrir la demandas de atención, se hizo necesaria una atención dirigida especialmente hacia la parte ambulatoria, la consulta externa y la atención domiciliaria,. Al respecto, García (1975, p. 26)

también anunció la necesidad de constituir un plan que regulara los servicios asistenciales y la organización hospitalaria, en pro de las siguientes finalidades:

- a. Prevenir las enfermedades
- b. Educación higiénica social
- c. Atención de enfermos ambulantes
- d. Atención médica domiciliaria
- e. Servicios médicos de urgencias (p. 26).

En este nuevo escenario, la participación de otras disciplinas como enfermería, la nutrición y el trabajo social, fueron fundamentales para intervenir a la población enferma. Con ello se dio especial énfasis a los procesos educativos que incidieron de manera precisa en la resolución de los estados mórbidos¹¹⁷. Parte de esta tarea fue asumida por la enfermera, la cual en sus planes de cuidado, abordaba la tarea pedagógica como el centro de sus intervenciones; su tarea se desarrollaba a partir de la planeación, ejecución y evaluación de programas de educación a grupos de pacientes y participación en programas de educación a la comunidad (MINSALUD, 1981). Así, mientras el médico curaba, la enfermera educaba.

¹¹⁷ Un tema central de intervención en donde la salud y la educación se visibilizan, tiene que ver con el manejo de las enfermedades crónicas, las cuales dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación y demandan un período largo de supervisión, observación y atención. Constituyen uno de los pilares de la enseñanza; se parte de la premisa que muchos de los tratamientos hospitalarios no pretenden curar, sino que tratan de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para lograrlo, los pacientes y sus familiares deben recibir formación y estar más preparados para el momento del alta para evitar gran parte de los reingresos o las complicaciones.

En medio de ese panorama, hacia la década de los ochenta se propuso una integración funcional, con el propósito de incluir los servicios de salud pública a los hospitales, a partir de un enfoque preventivo. A partir de esto, se esperaba la consolidación de una logística eficiente para mejorar el índice económico amenazado, integrando los programas de “salud oral, vacunación, atención materno-infantil, saneamiento ambiental” (Periódico El Pulso 2004). Las especialidades médicas permanecerían, pero desde entonces con servicios complementarios de atención domiciliaria, con un alto componente de promoción, protección y recuperación extensiva a la familia y la comunidad (Portilla, 1981).

.El paso siguiente a esta práctica se dio en 1992, cuando se creó el movimiento de los Hospitales Promotores de Salud, por parte de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud; dicho movimiento comenzó como una estrategia que buscaba mejorar la atención de los pacientes, la situación del personal y del entorno, bajo la noción de “calidad total”, y utilizando como parámetro de intervención la “promoción de la salud”. Ahora bien, aunque el título de Hospitales Promotores de Salud, no parecía encajar en su tarea fundamental, de índole esencialmente curativa, la idea era utilizar el gran potencial de los mismos.

En tal sentido, se anunciaron tres grandes grupos para llevar a cabo las acciones de promoción de la salud en el hospital; estas eran los pacientes y familiares, el personal del hospital y el medio ambiente. Igualmente se buscaba propiciar efectos de largo alcance, ya que al influir en el comportamiento de los pacientes y sus familiares, éstos estarían más predispuestos a aceptar los “consejos” que se daban en materia del cuidado de la salud, específicamente en situaciones de enfermedad- curación. Así mismo, la formación terapéutica cobró relevancia, dado el creciente aumento de las enfermedades crónicas en el mundo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Por otra parte, en el hospital la relación educación y salud se mostró de tres maneras. Desde el enfoque médico, el cual centró sus acciones en controlar la enfermedad en contraste con los factores de riesgo fisiológico; desde el enfoque sobre el comportamiento, el cual se centró en los factores del estilo de vida, y desde el enfoque socio-ambiental, que concentró su intervención en las condiciones de vida generales (el bajo nivel educativo o la pobreza) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar tanto la fuerza que tuvieron los hospitales, los cuales fueron vistos como centros de investigación y centros docentes, como las prácticas que allí se dieron, las cuales estuvieron orientadas bajo la estrategia de la promoción de la salud¹¹⁸. Los hospitales se reconocieron entonces como lugares de producción, acumulación y transferencia de conocimientos, e incidieron notablemente en las estructuras sanitarias locales, y orientaron las prácticas de salud en otros lugares.

Sin embargo, hoy se cuestiona la función central del hospital desde varios puntos de vista:

1. En cuanto al uso de tecnología y la división por subespecialidades; por el alto costo en el manejo de las enfermedades crónicas y por las relaciones que se establecen frente a intereses y tradiciones profesionales.

¹¹⁸ En tal sentido la OMS (2008) afirmó que las medidas adoptadas en pro de la atención primaria en salud en los años ochenta y noventa han permitido alcanzar un mayor equilibrio entre la atención curativa especializada, la atención de primer contacto y la promoción de la salud.

2. Por el “hospitalocentrismo”, el cual entraña un costo elevado en cuanto a medicalización innecesaria, o a un daño ocasionado por un acto médico que compromete las dimensiones humanas y sociales de la salud¹¹⁹ (OMS, 2008).

3. Con respecto a la importancia económica de las industrias farmacéuticas, y el alto peso que ellas están adquiriendo en la economía mundial. Igualmente, porque la atención especializada y hospitalaria representa un alto costo, y depende de los sistemas de prepago y de medios de financiación sostenible para su expansión.

Estas problemáticas, demuestran algunas tensiones existentes dentro del hospital, las cuales hicieron necesario implementar la perspectiva de la promoción de salud, como parte integral de sus funciones.

La OMS (2008) afirmó que desde los años ochenta, la mayoría de los países de la OCDE¹²⁰, trataban de depender en menor medida de los hospitales, de los especialistas y de la tecnología, al mismo tiempo que mantenían controlados los gastos. Para ello, se introdujeron medidas que incidieran en la oferta tales como, la reducción de las camas de hospital; la

¹¹⁹ La asistencia sanitaria comenzó a trabajar bajo la lógica del costo-efectividad, dado que encontró en la promoción de la salud la estrategia para incidir en la disminución de la cronicidad y la discapacidad, que en términos de la OMS, (2010) se ahorra miles de millones de dólares en tratamientos. Este tipo de intervención a la población se inscribió en una serie de prácticas pedagógicas, entendidas como prácticas de conducción, orientadas a la modificación de las conductas, cambios de comportamientos, manejo de las enfermedades crónicas y la responsabilidad de asumir estilos de vida saludables.

¹²⁰ ORGANIZACION DE COOPERACION Y DESARROLLO ECONOMICOS; sus principales fines se dirigen a Perseguir políticas diseñadas para lograr el crecimiento económico y la estabilidad financiera interna y externa y evitar que aparezcan situaciones que pudieran poner en peligro su economía o la de otros países; continuar los esfuerzos por reducir o suprimir los obstáculos a los intercambios de bienes y de servicios y a los pagos corrientes, así como mantener y extender la liberalización de los movimientos de capital.

sustitución de la hospitalización por la atención domiciliaria; la limitación del uso del equipo médico, y en general, toda una serie de incentivos y desincentivos financieros, para fomentar la micro eficiencia.

En consecuencia, a partir de los años noventa el hospital derivó su función social desde la promoción de la salud. Igualmente, en su interior se dieron una serie de relaciones que estuvieron rodeadas de fuerzas económicas, poderes y preocupaciones sociales. Por otra parte, la práctica pedagógica se constituyó como la estrategia que permitió articular la salud y la educación como la mejor manera de alcanzar un estado saludable, al mismo tiempo que se optimizaban los gastos. Por entonces, la idea del hospital como espacio de enfermedad y reclusión se fue desplazando, hacia la concepción de que aquel era un espacio en el cual era posible enseñar y aprender, desde características promotoras; no sobra decir que a pesar de estas nuevas dinámicas, el médico mantenía su estatus.

4.7 La escuela de examen: el lugar de las mediciones del comportamiento

La escuela de examen fue impulsada con vigor, a partir de mediciones del comportamiento y la aptitud. Los test de inteligencia, las mediciones de ansiedad, los exámenes para medir trastornos del lenguaje, alteraciones de la lecto-escritura o trastornos de lateralidad (zurdos), fueron algunas de las medidas adelantadas para determinar problemas de aprendizaje; dichas pruebas fueron realizadas desde la psicología. Al mismo tiempo, la medicina escolar medía perturbaciones fisiológicas del orden hormonal y alteraciones del crecimiento y desarrollo, las cuales serían solucionadas a partir de confinar al sujeto escolar a una excesiva medicalización, con el afán de rotularlo como “saludable”, “anormal” o “inadaptado”; tales demarcaciones, legitimaban las acciones para encauzar la conversión hacia un sujeto saludable, que respondiera a lo esperado para el desarrollo del país.

Por otra parte, a estados como la enfermedad, la desnutrición y pobreza infantil, se aunaron los aspectos psicométricos que ocuparon un lugar destacado en la valoración del infante; esto abrió el campo para la aplicación, medición y detección de casos de “anormales” o “inadaptados”. Los primeros fueron determinados como los que se salían de la competencia médica escolar, estableciéndose que debían ser llevados a instituciones especializadas; los segundos eran vistos como rescatables, si tales alteraciones eran sometidas a un proceso de rehabilitación de cuerpo y mente, unido a aspectos higiénicos centrados en la conducta.

A parte de la vigilancia del crecimiento estatura-ponderal del infante, la medicina escolar, se amplió a una revisión sistémica cada vez más especializada, apoyada por la ciencia y la tecnología. Sin embargo, aquello no fue suficiente para percibir al niño saludable; por el contrario, el área de interés se inclinaba más a los niños rotulados como “inadaptados”, lo que dio paso al surgimiento de la psicología escolar, a partir de la cual se esperaba intervenir al niño desde una “totalidad psicofisiológica” (Arbeláez, 1982, p. 45).

La medicina escolar se fundamentó en cinco aspectos principales: primero, en la vigilancia continua del crecimiento y desarrollo del infante por ciclos de vida (etapas escolares); segundo, en la prevención de enfermedades contagiosas, nutrición adecuada y vacunaciones masivas; tercero, en la promoción de la salud a partir de la práctica de educación física y deportiva, como coadyuvante al desarrollo físico y emocional, moldeador de la conducta y la disciplina; cuarto, en el sometimiento a exámenes somáticos rigurosos, ante la sospecha de dificultades de aprendizaje o “inadaptación” escolar, y quinto, en la educación sanitaria que se extendió más allá de la enseñanza de reglas de higiene, buscando generar una mentalidad sanitaria, o un “arte de vivir” (Boltanski, 1981, p. 12-125). Estas medidas estuvieron amparadas por el Código Sanitario Nacional de 1979, estableciéndose la legalidad en sus funciones, como

se describe en artículo 602, del título XII de los “Derechos y deberes relativos a la salud”, en el cual se menciona que: “Todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos y participar en los programas de educación sobre salud y en nutrición complementaria que deberá ofrecer los establecimientos educacionales públicos y privados” (MSP, 1979, p.102).

La nueva concepción de la salud pública, transformó las prácticas escolares de la mano del médico, la enfermera y el maestro, como los agentes históricamente reconocidos en la enseñanza de la salud en la escuela, pero aunándose la ayuda de los psicólogos, los trabajadores sociales, los consejeros-guías y las asociaciones de padres de familia. Dichos agentes se relacionaron con los centros de salud, los hospitales y las agencias de bienestar social, entre otros, para concretar experiencias saludables, y asumir la tarea pedagógica dentro de su dominio discursivo en la organización escolar, convirtiendo a la escuela en la abogada y la defensora del niño.

Por su parte, la enfermera escolar fue llamada a servir a tales pretensiones como “defensora de la salud del niño”, asignándosele funciones y responsabilidades en la escuela (FEPAFEM, 1983, p. 10). Su participación en los programas de educación sanitaria, incluían motivar a cada persona para que asumiera con mayor responsabilidad el cuidado de su salud, en clara correspondencia con los discursos pronunciados sobre la promoción y la prevención; así, la enfermera ayudaba desde la familia, e incitaba a otros profesionales para que participaran cuando fuera el caso, específicamente en lo relacionado al manejo efectivo de problemas de salud física y emocional, cuando estos fueran detectados.

4.7.1 El texto escolar: comportamiento y salud

En un texto para la enseñanza de normalistas de 1972, la escuela era enunciada como un “campo de entrenamiento”, en donde era posible desarrollar capacidades sociales y culturales; esta definición de escuela permitió relacionar el desarrollo con la productividad, al mencionarse en el mismo texto lo siguiente: “(...) es necesario considerar que en el desarrollo nacional, el hombre es el principal factor de productividad (...) como eje de la producción económica” (p.10).

Así bien, incorporar la enseñanza de la salud en los aspectos físicos, intelectuales y morales, fue una prioridad pues se consideraba que “al hombre colombiano le faltaba una conciencia nacional sobre la importancia de la salud” (PES, 1972, p. 10). Esto supuso introducir en la escuela, una línea de estudio que diera cuenta de los comportamientos, a partir del diseño de programas educativos que tuvieran como eje central la promoción y la prevención. Igualmente fue fundamental el estudio del comportamiento, el cual debía ser medido tomando como base las conductas esperadas, las cuales estaban estipuladas por normas, en términos de comportamientos sociales. Así, desde la escuela la educación para la salud fue definida bajo objetivos claramente articulados, tales como la modificación de la conducta, el cambio de comportamientos y la adopción de conductas saludables, medidas a partir de las cuales fueron dirigidos los programas de salud escolar, en combinación con experiencias de aprendizaje planificadas.

Igualmente la enseñanza de la salud en la escuela primaria, fue una materia integrada a las ciencias naturales, con el propósito de continuar la enseñanza de los hábitos higiénicos, pues se concebía que: “un programa integral de biología humana, que contempla a perfección los conocimientos de anatomía y fisiología, no cumple a cabalidad sus objetivos, si falta el tercer aspecto: el de la higiene y preceptos de salud” (Educación para la salud, 1972, p. 8).

Hay que decir que buena parte de esas enseñanzas, conformaron una continuidad histórica frente a los dos periodos estudiados anteriormente; sin embargo, para este periodo lo que cambió fue la óptica de integralidad, que complementaba la higiene física y la conducta adecuada, con la higiene mental y social, lo que a su vez se expresaba en vínculos entre la escuela, el hogar y la sociedad, bajo el título de “salubridad colectiva”.

Al margen de estas nociones, desde la pedagogía se reclamó por la integración del maestro, el padre de familia y la comunidad, para que ellos sirvieran de orientadores mucho más capacitados en la enseñanza de la higiene, la cual según Gil (1999), debía ser enseñada en forma “más práctica y con menos lecciones memorísticas” (p4). Esta situación colocó al maestro fuera del aula de clase, otorgándole una labor de tipo social, con mayor responsabilidad para formar al niño saludable, a partir de su propia conversión.

Así bien, se puede decir que a partir de la década de 1970, se impulsó con vigor la idea de la promoción; ello específicamente desde 1972, cuando desde la escuela se propuso un plan de salud con un trabajo gradual, sistemático y progresivo, de acuerdo al desarrollo y curiosidad infantil, con un esquema menos rígido, considerando al sujeto más responsable de su salud a partir de su autocuidado.

Por otra parte, en secundaria la enseñanza del comportamiento y la salud, representaron áreas para ser enseñadas en el programa oficial. A través de ellas se pretendía esencialmente cultivar en el joven escolar la cultura del autocuidado, a partir de la adopción de normas de comportamiento para llevar una vida “saludable”; tales ideales fueron expuestos en las asignaturas básicas y en ciertos textos escolares para la enseñanza secundaria. Ahora bien, específicamente a partir del comportamiento y salud como asignatura básica, impartida en los grados 5 y 6 de secundaria, se establecía la manera de conducirse de acuerdo con un

comportamiento social esperado, ligado a deberes morales, culturales y sociales. En dicha asignatura, se establecieron por ciclos de desarrollo las características y problemas posibles de los niños escolares, a partir de la anatomía y la fisiología humana, seguida de las conductas y comportamientos normales y anormales que influían en la maduración emocional y social. Los textos utilizados para su enseñanza, incluían la medicina preventiva como salud física y mental, el aborto y la drogadicción, la planificación familiar, el ambiente escolar, el saneamiento básico y la alimentación. Por otra parte, como promoción de la salud se exponía el programa deportivo en la escuela, además de vincularse en la enseñanza temas como la paternidad, la maternidad, la sexualidad, la reproducción, la educación en salud oral, la justicia y la ética entre otros (Arbeláez, 1985) (Gonzalez, 1978) (Climent, et, at, 1975) (Carvajal, 1984) (Duque, 1989) (Miranda, 1970) (Gómez, 1976).

A su vez, los textos escolares exponían de manera clara los temas de salubridad pública, cuyas orientaciones provenían de los puntos claves trabajados en la Atención Primaria en Salud, programa que fue fundamental en las agendas de gobierno y en las políticas estatales para el desarrollo del país. Desde varios componentes de trabajo, se vinculó la promoción y la prevención de la salud con otros sectores, para que la escuela se ampliara a la comunidad, ya no como observadora de su entorno, como sucedió en el periodo anterior, sino como interventora y garante de las enseñanzas para la salud, pues se asumía que : “La orientación hacia mejorar la educación mediante la promoción de la salud, debe ayudar a los profesionales de la salud para decidir cuales problemas y actividades de salud conciernen a los programas de salud escolar” (FEPAFEM, 1983, p. 5).

Así mismo, valores como la libertad responsable, el autogobierno y la democracia, fueron descritos en algunos textos escolares de comportamiento y salud (Climent, 1974, p. 18-22)

(Arbelaez, 1975, p. 15-18). Aquello tenía la finalidad de establecer límites para que la salud y la educación, cumplieran su función en la sociedad; es decir, los derechos universales del hombre, debían relacionarse con los derechos y deberes en la escuela por vía de la rectitud y los comportamientos responsables; así mismo una buena salud física y mental, evitaría la desviación de “conductas delictivas en los jóvenes y la criminalidad en los adultos”. Igualmente la familia como institucionalidad, sería en parte la responsable de la prevención de comportamientos criminales, seguida por la escuela, como el lugar de refuerzo para evitar dichos comportamientos.

Por otra parte, al tiempo que la escuela determinaba el comportamiento y la salud de los escolares, se trataba el tema de educación integral. A partir de ella se buscaba promover infantes saludables, con mayores capacidades de aprendizaje para la ciencia y la tecnología, lo cual serviría de apoyo en la transformación de las fuerzas productivas.

Finalmente, hacia la década del 90 del siglo XX, se habló de una integración funcional que favoreciera la cooperación internacional, con diversos proyectos entre ellos el educativo, cuyos contenidos serían limitados por cada país de acuerdo a sus propios alcances. Al respecto, específicamente en 1990, la CEPAL anunció que tal integración: “debía primero deparar beneficios netos para todos los países participantes; segundo, encontrar un asidero en los proyectos políticos nacionales y tercero, suscitar un apoyo en los distintos estratos de la población (CEPAL, 1996, p. 164).

En relación a esto último, en el siguiente numeral veremos cómo en la escuela colombiana, operó tal integración desde la relación educación-salud.

4.7.2 La escuela: integración de la educación para una cooperación internacional

Al comienzo de los años setenta, se inició en Colombia un movimiento planificador para la educación, el cual contaba con la participación de agencias internacionales como la UNESCO y los Programas Para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD). La pretensión era abordar la educación de un modo mucho más global, al tiempo que se implementar e incorporar recursos complementarios al sistema educativo, para definir programas de educación permanente y no formal e incorporar del uso de tecnologías.

Igualmente durante este periodo se dio la génesis de la globalización, visibilizada por varios aspectos. Primero, al plantearse la vinculación de la escuela con la familia y la comunidad; segundo, al aceptar que toda la población, no solamente la infantil, estaba en edad escolar y tercero, al replantear una estructura escolar “funcional” y nombrarla como “centro de la vida cultural, social y económica” (MEN, 1974, p. 13). En palabras de Martínez (2004), se trató de un período en que la globalización fue más allá de la ruptura de fronteras, pues las actividades económicas y culturales constituyeron el centro de intercambio (p. 189).

Una muestra de ello se dio en Colombia en 1976, cuando se promovió la educación para la cooperación Internacional, a través de la participación en el plan de escuelas asociadas a la UNESCO. Dicho plan recogió métodos, técnicas y materiales sobre temas concretos y de interés para las agencias internacionales¹²¹. La premisa fundamental de aquel fue la “integración de la educación para una cooperación internacional”, con la pretensión de incorporar en los planes de

¹²¹ Este plan de escuelas se inició en 1953 con la participación de 33 escuelas de nivel secundario, de 15 estados Miembros; fue implementado en el país en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional con seis establecimientos educativos que aumentó a catorce en 1980, y así sucesivamente hasta incluir instituciones normalistas, bachillerato clásico y educación técnica (MEN, 1981: 57).

estudio cuatro grandes temas. Primero, los problemas mundiales como el hambre, la carrera armamentista o el desarrollo, así como la función del Sistema de las Naciones Unidas para resolver esos asuntos; Segundo, los derechos humanos y las libertades fundamentales; tercero, la creciente interdependencia e internalización cada vez mayor de la vida cotidiana y cuarto, el hombre y su medio, partiendo de una visión ecologista que abarcó “un conjunto total” de relaciones entre el hombre y su ambiente (MEN, 1981, p. 25).

Los programas educativos desarrollados en las escuelas participantes de dicho plan, centraron su interés en las cuatro áreas formuladas, llevando a cabo las tareas de alfabetización, educación para el hogar, recreación y salud, a partir de proyectos específicos que incluían investigación, jornadas de socialización, producción de materiales educativos y divulgación. Desde allí también se constituyeron las metodologías, que darían cuenta de los conocimientos y prácticas de salud que se pretendían difundir, tales como la participación de la familia y la comunidad, la cual se afianzó cuando los alumnos de las escuelas, desarrollaron jornadas pedagógicas con temas que incluían estudios de necesidades básicas en salud, actividades de vacunación, educación para la salud, ecología y medio ambiente entre otros (MEN, 1981)

Varios textos, guías y material didáctico, fueron preparados por la comisión de Costa Rica, en cooperación con la UNESCO y en contrato con la OREALC, con el fin de incorporar en la enseñanza de las escuelas los derechos civiles, las responsabilidades de los adultos jóvenes y educación para la paz¹²². A través de dichos textos, se esperaba circunscribir al estudiantado en debates de orden mundial, y tratar las problemáticas locales con una visión globalizada. Así

¹²² Dentro de los cuales se nombran varios materiales: audiovisual “todos tenemos derechos, todos tenemos deberes” crucigramas, sereable de la UNESCO, viene un barco cargado de, cartilla para la enseñanza de los derechos cívicos y “educación para la paz”; este último como audiovisual elaborado por la comisión Argentina. (MEN, 1994;133)

mismo, la inclusión de dichos temas en el calendario escolar, estimó varios propósitos; el primero propendía por reafirmar una nueva sociedad¹²³; desde el segundo se buscaba resaltar como necesario e importante el trabajo de la cooperación internacional para la resolución de los problemas del país y a partir del tercero se pretendía concretar las intenciones educativas debatidas entre la paz, la democracia y la libertad.

En consecuencia, vemos cómo a través de estas actividades cooperativas se facilitaba el cumplimiento de dichos propósitos, a la vez que su proyección se ampliaba del nivel local al regional, con planes de acción y elaboración de materiales educativos. Los temas incluidos en dichos materiales abarcaron las áreas sociales, las matemáticas, la física, la química, la ética y la educación artística, incluyendo los programas curriculares y extraescolares; así mismo, la participación comunitaria cobró relevancia, toda vez que se pensaba como motor para el cambio.

Ahora bien, tales proyectos reflejaban las aspiraciones de integrar a la niñez y la juventud en el nuevo orden social, pues se pensaba que la educación sería el recurso para lograrlo. Un ejemplo concreto de ello, puede verse en el Primer Congreso Internacional de Jóvenes celebrado en Cartagena en 1983. Durante cinco días, jóvenes de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, República Dominicana, Venezuela y quince departamentos de Colombia, participaron en un debate acerca de cómo se podría obtener la paz a través del folklor, las actividades físicas, el lenguaje y las artes plásticas; al respecto se dijo que:

¹²³ La inclusión de horarios en las escuelas se dieron en los siguientes términos: “la existencia del calendario de “días” o “semanas” dedicados a una organización particular o actividades. Ej: el día de los derechos humanos, el día de las Naciones Unidas, día Mundial de la Salud, día internacional de la alfabetización” (MEN; 1994: 42).

Los jóvenes se ofrecieron a ser difusores de paz y a trabajar continuamente para lograr una paz permanente y concluyeron que la educación es el medio más directo para llegar a la anhelada paz y que ellos deben ayudar a la solución de los problemas estudiantiles de América Latina y el Caribe, ocupando decididamente el lugar que les corresponde en la vanguardia del folklor, el deporte, el lenguaje y el arte (MEN, 1994, p. 109)

Así bien, se intentó crear una correspondencia entre democracia, cultura y paz a través de la vía educativa, perfilando una conducta ciudadana, definida desde la contundencia de la acción globalizadora, y legitimada gracias al nivel de salud y escolarización. Igualmente, por esta época la relación entre educación y salud, estuvo unida a una práctica pedagógica, integrándose en los currículos, las áreas sociales y la cultura, con acciones concretas. El maestro y los estudiantes como recursos centrales de la escuela, requirieron la ayuda de la familia y la comunidad, para extender la voz pedagógica a todos los lugares posibles.

Para concluir este apartado, hay que decir que vemos esta época ligada a una centuria, en la que se insinúa una integralidad funcional ligada a cambios de comportamiento en las prácticas de salud; ahora se detectan diferencias orientadas a promocionar la salud con los componente de la autorresponsabilidad, la ciudadanía, la democracia y la libertad; lo social y cultural, dirigidos por la ciencia y la tecnología, poseionan una verdad y reclaman mayor participación funcional de otras disciplinas y agentes que se salen del dominio médico; a partir de allí se anuncia la escuela saludable, tema que será tratado a continuación.

4.7.3 La escuela: un lugar seguro y saludable

Si bien la promoción de la salud comenzó a cobrar visibilidad en la escuela, para este periodo de estudio, se instauró como una política mundial. A mediados de los años 90 del siglo

XX, la “escuela saludable” formó parte importante de las políticas en salud. Un ejemplo de esto tuvo lugar en 1994 en España, cuando se publicó la Ley de Salud Escolar (Ley 1/1994), en la cual se definía que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la comunidad escolar, debía proceder de los Centros de Atención Primaria de Salud. Igualmente, en el año 2008 en la República Democrática de Congo, se creó el programa “Aldea saludable, escuela saludable”, conformándose parte integral de la estrategia nacional con el apoyo de la UNICEF. Los requisitos definidos allí como pautas para ser saludable, fueron el acceso al agua potable, el saneamiento ambiental y el ejercicio de prácticas adecuadas de higiene¹²⁴.

Por su parte, en Colombia la escuela saludable se asumió bajo tres componentes de trabajo, los cuales tuvieron una clara semejanza con lo que se vivió en el último periodo de estudio, pero fusionando además temáticas como el medio ambiente, los servicios de salud y la educación en salud. El medio ambiente escolar y el entorno saludable fueron dos de los principales problemas, pues estos iban más allá del estado físico y estructural de la escuela, e incorporaban elementos constitutivos de las relaciones entre los individuos con el medio ambiente. El segundo componente se dirigía hacia la orientación y canalización de los servicios de salud y nutrición; la principal preocupación era la construcción de formas de acercamiento colectivas dentro de un contexto social y curricular. Así mismo, a partir de la salud y la nutrición se identificaba a la población susceptible de ser atendida en restaurantes escolares, para asegurarles otras formas de complementación alimentaria (Estrategia Escuelas Saludables, 2002).

A partir del tercer componente, la educación en salud, se pretendía configurar una cultura de la salud, como un elemento transversal en los proyectos pedagógicos. Dichos proyectos

¹²⁴ http://www.unicef.org/spanish/education/drcongo_58529.html

permitirían el desarrollo de hábitos saludables, basados en unos procesos pedagógicos y soportados bajo unas propuestas didácticas específicas. El desarrollo de estos ejes se llevó a cabo acorde con la dinámica propia de cada institución educativa y su plan educativo institucional o PEI (García, 2006).

A diferencia de los periodos antes analizados, durante el periodo estudiado específicamente en este capítulo, a la escuela le correspondió la formación de ciudadanos saludables. Para la OPS, la escuela saludable sería la herramienta integradora de las políticas sobre promoción de la salud en el ámbito escolar; esta fue concebida como institución con capacidad de coordinar y ejecutar políticas públicas de salud, educación y bienestar entre otras. Mediante ella, se convocó a todos los sectores y a la sociedad civil, con el propósito común de promover el desarrollo humano y social de la comunidad educativa, buscando además complementar y potencializar las responsabilidades de los diferentes actores de la sociedad civil, comprometidos en los ámbitos municipal, distrital, departamental y nacional¹²⁵.

La escuela saludable, se describió como un lugar seguro y saludable, en donde era agradable enseñar y aprender, lo que contribuyó a mejorar la calidad de la educación, y la eficiencia del sistema educativo (Entornos saludables, 2006). Tanto la educación como la salud, fueron integradas dentro de la escuela; las prácticas pedagógicas que allí se adelantaban, eran representativas de la manera como se articulaba la promoción de la salud. Desde antes, esto fue enunciado por el salubrista Henry Sigerist¹²⁶ (1945) cuando decía que: “la escuela es una de las

¹²⁵ Escuela Saludable: una herramienta para la paz. [En línea]: [citado 8 de septiembre de 2006] disponible en <http://www.col.opsoomsrg/juventudes/ESCUELASALUDABLE/07presentacion.html>.

¹²⁶ Henry Sigerist, (París, 1891–1957), el médico e historiador Francés, propuso en En 1945 cuatro grandes tareas para la Medicina, denominando la primera con el término de “Promoción de la Salud” y afirmó que:

instituciones más importantes de salud pública”. Cabe afirmar entonces que en el periodo que abarca este capítulo, la escuela fue más importante que nunca, ya no es sólo como centro de preocupación pedagógica, en el cual el maestro era su principal representante, como lo fue en los periodos estudiados anteriormente, sino también a partir de un proyecto que giraba en torno al componente pedagógico, aunado al componente de ambiente saludable y a la acción en salud.

En dicho proyecto los maestros participaban de manera permanente, promoviendo nuevas relaciones con la familia y su entorno, para que se llevaran a cabo prácticas de salud, acordes a las diseñadas curricularmente; así el maestro adquirió la designación de facilitador entre la escuela y los organismos gubernamentales e intersectoriales, para “garantizar” que se adelantaran las acciones de promoción y prevención, no solamente sobre los infantes, sino extendiéndose a la comunidad (Secretaría de Salud Pública, 2008).

Otro tema central de preocupación y debate dentro de la escuela saludable, fue el asunto del riesgo, especialmente en lo que se refiere a los riesgos propios del ciclo vital, así como los riesgos asociados a la salud y los riesgos sociales. En tal sentido, la escuela saludable fue entendida como una herramienta importante en el manejo social del riesgo, entendiéndose como un espacio vital en donde las personas que estudiaban y trabajaban, tenían la posibilidad de desarrollar todas sus capacidades, a partir de la creación de condiciones adecuadas para construir ciudadanos saludables; así, la higiene, la seguridad, la recreación y el deporte, ampliaron el campo para apoyar lo que se denominó como “formación integral”¹²⁷.

“la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación”.

¹²⁷ Se evidencia a través de los currículos la fuerza con que ingresa la escuela saludable. Los lineamientos curriculares para el preescolar (2004) enuncian que le corresponde a la institución educativa promover estilos de vida saludables y asegurarse de gestionar con otros sectores a nivel interdisciplinario e

De esa manera se visibilizaron nuevos conceptos, los cuales se ligaron al binomio salud-educación, para maximizar los resultados. Para esta época, los asuntos centrales eran el capital humano, la formación integral y los sujetos saludables, temas que aunque estaban bajo ópticas distintas, cobraron fuerza en el enfoque neoliberal. Igualmente, aunque lo económico, el desarrollo y la modernización se presentaron como una continuidad, sus finalidades adquirieron una línea de integración lo que, según palabras del profesor Álvarez (2013) “(...) transformó el modo de ser del poder y por tanto el modo de entender la función de la escuela y de la educación” (p. 145).

4.8 La promoción de la salud: un nuevo poder a la mano de la enfermería

La promoción de la salud cobró visibilidad en el trabajo de enfermería y constituyó el centro de sus reflexiones; este nuevo discurso abrió la posibilidad de cambiar los métodos curativos locales y la práctica médica experta, como única fuente de sabiduría y conocimiento, por otras que ampliaron su campo de acción, para combatir las enfermedades prevalentes y emergentes de una población; el grado de escolarización se constituyó entonces en el objeto que facilitaría la inclusión de la población a esta nueva pretensión.

interinstitucional. De igual manera en los Lineamiento Curriculares de Ciencias Sociales (1998) propone una serie de políticas en torno a la dinámica demográfica, la protección y fomento de la salud humana, el desarrollo sostenible, la lucha contra la deforestación (desertización, las sequías, etc.). Se afirma que hay que educar para que exista un sistema de salud que proteja a la población de la muerte prematura y la prevenga de enfermedades discapacitantes. Finalmente los lineamientos curriculares de educación física (1998) asumen que uno de sus objetivos es la formación para la preservación de la salud, a través de un balance entre el ejercicio físico y la nutrición y su tarea se desprende hacia la creación de hábitos deportivos para propender por estilos de vida activos y saludables.

Luego de las conferencias internacionales ya citadas sobre promoción de la salud, se destacó un movimiento mundial que pregonaba la necesidad de desarrollar un máximo de potencial en salud, en un proceso en el que se estrechaban los lazos entre educación y salud, al incorporar las habilidades y capacidades de los individuos, las condiciones sociales, ambientales y económicas como puntos claves para el trabajo de los países¹²⁸.

Aun cuando en los periodos anteriores se visibilizaron las prácticas de promoción, este nuevo discurso asoció otra manera particular de hablar y de ser cuando se propuso crear una cultura del autocuidado; fue reproducido especialmente por las enfermeras, quienes dentro de su trabajo les correspondía la acción de educar, que fue el eje principal de esta orientación.

La influencia norteamericana se sintió en la práctica profesional de la enfermería en Colombia. Las reformas en el sector de la salud requerían una enfermera con más capacidad “técnica, administrativa y científica” (MS, 1981, p. 10), para cuidar a la población, no sólo enferma sino saludable; sus principales prioridades constituían ahora en prevenir los riesgos y mantener la salud colectiva. Desde la década de los sesenta, el currículo básico de enfermería en Estados Unidos, venía con una orientación en salud pública y comunitaria, enseñada a partir de las necesidades de la familia, el trabajador en la fábrica y el niño en la escuela (Bryan y

¹²⁸ La atención primaria en salud involucró los siguientes aspectos para su desarrollo: la promoción y la prevención, dentro de los cuales se enfocaron en: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes; la promoción de la alimentación y de los nutrientes adecuados, el abastecimiento adecuado de agua potable y el saneamiento básico, así como la asistencia materno-infantil, incluyendo la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y la disponibilidad de medicamentos esenciales, citado por Tobar, Federico. (2001).

Taylor, 1961); para el caso colombiano, se convertía en fortaleza disciplinar al retomar dicho ejemplo para tomar liderazgo y posicionamiento, más cuando la influencia internacional provenía de dicha región, lo que hacía deseable su participación a escala mundial.

Fue entonces cuando la enfermería, en su intento por reconocerse como disciplina científica y salir del sometimiento en el que se había encontrado, comenzó una línea fuerte de trabajo y apropiándose de varios de los aspectos que habían sido desarrollados por las enfermeras norteamericanas, que permitían validar su trabajo y superar la etapa de profesión a disciplina, con un cuerpo teórico que se salía en gran parte del campo médico. Estudiosas como Virginia Henderson (1965), con el enfoque de necesidades básicas, Dorotea Orem (1958), con la propuesta de autocuidado, Hildegade Peplau (1964), con los modelos de interrelación y la educación como base fundamental del cuidado de enfermería, Marta Rogers (1970), con el ciclo vital, y muchas más que hicieron su emergencia en los ochenta, concretaron las líneas de trabajo de las enfermeras colombianas, que a principios de los años noventa, afianzaron los lazos con la APS, a medida que dichos saberes se expandían y tomaban un lugar en la intervención estatal.

Esta tendencia desató para el trabajo de la enfermera un nuevo tipo de relaciones en su propio campo; de una parte, la tensión entre el cuidado laico y religioso se había superado, cuando se aceptó que todo cuidado dispensado por enfermeras debía corresponder a una previa formación profesional, y fue así, que las religiosas que trabajaron como enfermeras, debían pasar por una institución educativa para recibir la formación con la orientación dominante para el periodo; de esta forma, la administración de los servicios de salud, pasó al mando de enfermeras laicas. Por otra parte, se hizo manifiesto el trabajo liberal de la enfermera, cuando al usar su derecho legal que le daba el título profesional, podía trabajar de manera independiente y cobrar

honorarios por los servicios prestados; este nuevo estatus fue luego ratificado por la ley 266 de 1996.

Todo este panorama constituyó el inicio de un poder que le dio otro lugar a la enfermera en el país, reclamada como profesional con un poco más de autonomía; el sustento teórico y científico lo bebió en gran parte de este nuevo discurso de la promoción y de la nueva disciplina que se estaba gestando, para elevar su trabajo a un nivel más independiente. Se apoyó en él para ejercer como profesional en todos los lugares propios de su ejercicio.

Por lo anterior, podemos afirmar que la estrategia de la APS, transformó las relaciones de saber y de poder entre las prácticas médicas y las prácticas de enfermería, cuando se encontraron más cercanas a las vivencias de la comunidad, a las racionalidades de los discursos de la promoción, y al ingreso de otras disciplinas para atender la salud de la población.

4.8.1 La práctica de enfermería en las reformas curriculares: hacia una cultura de autocuidado

Este periodo describe nuevas orientaciones para la práctica de enfermería. El *autocuidado*, proclamado por la promoción de la salud, se fue posesionando paulatinamente en el trabajo de las enfermeras: en el campo comunitario, en planes, programas y propuestas de cuidado, que obedecieron a cambios en la forma de su enseñanza.

Desde 1967, se había planteado la necesidad de definir los criterios para la enseñanza de enfermería en Colombia, con la orientación curricular de cubrir las áreas consideradas importantes por el sistema Nacional Salud. Para 1974, se concretó esta idea en una reunión llevada a cabo en Cali, bajo la dirección del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y la presencia de las once escuelas aprobadas por el ICFES; tal comisión dispuso

desarrollar una serie de talleres que dieran cuenta de los contenidos básicos de la enseñanza de enfermería, las cuales quedaron definidas por áreas médicas, así: psiquiatría y salud mental, materno infantil, médico quirúrgica, salud pública, epidemiología, administración de los servicios de enfermería y educación en enfermería (MS, 1976).

Para la ejecución de los talleres, se reunió a una serie de expertos en las once escuelas, para definir las tareas y actividades que debían desarrollar las enfermeras en cada área propuesta, a partir de objetivos instruccionales y contenidos programáticos, que se explicaron detalladamente bajo el nombre de: “enfoque globalizado ó por áreas”. Esta estructura curricular pretendía incluir “la totalidad del aprendizaje”, y concentrar todas las áreas desde un núcleo básico, pasando por un método dialéctico que diera cuenta del estudio del hombre, desde el nacimiento hasta la muerte, en relación a la salud, para culminar con un método operacional considerado experimental, basado en las necesidades del estudiante y su interés por los contenidos de la enseñanza (MS, 1976).

Cada curso fue teórico-práctico a partir de la atención de las necesidades básicas de salud, vigilancia epidemiológica, historia social y cultural de la enfermedad, y método científico en la atención de enfermería. Se pretendía con dicha formación, proyectar un enfoque “global” que diera cuenta del paciente, la familia y la comunidad, en los tres niveles de prevención y bajo la categoría de la triada ecológica: agente, huésped y medio ambiente; el componente educativo fue transversal en todo el currículo, al constituirse en parte integral de su formación (MS, 1976).

En los últimos años del decenio de los setenta y principios de los ochenta, los currículos giraron en función de aspiraciones no cumplidas como: formar el profesional que cada país necesita, integrar el "equipo de salud", trabajar con metodologías basadas en la auto instrucción y

evaluación formativa, alcanzar la integración docente-asistencial y el desarrollo de prácticas no sólo clínicas, sino también con grupos de la población (Najara, Agudelo, 2008).

Para los noventa, se asistió a reformas curriculares diversas y a experiencias educativas, que trataban de incorporar metodologías innovadoras, de acercarse al mundo del trabajo en salud, de flexibilizar los currículos, en los que la promoción de la salud, representó el eje transversal¹²⁹. Se contó para ello con una experiencia bastante extendida en esta década, con el apoyo de la fundación W.K. Kellogg.

Las reformas curriculares en enfermería transcurrieron de manera fundamental hacia el paradigma de la promoción; para O'Neill (1996), las enfermeras son el corazón de la práctica en la promoción de la salud, ellas son las principales dispensadoras de programas y de actividades dentro de este dominio, y la dimensión educativa, su rol fundamental. Éste constituye el primer elemento clave sobre sus intervenciones.

En alta correspondencia con las reformas de los sistemas de salud de este periodo y los enfoques que venían gestándose en la escuela y el hospital, se encontraban claramente articulados los programas de formación de las enfermeras, para que fueran en suma, los agentes del cambio y reproductoras de los valores, actitudes y comportamientos esperados para conformar al sujeto saludable. La puesta en escena de esta verdad, fue a su vez la legitimación de un saber, que se ocupó de cada sujeto en particular, para reproducir su conducta, de acuerdo con las propuestas de desarrollo que proponían en su momento las orientaciones del sistema.

¹²⁹ Un ejemplo de ello es el plan de estudios de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en donde las estructuras se organizan regularmente por líneas o componentes: Básico y Profesional- ubicándose los contenidos de: fundamentación y técnicas, cuidado de enfermería: al niño, escolar, adolescente, mujer, adulto y anciano, así como la gestión y educación, constituyendo la transversalización del currículo. Consultado EN: www.enfermeria.unal.edu.co

4.8.2 Preparación del recurso humano. Una necesidad evidente

El nuevo sistema de salud, convocó una clara división del trabajo para las áreas médicas, al encontrarse centradas en los sistemas de regionalización, distribución de recursos y canales de comunicación; para el caso concreto de la enfermería, esta división se vio reflejada en una dependencia jerárquica establecida dentro de su propio campo, originada por su nivel de formación, la cual estableció diferencias claras de trabajo en los tres niveles operativos de la estructura orgánica del sistema: nacional, regional, local y puestos de salud.

La preparación del recurso humano en salud como prioridad, significó para la enfermería, una movilización masiva para que los programas existentes avanzaran en la oferta de programas de mayor especialidad en las áreas consideradas prioritarias, dentro de las cuales, estaban los estudios en salud pública, que para 1972, habían alcanzado una cobertura del 41.8%, seguida de especialidades de orientación médica en obstetricia, pediatría, medicina interna, salud mental, gerontología, entre otras con menor proporción (MSP, 1985).

No obstante, la práctica de enfermería, continuaba su secuencia lógica con las políticas y programas diseñados en torno a los planes de desarrollo trazado desde la óptica nacional, por el MEN, ICFES, ACOFAEN, e internacional, auspiciado por las agencias internacionales como la OMS, OPS, OIT, entre otros, quienes desarrollaron un interés particular por el estudio del recurso humano de enfermería en el país¹³⁰. Mientras gran parte del recurso de enfermería se

¹³⁰ la OMS, inquieta por la disminución del personal de enfermería, del número de candidatos para estudiar la profesión y por las consecuencias que para el futuro esto ocasionaría, insta a los estados miembros a que tomen medidas para evitar la escasez de este personal en el futuro, a mejorar la calificación del personal de enfermería, a que estas sean nombradas en altos puestos de liderazgo y gestión, que apoyen la realización de investigaciones sobre métodos más eficaces para utilizar estos recursos humanos, y a que proporcionen el apoyo necesario a este personal para la realización de las actividades (OPS,1992).

concentraba en las ciudades más importantes, en la escuela, hospital y centros de enseñanza; las otras áreas presentaban déficit, sumado a la alta inmigración de profesionales a otros países, que según el Ministerio de Salud (1970), “se hacía especialmente a los Estado Unidos con el anhelo de obtener mayor retribución económica y mejor estatus profesional” (p. 25). Este panorama reclamó con urgencia un puesto en el debate del gobierno para dar una salida al déficit de personal.

Varios estudios asistidos por dichas agencias, se refirieron al recurso humano con que contaba el país; uno de ellos fue realizado en 1972, el cual estableció como prioridad: “(...) promover un desarrollo adecuado de la atención de enfermería y contribuir al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud” (MS, 1985, p. 18). Otro fue en 1985, con un macro diagnóstico, que concretó el iniciado en la década anterior, al proponer lo siguiente:

Poder armonizar con acciones la responsabilidad de enfermería en el ámbito del sector salud, ante el reto que hoy tiene Colombia. A partir de la situación actual se espera diseñar escenarios futuros que permitan lograr las metas y las estrategias para mejorar la calidad y la prestación oportuna de los servicios con relación a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no solo de las personas sino de la familia y comunidad (MS, 1985, p. 16).

La formación profesional en enfermería, dado el auge de las carreras universitarias, había incluido el nivel de maestrías ofertadas en Colombia, con un 8% de representatividad, y doctorados con el 1% fuera del país; mientras se mantenían en la base las enfermeras tecnológicas con tres años de estudio, así como las enfermeras generales que representaban el 50% y licenciadas con el 20%, con cuatro años de estudio (MS, 1970). En estas condiciones, el

recurso humano resultaba insuficiente, debido especialmente a que las escalas superiores comenzaban a ocupar cargos de dirección, administración y docencia, y las demás no alcanzaban el cubrimiento Nacional.

Se dio énfasis desde la década de los setenta a la preparación de auxiliares de enfermería, promotores de salud, ayudantes, comadronas y vigías de la salud. La figura de “vigías de la salud” adquirió legalidad bajo el decreto 1002 de 1984, como requisito para obtener el diploma de bachiller; este decreto señalaba que: “los alumnos deberán prestar a la comunidad por un tiempo no inferior a 80 horas de trabajo escolar, alguno de los servicios de alfabetización, de promoción de la comunidad...” (MEN. Diario Oficial 36615); este recurso humano en su conjunto, se hizo necesario por varias razones: la primera, como recurso, para cumplir tareas específicas en las áreas “desprotegidas”; la segunda, porque resultaba posible contratar mucho más personal a menor costo y así como última razón, se ampliaría la cobertura. Villarreal (1975), lo sustenta de la siguiente manera:

La atención en salud ha sido consagrada en el pasado por las costumbres y por las estructuras administrativas y educadoras de ese sector, como dominio casi exclusivo del médico. Esta distorsión que implica un desconocimiento de lo que ocurre realmente en la comunidad, es sin duda la causa principal del acelerado incremento de los costos en los servicios de salud y también de su crónica ineficiencia al estar fundamentado en un recurso costoso, escaso e irregularmente distribuido.

La creciente comprobación de que una gran proporción de las acciones de salud pueden ser eficientemente efectuadas por personal técnico y auxiliar, ha conducido a la toma de conciencia sobre la posibilidad y necesidad de reasignar funciones a los diferentes miembros del equipo de salud (p. 11).

La siguiente tabla resume como se asignó dicho recursos por niveles de atención:

Tabla 9.

Cargo	Descripción	Actividades a desarrollar	Nivel de Atención	Adiestramiento	Cobertura
Comadrona	Persona reconocida por la comunidad en habilidad de atención del parto y se sujeta a la supervisión y reglamentación del equipo de salud	Atención del parto normal en casa	Domiciliario en la casa	Recibe un adiestramiento mínimo de 6 semanas	Rural y ciudadano
Promotora de salud	Mujer residente en el área de 18 a 35 años de edad, con escolaridad mínima de 5° de primaria.	Realiza labores de promoción y prevención . Educación a la comunidad . Obtención de información sobre problemas de salud de la comunidad .	Comunitario	Recibe un adiestramiento inicial de 8 semanas.	Primer nivel de atención de casa. Segundo nivel de atención: puesto de salud.
Vigía de la salud	Estudiantes de secundaria, voluntarios de la Cruz Roja	Vigilancia y control sobre los casos de seis enfermedades	Comunitario	Aprende la información correspondiente de los seis estados mórbidos,	Primer nivel de Atención. Familias de escasos recursos con menores de

	Nacional, promotores de salud, Scouts, entre otros.	des: Diarrea, infección respiratoria aguda, mortalidad perinatal, desnutrición, falta de afecto a los niños y vacunación .		sobre la base de un manual diseñado para tal fin.	cinco años.
Auxiliar de enfermería	Persona que ha cursado un estudio para auxiliar de enfermería y mínimo segundo bachillerato.	Control prenatal, Control de pos parto. Recolección información estadística. Control del niño de bajo peso al nacer. Control preescolar. Educación a la comunidad . Supervisión de comadronas y promotores de salud.	Puestos de salud: primeros auxilios, inyectología, inmunizaciones, control prenatal, planificación familiar.	Adiestramiento de 8 semanas adicionales al estudio de auxiliar.	Primer nivel: casa Segundo nivel: puesto de salud. Tercer nivel: centro de salud. Cuarto nivel: Auxiliar hospitalaria.
Enfermera	Persona que ha cursado estudios para enfermera general.	Actividades docentes: comunidad , auxiliares de enfermería. Promotoras	Los tres niveles	Adiestramiento de 4 semanas adicionales al estudio de enfermería.	Los tres niveles de atención.

y
comadrona
s.
Administra
ción de los
servicios
de
enfermería.
Supervisión
de
programas.
Evaluación
y control

(MSP, 1977, p. 15-21), (Villarreal, 1975, p. 11-22), (Bersh, 1981).

Con este panorama se reafirmaba y apropiaba una mayor participación del gremio. Fueron en gran parte las enfermeras, las encargadas de llevar este nuevo código a todo el territorio nacional, al establecer un ejercicio biopolítico, por medio de la educación para la salud, la cual fue llevada en sus planes y programas a todos los rincones del país, en las diferentes posiciones jerárquicas de su estructura.

Para concluir este apartado, afirmamos que la relación entre la educación y la salud, se materializó en las estrategias que implementó la atención primaria en salud, cuando las políticas y programas de promoción y prevención, centraron sus acciones en cada municipio y localidad, para crear una cultura de autocuidado. Se trató entonces de un nuevo poder, que necesitó ser apropiado en principio por las enfermeras, y en general, por los agentes de la salud, para luego ser reproducido y reconocidos como verdad, creando en la población la necesidad de ser saludable.

Apoyados en los estudios de Foucault (2006b), podemos afirmar que la salud tiene un lugar en la gubernamentalidad y opera sobre ésta para producir verdades, con la cual trabajan en conjunto instituciones, expertos y disciplinas, configurando un dispositivo estratégico, para

dirigir la conducta de los individuos a manera de autogobierno, como una modalidad de regulación social. En ese sentido:

Todo un aparato de saberes e instituciones sociales va dirigido a identificar, clasificar y tipificar el grado de “anormalidad” de los individuos con el propósito de normalizarlos, modificarlos y acomodarlos a un orden social concebido por el discurso de una época (Vásquez, 2013, p. 62).

Estas medidas gubernamentales, no derivaron de un poder netamente estatal, su racionalidad procede de la manera en que cada sujeto respondió a ello “conscientemente” y reprodujo sus efectos cuando éste aceptó cambiar su conducta, demostrada en sus acciones diarias. Vemos en consecuencia que el autogobierno, a manera de autocuidado, configuró un nuevo sujeto que para este periodo se presentó como saludable.

Esta nueva posición (saludable), fue ratificada en la medida que se asumía un autocuidado, definido no sólo por la medicina, sino por las nuevas disciplinas sociales que rompieron las barreras anatómico-clínicas y presentaron una problemática con muchas más dimensiones.

La salud se percibió como un bien deseable y se naturalizó entre la conducta, el comportamiento y el autocuidado, bajo el racionamiento de medir el desarrollo social y económico del país: a mayor salud, mejores posibilidades de ascenso al desarrollo. La presencia de la ecología y el medio, pasaron a formar parte de los nuevos modos de ser, que mediaron entre la pobreza, estilos de vida y nivel de escolaridad, en tanto que el abordaje fue determinado por las características sociales.

5. Conclusiones

5.1 Aportes para el campo de la pedagogía

Este trabajo ha descrito al cuidado de la salud como un acontecimiento, marcado por giros históricos, relaciones de saber y de poder que permitieron entender la salud y la enfermedad en Colombia desde diferentes puntos de vista; fue justamente la prevención y la promoción de la salud los enunciados de la época que dieron sentido a lo que allí se había producido; la tarea pedagógica asumió diversas orientaciones de acuerdo al discurso predominante del periodo.

Vemos entonces a la población, asumiendo diferentes posiciones, a la hora de hablar de un estado de salud recomendable: sujeto higiénico, fue la primera posición que identificó el estudio, la cual estuvo marcada por la vigilancia y la disciplina, con normas precisas para ser reproducidas; luego, el sujeto saludable emergió con características distintas y responsabilidades nuevas, delimitadas por el discurso de la promoción de la salud.

Para el primer caso, los mecanismos disciplinarios pretendieron normalizar y homogenizar comportamientos higiénicos a través de la pedagogización de sus preceptos, para concebir sujetos limpios, dóciles y disciplinados; para el segundo caso, el poder fue ejercido a manera de autogobierno; cada sujeto interiorizó la norma y la reprodujo con un patrón pedagógico marcado por la flexibilidad y autogestión.

Siguiendo a Deleuze (1991) quien diferenció dos tipos de sociedades: disciplinarias y de control, podemos afirmar, desde la visión del autor, que la sociedad disciplinaria, caracterizó a un sujeto normativo, lo bastante rígido para lograr concertar mayor producción; la sociedad de control, se unió a nuevas libertades que impusieron formas de producción mucho más laxas pero

totalmente incluyentes, resaltando mayor importancia al producto como el motor del consumo y el mercado, a lo que se llamó desarrollo. En palabras del autor:

“no se trata de preguntar cuál régimen es más duro o más tolerable, ya que en cada uno de ellos se enfrentan las liberaciones y las servidumbres. Por ejemplo, en la crisis del hospital como lugar de encierro, la sectorización, los hospitales de día y la atención a domicilio pudieron marcar al principio nuevas libertades, pero también participan mecanismos de control que rivalizan con los más duros encierros (Deleuze, 1991;p2).

Se esperaba con estos nuevos sujetos (higiénicos y/o saludables), conformar la fuente principal de ingresos económicos para el país, toda vez que se afianzaban en una sociedad netamente modernista. La medicina por su parte, adoptó esta figura y se valió de la ciencia y la tecnología, para reproducir un saber que cambiaría el estatus rural que caracterizaba a la población colombiana, por uno urbano; la pedagogía hizo parte importante de este proceso, porque a través de su implementación se iban creando necesidades que estaban ya trazadas desde los planes de desarrollo del país.

En este orden, la relación salud y educación se fue legitimando en la medida que hizo visible la potencia de la práctica pedagógica en todos los periodos estudiados, desde los diferentes sujetos que la lideraron: maestro, enfermera y médico, y los discursos de la medicina que hicieron parte de ella: prevención, profilaxis y promoción.

La escuela y el hospital como lugares institucionalizados, formaron parte de una red educativa, que afianzaría al sujeto en sus diferentes posiciones (higiénico y saludable); cada periodo, marcó claras diferencias de alianza entre la salud y la educación, conforme se afianzaba el capitalismo y desaparecía el carácter nacionalista; las prácticas sanitarias

diversificadas y expansionistas se convirtieron en el principal instrumento bio-político, que llevaría a replantear el país en términos de adelanto, modernidad y modernización.

Este complejo movimiento de cambio de normalizador a autogestor, pasó ante el reclamo de menor intervención de los poderes médicos, institucionales (escuela y hospital), hasta lograr naturalizar la posición de saludable, la cual, se hizo no solo necesaria sino reclamada por la población; la pedagogía jugó un papel central en esta nueva condición, al salir del espacio escuela y vincularse al hospital para regular y educar al sujeto en términos de autorregulación del comportamiento, asunto que se denominó promoción de la salud.

Al respecto, nos documenta Ferreira (1986) que promocionar y promover encerraban aspectos puntuales: por una vía, los vocablos refirieron avance, elevación a una situación superior, ascensión, con nociones causales, originarias, que, al mismo tiempo, se tornaron en una instancia facilitadora; por otra, vinculó imágenes recurrentes de *marketing* como estímulo publicitario con vista a la divulgación y el consumo de ideales y puntos de vista. Lo anterior llevó a designar la salud como un concepto polisémico, explicado desde categorías cualitativas y cuantitativas que hizo su abordaje mucho más complejo.

Otra visión que logramos reconocer fue la del tipo productivista descrita por Namen y Col (2007), quienes afirmaron que el mundo ha tenido una alta tendencia “etnocitaria”, es decir, “destrucción sistemática de los modos de vida”, en donde se pasa de una sociedad industrial mecanicista en la que se piensa el sujeto como mano de obra, a una sociedad del conocimiento en el cual el cuerpo se invisibiliza y los sujetos pasan a ser: mente-cerebro-máquina; la sociedad moderna demanda cambios en los modelos de organización, que hoy se enmarcan en un modelo de flexibilización y productividad acoplado a la necesidad de dinamizar el mercado mundial ampliamente favorecido por las tecnologías.

En este sentido, las nuevas miradas sobre el mundo hoy, ponen en tensión a la salud, cuando se intentó configurar al sujeto como saludable, con nuevas características que se salieron de la participación médica. Las nuevas disciplinas emergentes descritas en el estudio, garantizaron nuevos poderes que afianzaron a las sociedades de control; cada vez la exigencia fue mayor cuando se negó a la enfermedad y se solicitó mayores capacidades y habilidades para competir con formas de gestión globalizadas.

Las practicas pedagógicas de la higienización: Gobernar es sanificar 1920-1937.

Desde los acontecimientos mismos se ha descrito en este periodo cómo se fue configurando el campo de la salud como un proyecto pedagógico en Colombia, en un universo disperso que traspasó su propio campo y se constituyó en una forma de vida colombiana, con el ánimo de consolidar los proyectos sociopolíticos Nacionales.

Dotar de una vida higiénica al sujeto, elevar la cultura y la moral, luchar contra las enfermedades, mejorar la raza, fueron algunos de los aspectos trabajados en este periodo para reafirmar el nacionalismo e ingresar a las puertas del progreso.

Pueblo, higiene y raza conformaron los puntos centrales de estudio en la perspectiva de atraso del país y gran parte de la problemática fue atribuida a las enfermedades, las epidemias que desataron las más duras tensiones con la medicina, la política y la economía, principalmente; se consideró urgente atender la enfermedad por cuanto ocasionaba alta desestabilidad para el progreso y retraso al ingreso de la modernidad; el comercio e intercambio de divisas se veía amenazado.

Tarea que no fue fácil asumir; pensar en un proyecto político-higiénico de tan grandes pretensiones era intentar cambiar la realidad de un país rural por uno urbano, más cuando ello implicaba transformar las relaciones del hombre con su entorno, cultura y formas de vida; un informe en la Revista Alma Nacional nos ilustra al respecto:

Se necesita transformar la mentalidad ancestral de los pueblos y luchar contra la indiferencia manifiesta que ellos oponen con dura resistencia a todo cuanto significa modificar sus costumbres malsanas y hábitos perniciosos a la salud. (Revista Alma Nacional, Julio 29,1936 N°5; p68)

La presencia de enfermedades, legitimó para la medicina y el estado el poder del cambio, amparado por la ciencia y los debates eugenésicos, justificó sus acciones medicalizadoras creando nuevas formas gobierno;

Mejorar la cultura de las clases inferiores, dotar de medios de vida higiénica a las poblaciones de las ciudades y de los campos, elevar el nivel moral y material de los progenitores, luchar efectivamente contra las grandes plagas sociales: el alcoholismo, la tuberculosis, la sífilis, el juego, son las condiciones esenciales para influir decisivamente sobre el perfeccionamiento de nuestra raza. (Revista Alma Nacional, Julio 29,1936 N°5; 68)

Estas posturas fueron la base para llevar la sanidad a todo el territorio nacional, que unido al concepto de higiene (viviendas, hogares, puertos, escuela, hospital, fabrica, etc.) se impuso como poder disciplinario; los sujetos como la madre en hogar, el niño en la escuela, el enfermo

en el hospital, agrupados como población constituyeron el principal centro de interés, que en palabras del profesor Álvarez (2013): “ (...) el problema de gobierno se convirtió en un asunto poblacional” (p150).

El médico, el maestro y la enfermera representaron la fuerza higienizadora del periodo; como emisarios de la higiene llevaron en unísono la voz pedagógica para contrastar el movimiento higienizador con la fuerza de su ejercicio sobre la población; siguiendo a Deleuze (1991) sobre las diferencias entre sociedades disciplinarias y sociedades de control, refiere que fue precisamente Foucault quien situó las sociedades disciplinarias entre los siglos XVIII y XIX alcanzando su máxima expresión a comienzos del siglo XX; éstas se organizaron en espacios de encierro; (escuela, hospital, familia, prisión, etc); el poder se ocupó de la vida de cada sujeto para vigilar y normalizar sus comportamientos.

Si antes los estados soberanos se preocupaban por “organizar la producción y decidir la muerte”, para esta nueva sociedad lo importante era administrar la vida en términos de “concentrar, repartir en el espacio, ordenar en el tiempo, componer en el espacio-tiempo una fuerza productiva cuyo efecto debía ser superior a la suma de las fuerzas elementales” (Deleuze, 1991; 1)

El sujeto higiénico se convirtió en un asunto biopolítico¹³¹ en la medida que la higiene estableció su poder regulatorio y se apropió para el gobierno de los otros; Higiene, escolarización

¹³¹ Para mayor comprensión de la noción de biopolítica descrita por Foucault, Vásquez (2013) lo aclara de la siguiente forma: “Foucault apunta a una tecnología de poder ejercida y configuradora de un sujeto. El biopoder en Foucault debe ser analizado en dos niveles: por un lado, se encuentra el poder disciplinario y por otro el poder regulatorio. En el primer caso, el objetivo es el cuerpo del ‘hombre’, donde su blanco es el conocimiento, poder y subyugación a través de instituciones como la escuela, la prisión, hospitales, ejércitos y todos aquellos organismos que describió detalladamente Foucault en sus taxonomías de las instituciones. En este primer nivel, las tácticas utilizadas para el disciplinamiento dicen relación con estudios y prácticas criminalísticas, y educacionales. En segundo lugar, está el poder regulatorio (biopolítica) cuyo objetivo ya no es individual si no social, se ocupa de la población y de la raza bajo consideraciones no sólo conductuales, sino también biológicas e higiénicas, La institución por excelencia definida por Foucault para realizar este tipo de regulación es el

y nutrición conformaron la triada que posesionó un sistema disciplinado, operado desde la prevención y la profilaxis como el dispositivo que lograría un cambio de comportamientos a través de la pedagogización de sus preceptos.

“gobernar es sanificar” fue el enunciado que hizo posible pensar en civilidad ante el anuncio de aspiraciones modernas: urbanismo, tierra, trabajo, higiene y letras; se intentó hacer el giro de una sociedad delimitada en la ignorancia, la suciedad y el delito, por una higiénica, culta y productiva, con sujetos dispuestos y aptos para apoyar el progreso nacional.

La práctica pedagógica en la reconfiguración del cuidado. 1938-1970

Los problemas de salud -enfermedad adquirieron otra visión al vincular las nociones de pobreza, nivel de vida, calidad de vida, bienestar e índices de analfabetismo, que resultaron incluyentes, cuando la estadística y la epidemiología se ocuparon de sus mediciones y estimaciones vitales.

Fue un periodo marcado por reformas tanto para el sector salud como el sistema educativo; éstas se vieron unidas trabajando para el desarrollo sostenible del país. Un nivel de salud aceptable se daba unido a la escolarización de diversas maneras: primero porque facilitaba el aprendizaje y representaban mayores oportunidades de ascenso social y económico; segundo, se daba por sentado un bien-estar, si los pobladores alcanzaba la estandarización señalada por las variables de calidad de vida y tercero porque se esperaba que una población alfabetizada comprendiera y asumiera con mayor claridad los cánones de la salud ; para llegar a concretar

Estado, a través de prácticas demográficas, sociológicas, políticas de migración, de longevidad y de salud pública” (p63).

tales aspiraciones fue necesario combinar una serie de variables que respondían a capital, consumo y poder adquisitivo lo que le dio la potencia para evocar una transformación social.

La práctica pedagógica reforzó la necesidad de un sujeto higiénico con mayores expectativas para ser reconocido socialmente; este asunto, lo social, adquirió fuerza en los discursos de la atención primaria en salud y fue en parte lo que hizo que cambiara la orientación de la acción pedagógica, en la medida que el riesgo y el medio fueron su principal centro de interés.

De ahí que el cuidado de los otros se reforzó con las políticas y programas de gobierno al crear una voluntad colectiva de ser saludables, lo que modificaría las oportunidades en el aprendizaje para mejorar el desempeño social y productivo. El Estado intervencionista proporcionaría los medios necesarios para que ello fuera posible: mayor tecnificación, urbanización, condiciones básicas de salud, capacitación técnica, entre otros.

Salud y educación visibilizaron un interés común al ocupar un lugar en el hospital y la escuela; Se pasa de un diagrama disciplinar a uno de gestión sobre la vida. La participación de nuevos agentes fue precisa para expandir el conocimiento de la higiene, unida a otras nociones como el riesgo, calidad de vida, los cuales desdibujaron a la enfermedad al tiempo que se implementaban nuevos sistemas de control como el llamado sistema de seguridad social.

Medir, cuantificar y planear fueron la base de intervención y sobre estas nociones se propuso la atención primaria en Salud (APS), la cual llevaba implícito la tarea educativa como motor del desarrollo del país. Persiste el sujeto higiénico con una clara tendencia saludable al cuestionar sus modos y estilos de vida y constituirse en el centro de atención como asunto biopolítico

La acción medicalizadora dispensada por los médicos, maestros y enfermeras no fue suficiente, los adelantos científicos y las tecnologías pedían mayor apertura en tanto la medicalización se complejizaba. La emergencia de nuevas carreras, así como de escuelas, hizo necesaria la respuesta a los planes de desarrollo que se había iniciado en el país.

4. Las prácticas de salud: una pedagogía de autogobierno 1970-1990

La categoría saludable emerge en este periodo como un proyecto educativo, cuya pedagogía da cuenta de un auto gobierno ejercido por el sujeto, éste adquiere el estatus de saludable cuando es capaz de reproducir en términos del comportamiento sus preceptos; el giro se impone cuando la promoción de la salud se anuncia como motor de desarrollo de los países, y se integran las categorías de capital humano y social, a la economía de la salud.

La expansión de la economía mundial, el consumo versus capital, el rompimiento de fronteras, marcó otros caminos para la salud; el valor económico de la salud se planteó como el principio fundamental de rendimiento del capital humano, el cual representó el poder económico que jalonaría a la higiene para posesionarla como una ciencia utilitaria, positivista, de resultados exactos e incuestionables; se mostraba de manera insistente sus resultados en términos de: elevación del promedio de vida, mayor rendimiento en el trabajo, disminución de la tasa de mortalidad infantil, menor tasa de analfabetismo y desnutrición, entre otras.

Escuela y hospital conformaron los espacios estratégicos que hicieron posible el cruce de tres saberes: la economía, la salud y la educación; tríada que se vio emerger con fuerza en este periodo; La salud ya no es la ausencia de enfermedad sino un modo de vida saludable, se anudan así los tres saberes: salud, educación y economía.

Fue el comienzo de una sociedad saludable, con metas claras de integración a través de la educación y el autocuidado; no obstante a pesar del intento por mostrar mejoría en los indicadores y estimaciones vitales, el tema de la inequidad, desnutrición y enfermedad, entre otros, seguía siendo un problema social mucho más marcado y sentido por la sociedad ahora moderna.

La preparación del recurso humano se hizo necesaria, en tanto la extensión de la promoción se hacía a mayor escala; el plan Nacional de Salud proyectó un trabajo en población para todas las zonas del país, que consistió en implementar acciones de promoción, al tiempo que las declaraciones mundiales mostraban con claridad la necesidad de articular, desarrollo, capital, educación y salud.

Enfermería por su parte, orientó su trabajo bajo esta perspectiva y mostró avances desde su propio campo como fue adquirir mayor autonomía para trabajar con la población susceptible de ser saludable; se hizo claro los diferentes niveles de formación para alcanzar tal extensión participativa e inclusiva en el marco de la promoción de la salud.

Queda para posteriores investigaciones continuar indagando el siguiente periodo, el cual tuvo un giro importante, cuando se reorganizó el sistema de salud en Colombia a través de la ley 100 de 1993; Este cambio de orientación, fue considerado por muchos autores un acontecimiento para la atención de la salud en el país; Sin embargo para nuestro estudio, queda la sospecha que fue una continuidad de lo que venía sucediendo, cuando en los objetivos propuestos se afianzó con mayor fuerza la economía de la salud; “eficiencia, competencia y solidaridad” fueron las nociones que se propusieron para cumplir con mayor “eficiencia, calidad y cobertura” la atención en salud en el país. (Ley 100 de 1993).

6. Referencias

"Academias de Medicina y crecimiento demográfico". (9 de agosto de 1968). Revista Nueva Frontera.

Banco Mundial y la Educación Boletín Bretton Woods N° 20 February. ((2006)). Obtenido de Banco Mundial y la Educación Boletín Bretton Woods N° 20 February: <http://www.brettonwoodsproject.org/art.shtml?x=523478>

"Circular emitida por el Señor Director de la Comisión Sanitaria" Parmenio Cárdenas, Gobernador del Departamento de Cundinamarca-Gobernación-Bogotá,. ((1937d)). Revista de Higiene. Órgano del Departamento de Higiene (11).

"Conferencias de higiene" dictadas por el doctor Abelardo Arango, profesor de la escuela Normal de Institutores de Antioquia. (Junio de 1935). Revista Alma Nacional, III (2). Medellín, Colombia.

"Educación higienista". (Diciembre MCMXV de 1940). Revista Cultura, X (2). Bogotá.

"Educación Popular sobre problemas higiénicos y sanitarios". (Septiembre-Octubre de (1940b)). Revista de Higiene (9 y 10), Año XXI.

"Educación popular sobre problemas higiénicos y sanitarios". (Septiembre-octubre de (1940b)). Revista de higiene (9 y 10), Año XXI.

"El Problema de la Seguridad". (1943). Revista anales de Economía y Estadística". Revista de la Contraloría General de la República. , Tomo VI (21-22). Colombia.

(1940). "Enseñanza Primaria" Informe de Educación 1939. Dirección de Educación Pública. Archivo Posada UPTC.

"Es mejor prevenir que curar". (1940). Revista salud y sanidad. Órgano de Divulgación del Ministerio de trabajo, higiene y previsión Social (95 a 100) , Año VIII, 3-23. Bogotá, Colombia.

"Escuela para Anormales". (1933b). Revista Alma Nacional, Revista mensual de educación, 16-17. Medellín, Colombia.

"Estadísticas Educativas". (Julio a diciembre de 1949). Revista Anales de Economía y estadística". Revista de la Contraloría General de la República. (55-60 Segunda época) . Colombia.

"Estatutos de la Aldea Colombiana". Luis López de Meza. . (Agosto de 1932). Revista Alma Nacional, II.

"Instituto de asistencia médico-social del niño. (Enero-abril de (1935c)). Revista de Higiene (1-91), Año XVI.

"La explosión demográfica y la conferencia de Bucarest". (26 de octubre de 1974). Revista Nueva Frontera.

"Las causas que imposibilitan el adelanto en Colombia" Conferencia dictada por el doctor Laurentino Muñoz en la Sociedad de Agricultores de Colombia. (8 de febrero-marzo de (1940b)). (10).

"Ley 48 del 19 de Diciembre de 1945, por la cual se fomenta la creación de Colegios mayores de Cultura Femenina". (Miércoles 19 de diciembre de 1945). Diario Oficial Número 26014.

"Ley 51 del congreso de la república de 1898 de 15 de Diciembre. (4 de noviembre de 1904). Periódico la Voz de Job Órgano de los intereses de los enfermos del Lazareto de Agua de Dios (1). República de Colombia.

"Ley 54 de 1931, abril 18 del congreso de Colombia, "por el cual se crean algunos orfanatos, escuela de artes y oficios, secciones de policía colonizadora y se dan facultades al gobierno para organizar aduanas en las regiones Amazónicas". (Miércoles 29 de abril de 1931). Diario Oficial 21676.

"Ley 87 del 26 de diciembre de 1946, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones". (Lunes 30 de diciembre de 1946). Diario Oficial Número 26317. Bogotá.

"memorándum para la preparación de enfermeras de sanidad Militar de la República de Colombia". (s.f.). Revista Colombiana de pediatría y puericultura. Bogotá.

"Panorama agrícola y económico de Colombia". (Abril de 1945). Revista Económica, Director Benjamín Triana, 4 (37).

"Política e Higiene". (1942). "Revista Anales de Economía y Estadística", Tomo V (15).

"Primer Congreso Latinoamericano de hospitales". (Noviembre y diciembre de (1940c)). Revista de Higiene (12).

"Programa de labores domésticas. Escuelas medias y superiores". (1926). El Maestro de Escuela.

"Reglamento de la sección de protección infantil del Departamento Nacional de Higiene". (Enero-abril de 1935). Revista de higiene (1-4).

"Sanidad Rural" Informe presentado por el doctor George Bebiera a los miembros del comité de Higiene Rural de la Cruz Roja Colombiana. (Febrero de 1933). Revista de Higiene, Numero 2 Año XIV.

"Servicio de Sanidad". (1903). Boletín Militar de Colombia. Órgano del Ministerio de Guerra y de ejército, Tomo II (Serie VIII XN).

(1981), B. D. (1981). Manual de Vigía de la Salud por la supervivencia y el desarrollo infantil. (U. d. Antioquia, Ed.)

((2007b)). Nacimiento de la Biopolítica. Buenos aires, FCE.

100 Momentos que marcaron el Mundo Contemporáneo (Vol. Tomo 1). (2013). Bogotá, Colombia: Aguilar Prisa Ediciones.

(18 de noviembre de 1903). Periódico Patria Semanario fundado en defensa de la integridad Nacional y de la S. (V. O. Camacho, Recopilador) República de Colombia.

(1984). Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a34.pdf>.

(2007). Arqueología del saber. Siglo XXI Editores.

Alejandro, Á. (2010a). Formación de Nación y Educación. Colección Culturas Pedagógicas. (S. d. editores, Ed.) Bogotá, Colombia.

Alejandro, Á. ((2010a). Formación de Nación y Educación. Colección Culturas Pedagógicas. (S. d. Hombres, Ed.) Bogotá, Colombia.

Alfonso, C. (1920). Higiene de las Escuelas. Medellín: Imprenta oficial.

Alfonso, d. (1944). Contribución al Estudio de los problemas sanitarios de Cúcuta. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía. (U. N. medicina, Ed.) República de Colombia: Archivo posada UPTC.

Alimentación y nutrición en Colombia. (1941). Bogotá: Cromos.

Almeida, C. (1999). Reforma do Estado e Reforma de Sistema de Saúde: Experiencias Internacionais e tendencias de mudanca. *Ciencia & Saúde Colectiva.* , 4(2): 263-286.

Antioquia, U. d. (Ed.). (s.f.). Grupo de economía de la Salud (GES). Centro de Investigaciones Económicas. Bogotá.

Antonio, A. d. (1975). O dilema Preventivista Contribucao para a compreensao e crítica da medicina preventiva. Tese de Doctorado apresentada a Faculdade de Ciencias Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Arias, E. (2005). Los Objetivos de los Planes Nacionales de Desarrollo y sus resultados en el desarrollo Nacional. Trabajo presentado a la Academia Colombiana de ciencias Económicas para optar a la calidad de Miembro Correspondiente. Bogotá, Colombia.

Armus, D. (2002). La Enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna. *Revista Asclepio.* , LIV (2) .

ARMUS, D. (2004). legados y Tendencias en la Historiografía sobre la Enfermedad en América Latina Moderna. EN: higienizar, medicar ,gobernar. *Historia, Medicina y Sociedad en Colombia.* Grupo de Investigación Historia de la Salud. (U. N. Colombia., Ed.) Medellín, Colombia.

ARMUS, D. (2004). Legados y Tendencias en la Historiografía sobre la Enfermedad en América Latina Moderna. EN: Higienizar, medicar, gobernar, Medicina y sociedad en Colombia. Grupo de Investigación Historia de la salud. (U. N. Colombia., Ed.) Medellín, Colombia.

Arturo Vergara Uribe. (Marzo de 1941). "Primer Congreso hospitalario en Colombia". En Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura. Bogotá.

Arturo, B. (1936). "El estado y protección de la infancia". Revista Alma Nacional, III (5).

Arturo, B. (1935). El Estado y protección de la Infancia. En Revista Alma Nacional, III.

Asociación Colombiana de Facultades y Escuela de Enfermería. (Marzo de 2004).

ACOFAN (2004). ACOFAN 35 Años. Bogotá, Colombia.

Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería ACOFAN 35 años. (Marzo de 2004). ACOFAN 35 Años. Bogotá, Colombia.

Attewell, A. (Marzo de 1998). Florence Nightingale (1820-1910). EN: Perspectivas Revista trimestral de educación Comparada, XXVIII,nº1 , 173-189. ((París UNESCO: Oficina Internacional de Educación), Ed.)

Ávila, M. (Abril-junio. de 2009). Hacia una Nueva Salud Pública: Determinantes de la salud. Revista Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos. , 51(2).

Ban ki Moon. Secretario general de las Naciones Unidas. (2010). OMS(2010). Estrategia mundial de la salud de las mujeres y los niños. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de http://www.who.int/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf.

Barberi, J. I. (1913). Manual de Enfermeras. Primer Curso. Nociones de anatomía, fisiología e higiene. (I. C. Imprenta Eléctrica, Ed.) Bogotá.

Becker, G. S. (1983). Human Capital. Atheoretical and empirical analysis, with special reference to education.(versión traducida). Columbia, New York.: El Capital Humano, Alianza, Madrid .

Beckert, G. (1964). Teoría del Capital Humano. Segunda edición, 15-251. Madrid, España: Alianza Editorial, S. A.

Bejarano, J. (. La obra de la cruz Roja Nacional. Informe del presidente del Comité Nacional de la Cruz Roja. Bogotá: Litografía Regina.

Bejarano, j. (1991). Industrialización y Política económica. EN: Colombia hoy, Perspectivas hacia el siglo XXI. Dirección Jorge Orlando Melo. Disponible en Biblioteca virtual Luis Ángel Arango.

Bejarano, J. ((1934)). La obra de la Cruz Roja Nacional. Informe del presidente del comité Nacional de la cruz Roja. (L. Regina, Ed.) Bogotá.

Bevier, G. ((1950b)). "Enseñanza Rural". Revista de Higiene. Órgano del Ministerio de Higiene , Tomo V24 (4) . Colombia.

Bidegain, A. (1955). Iglesia, pueblo y política. Un estudio de Conflictos de Intereses, 1930-1955. (f. d. Pontificia Universidad Javeriana, Ed.) Colombia.

Bogotá., A. M. (Ed.). (2013). las Ciencias Sociales en Colombia. Genealogías Pedagógicas. Serie Investigación IDEP. Instituto para la investigación educativa y el Desarrollo Pedagógico.

Boltanski, É. (. La medicina Escolar. (B. d. Paideía, Ed.) Barcelona: .Planeta.

Bourdieu, P. (1980). "El Capital Social. Apuntes Provisionales". EN: Zona abierta (94-95. 2001) , 83-87. Madrid.

Brofenbrenner, U. (1976). The ecology of human development. history and perspectives. Psychologia. , 19(5) 537-549.

Brown, A. (1958). Enfermería Médica.Traducida por los doctores, Homero Vela y Joaquín Sanz. México: Interamericana.

Bryan, D. y. (1961). Aspects of public Health Nursing. World Health Organization.Palais des Nations. Genova.

Bryan, D., & Taylor, M. ((1961)). aspects of public Health Nursing. World Health Organization. Palais des Nations. Genova.

Caicedo, J. J. (1940). Legislación sobre campaña antituberculosa nacional. Dispensarios, salas de hospitalización, sanatorios, hospitales, etc.) En Ministerio de trabajo, higiene y previsión Social. Sección de lucha antituberculosa. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.

Calvo Haroldo et, a. (1980). El Nuevo Enfoque de la salud en Colombia. Un reto y una progresiva realidad. Bogotá , Colombia.

Calvo, H. (15 de julio de 1975). Sinopsis del Primer Encuentro Nacional para la Planificación del Sector Salud. Desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Documento Oficial ISNS-3. (M. d. Pública., Ed.) Bogotá, Colombia.

Camilo, A. (1944). Normas para una Campaña Antipalúdica. Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. (U. N. Medicina, Ed.) República de Colombia: El Gráfico Archivo Posada UPTC.

Carlos, M. (1923). La Educación Higiénica y Nuestra Escuela Primaria. (F. d. Universidad Nacional, Ed.) Bogotá: Casa Editorial Minerva.

Carrizosa Valenzuela, J. (1932). Memoria del Ministro de Educación Nacional al Congreso de 1932. (I. Nacional, Ed.) Bogotá, Colombia.

Cartilla Higiene y salud. (1966). Para los Cinco grados de Enseñanza primaria, de acuerdo con los programas Oficiales vigentes. Colombia: Voluntad. Ltda.

Catalina, R. (1995). Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX. El hogar y el trabajo, escenarios de mayores transformaciones. EN: Revista credencial de historia número 68 .

Cecilia, G. (1975). La Seguridad Social en el Sector Público. EN: Revista Seguridad Social. Sección II. Estudios sobre Seguridad Social.

Ceitin, J. (1978). Medicina de la comunidad. Un programa de Enseñanza aprendizaje en América Latina y el Caribe. (F. P. editoriales, Ed.) Bogotá, Colombia.

CEPAL. (1996). Transformación Productiva con Equidad. La Tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los Años noventa. (C. E. Chile, Ed.) Bogotá, Colombia.

César, G. J. (1972). La Educación Médica en América Latina. (O. P. N°255), Ed.) Washington D.C.

Chacón Hernández, C. (diciembre de 1943). "Contribución al Estudio de los Problemas Sanitarios de Pamplona". Revista de la Facultad de Medicina, XII (6), 304. (U. N. Colombia, Ed.)

Christopher, A. (1920-). Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990. (I. d. Colombia, Ed.)

Christopher, A. (1996). Ensayos de Historia de la salud en Colombia: 1920-1990. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. (U. N. Colombia, Ed.)

Climet, C. e. (1975). Salud y Comportamiento. Aborto, Drogadicción y ética. Bogotá, Colombia: Norma.

COLCIENCIAS (Ed.). ((2010b)). La Historia de la Práctica Pedagógica: Una Opción teórico-política. Documento Inédito que hace parte de las reflexiones adelantadas en el Grupo de Historia de la Práctica Pedagógica a propósito de la Investigación que se adelanta actualmente: Paradigmas y Conceptos de la Pedagogía en Colombia 1970-2000. .

Colciencias, U. d. (Ed.). (s.f.). El humanismo de Mutis, proyección y Vigencia. EN. José Celestino Mutis ante la higiene pública. , 98. Santa Fé de Bogotá: Ediciones Rosaristas.

Colombia, P. d. (Ed.). (1948). "Ley 25 de 1948 por el cual se reglamentan las escuelas de Servicio Social". Diario Oficial año LXXXIX (227973).

Colombia, P. d. (Ed.). (Martes 18 de diciembre de 1923). Decreto número 1701 de 1923 (13 de diciembre), por el cual se reglamenta la Ley 15 de 1923.

Colombia, P. d. (Ed.). (1968). Decreto 3167 de 1968, por medio del cual se organiza el Departamento Administrativo Nacional de Estadística" Estatuto Orgánico del DANE.

Colombia., U. N. (Ed.). (s.f.). Legados y tendencias en la historiografía sobre la Enfermedad en América Latina Moderna. EN: higienizar, medicar, gobernar. . Historia, Medicina y Sociedad en Colombia. Grupo de Investigación Historia de la salud. Medellín.

Colombia., U. P. (Ed.). ((2010c)). Aporte para un debate Sobre el estatuto Teórico de la Pedagogía. Grupo de Historia de la Práctica Pedagógica en Colombia. Documento Inédito.

Concha, R. (1940). El Hogar Modelo. Salud y Sanidad. Órgano de Divulgación del ministerio de Trabajo, higiene y Previsión Social. (Año VIII ed.).

Concha, R. ((1940b)). Mejor es Prevenir que Curar. Salud y Sanidad. Órgano de Divulgación del Ministerio de Trabajo, Higiene y previsión social (Año VIII ed.).

Conclusiones adoptadas por la conferencia de leprólogos reunida en la ciudad de Bogotá, por invitación del Departamento Nacional de Higiene el 10 de Marzo de 1932. (Agosto de 1932). Revista de Higiene (segunda época N°8) , Año XIII. Bogotá.

Daniel, P. (1987). Orden y Violencia: Colombia 1930-1954. II. Colombia: Siglo veintiuno editores.

De Carlos E. Restrepo a Marco Fidel Suárez. Republicanismo y gobiernos conservadores. Nueva Historia de Colombia. (1989). Bogotá.

Decreto 222 de 1897 sobre la Aplicación de la ley 59 de 1896 relativa al fomento de Escuela de Artes y Oficios. (11 de junio de 1897). Diario Oficial 10362.

Decreto1244 de octubre, 1905 de la Presidencia de la República por el cual se dictan algunas disposiciones sobre escuelas Normales. (Jueves 2 de noviembre de 1905). Diario Oficial 12487.

Departamento Nacional de Higiene, s. d. (Ed.). (Abril de 1932). "Escuela Higiénica".
Revista de Salud y sanidad, Mejor es prevenir que curar, Año 1. Bogotá: Archivo Posada
UPTC.

Departamento Nacional de Higiene, s. d. (Ed.). (Marzo de 1932). "Nuestro Propósito:
Mejor es prevenir que curar". Revista de Salud y Sanidad Publicación del Departamento
Nacional de Higiene, (Año 1), Archivo Posada UPTC. Bogotá.

Desarrollo del programa respectivo para el ciclo de educación normalista. (1972).
Educación para la Salud Colección didáctica y magisterio. Voluntad.

Duque, H. (1989). Comportamiento y Salud 1: Grado 10 (Ediciones Paulinas. ed.). Bogotá,
Colombia.

Duván Borda, G. (1897). Programa que presenta la Primera Comisión de la Junta Central
de Higiene. Revista de Higiene, Órgano de la Junta Central de higiene. (3).

Echeverry, A. (1997). Hacia una pedagogía de la subjetivación. Obtenido de Aula Virtual:
virtual.ustadistancia.edu.co/resource/view.php?id=53631

Ecological models of human development. . (s.f.). EN: International encyclopedia of
education. , 3,2nd. Elsevier sciences, Ltd.;

Economía de la Salud. Antecedentes y perspectivas. (2008). revista académica e
institucional de la UCP. (73). Risaralda Quindío.

Económico., F. d. (Ed.). (2001). Defender la Sociedad. Curso en el colege de France
(1975-1976). . Argentina.

Educación Física y biopolítica: Un asunto de género en la escuela colombiana. (s.f.). EN: Scharagrodsky, P.A (Comp) La invención del homo gymnasticus. Fragmentos históricos sobre la educación de los cuerpos en movimiento en occidente. Buenos Aires, Argentina: Prometeo libros.

Education, R. w. (Ed.). (1994). Ecological models of human development. IN: International Encyclopedia of education. , 3, 2nd. Ed. , Ed. 1643-1647. Oxford: England: Elsevier Sciences.

El Cuartel, escuela de la Patria. (1900b). Boletín Militar órgano del Ministerio de Guerra y de Ejército (166).

El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada Médica. ((2006a)). Edición en Español. Siglo veintiuno Editores.

Engel, A. (Enero-Abril de 1935). "Directivas para la profilaxis de las infecciones en los hospitales". Revista de Higiene (1-4), año XVI.

Escobar, A. (2005). "El Postdesarrollo" como concepto y práctica social. EN: Daniel Mato (Coord.), Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización. , 17-31. (U. C. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Ed.) Caracas.

Escobar, A. e. (2004). Atlas histórico de Bogotá 1538-1910. Bogotá, Colombia.: Planeta en asocio con la Corporación la Candelaria.

Escudero, J. (1984). "la Renovación Pedagógica: Algunas perspectivas Teóricas y prácticas". EN: Escudero, J.M y González, M.a T. Algunos Modelos Teóricos y el Papel del Profesor. (E. española, Ed.) Madrid.

Eslava, J. (1998). El influjo Norte Americano en el desarrollo de la salud Pública en Colombia. En: Revista Biomédica 1998; 18(2), 101-109. (U. N. Colombia, Ed.)

Espinosa, K. e. (Julio a diciembre de 2003). Producción académica en economía de la Salud en Colombia, 1980-2002. En: Lecturas de Economía. (59), 7-53. Medellín.

Estadística Escolar. Departamento de Cundinamarca. (1917). Boletín de Instrucción Pública de Cundinamarca, Tomo IV (31), 69-72.

Estadística., C. G. (Ed.). ((1940b)). "Metodología y Estadística". Revista Anales de economía y Estadística. , Tomo III (7 y 8), 52-55. República de Colombia.

Estudio Estadístico Demográfico del Departamento Nacional de Sanidad. (Diciembre de 1920). Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina (456 a 461), Año XXXVIII. Bogotá, República de Colombia.

Eugenia, C. M. (1984). Comportamiento y Salud. Bogotá, Colombia: Norma.

Exposición de la Junta al Congreso Nacional de 1915. (1915). Revista de la Junta Central de Higiene (7).

Federico, A. (1982). Comportamiento y Salud. Desarrollo del Programa Oficial para la Enseñanza Media. Bogotá, Colombia: Voluntad.

Fernández, j. e. (septiembre- octubre de 1995). Una agenda de debate: el informe del Banco mundial, "Invertir en Salud". EN: Revista española en Salud Pública (5), 385-391.

FICE, U. d. (Ed.). (s.f.). Evaluación de la calidad de vida en Personas Adultas con retraso Mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Disertación Doctoral.

Fisher, R. (2002). problematizacoes sobre o exercicio de ver: mídia e pesquisa em educacao. revista Brasileira de educacao, 20 , 83-94.

FMI, B. d. (Ed.). (1995). " El FMI sigue adaptándose al nuevo entorno mundial". Fondo Monetario Internacional, 25 (17). Washington D.C.

Foucault: una lectura desde la práctica pedagógica. La pedagogía y la educación, pensar de otro modo. (2005). EN: Pedagogía e historia. Universidad Pedagógica Nacional, 1a. Bogotá, Colombia.

Franco, R., Martínez, P., Esguerra, C., & Vargas, J. (s.f.). El Problema del Alcoholismo y su Posible Solución. Revista Cultura.

Friedman, J., & Sandercock, L. (Marzo de 1995). Los Olvidados, ¿El desarrollo para quién? Revista El Correo de la UNESCO, Año XLVIII.

Gajardo, M. (2009). La educación tras dos décadas de cambios. ¿Qué hemos aprendido?, ¿Qué debemos transformar? EN: Marchesi, A,

Gamba, J. (1942). Un factor de Singular Importancia en la Mortalidad Infantil. Tema presentado por el autor a la Sociedad de Pediatría en sesión del 4 de diciembre de 1942. Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura. Voluntad.

Gamboa, R. (1936). "Orden a estudios fundamentales acerca de la raza". Revista de Higiene, Órgano del Departamento Nacional de Higiene, AñoXVIII (8), 8-10.

García, A., & Álvarez, R. (1999). En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958). España. CSIC.

García, A., & Álvarez, R. (s.f.). *Las Trampas del Poder: Sanidad, eugenesia y migración. Cuba y Estados Unidos, (1900-1940)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, España.

García, C. (1975). *La Seguridad Social en el sector público*. *Revista Seguridad Social (Sección II Estudios sobre seguridad Social)* .

García, J. C., & Alejandro, C. (Octubre de 1935). "Programas de enseñanza primaria, por la dirección Nacional de enseñanza primaria y normal". *Revista Alma Nacional*, II (10) .

Gardner, H. (1922). *Notas sobre Puericultura Prenatal*. Tesis de opción al grado de Doctor en Medicina y Cirugía. (U. N. Colombia, Ed.) Bogotá, calle13, número 122, República de Colombia.

Genealogía del racismo. (1992). Ediciones la Piqueta, 248. Madrid.

Gil, A. (2010). *Antecedentes de evidencias teóricas y empíricas de asociación bidireccional entre la Salud y el Crecimiento económico*. *Boletín de Economía* N° 28 "Líneas para el debate" . (U. C. 2002, Ed.)

Gilbert, J. (s.f.). *L'Éducation Sanitaire, theorie et pratique*. Masson et Cie. París.

Giraldo, C. (1994). *Primera administración: Revolución en Marcha*. . *Desarrollo económico y Social en Colombia* . Bogotá: Tercer Mundo Editores,

Gomez, C (2002). *La profesionalización de la enfermería en Colombia. El Arte y la Ciencia del cuidado*. (U. N. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería, Ed.) Bogotá, Colombia: Unibiblos.

Gómez, M. (1998). La Crítica al "cientificismo" y al "positivismo" en la obra del Grupo de Investigación Educativa de la Universidad Nacional: Una mirada desde la teoría crítica. EN: Revista de Educación y Pedagogía. Septiembre de 1997-abril de 1998. , IX-X (19-20). (U. d. Facultad de educación, Ed.)

Gómez, R., & González, E. (Enero-junio de 2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 22 (001). (U. d. Antioquia, Ed.) Medellín- Colombia.

González, i. (1978). Comportamiento y Salud.

Grout, R. (1948). Health teaching in Schools, Saunders Company. Philadelphia.

Gunnar, M. (1973). Reto a la pobreza. (1° edición 1970). Barcelona: Ariel.

Hagan et Proulx, promotion de la santé: Enjeux pour l'an 2000 Michel O'Neill. . (1996). Canadian Journal of Nursing Research 30(4), 249-256, 1999.

Hardt, M., & Negri, A. (s.f.). Imperio. Traducción: Eduardo Sadier. De la edición de Harvard University Press, Cambridge, Massachussets.

Herbert, B. (1948). Jorge Eliécer Gaitán y la Modernidad. EN: Revista credencial Historia, N° 96 de 1997.

Hernández, M. (1992). El derecho a la salud y la Nueva Constitución Colombiana. EN: Sociedad y Salud. Coordinador, Álvaro Cardona. Bogotá, Colombia: Zeus Asesores LTDA.

Hernández, M., Obregón, D., & Miranda, N. e. (2002). La OPS y el Estado Colombiano: Cien años de Historia 1902-2002. Editorial Carrera 7a Ltda. Bogotá D.C.

Herrán, M. T. (25 de mayo de 1977). La Salud en Colombia. Cómo se llegó al Sistema Nacional de Salud. Revista Nueva Frontera.

Herrera, J. ((2011a)). La Biopolítica en acción: Medicalización y sujeción, El médico escolar en Colombia en la primera mitad del siglo XX. (U. P. Nacional, Ed.) Bogotá, Colombia.

Herrera, M. (2002). La Educación Superior en el siglo XXI. Expansión Diversificada y Fragmentación. EN: Revista Credencial Historia , 154. (B. V. Arango, Ed.) Bogotá, Colombia.

Herrera, X., & Buitrago, N. (2012). Escritos sobre el cuerpo en la escuela: sujetos, prácticas corporales y saberes escolares en Colombia. Siglos XIX y XX. Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres Ltda.

Hispana, J. C. (Ed.). (1923). El Problema del Alcoholismo. Su posible solución.

Historia de la Enfermería en Colombia. (2013). Recuperado el 3 de Enero de 2014, de Capítulo del libro: Historia de la Enfermería Iberoamericana.mht: /AnaLuisa_Velandia-Mora_Publicaciones_y_Reflexiones Historia de la_enfermeriaencolombia

Historia de la medicalización. (1977). EN: educación Médica y Salud, 11(1).

Historia de la Sexualidad I: La voluntad del saber. ((2009b)). Madrid, España: Siglo veintiuno editores.

Huberman, S. (1994). *Cómo aprenden los que enseñan. La Formación de los formadores.* Buenos Aires: Aique Didáctica.

Illidge, G. (1978). *Comportamiento y Salud.* Medellín, Colombia: Bedout.

Influencia del vestido y del zapato en la personalidad y salud del individuo. (1936). Conferencia dictada en el teatro Municipal de Bogotá, el 11 de septiembre de 1936. Bogotá.

Información sanitaria. (1934). *Revista de Higiene*, Año XV (3 y 4) , 137-152.

Inspección Escolar de la Provincia de Túquerres del 16 de agosto de 1906. (Septiembre de 1906). *Revista de la Instrucción Pública de Colombia* (9), Imprenta Nacional Archivo Posada UPTC. Bogotá, Colombia.

Internacional, F. M. (Ed.). (1995). "El FMI sigue adaptándose al nuevo entorno mundial". EN: *Boletín del FMI, Fondo monetario Internacional (FMI)*, 25 (17). Washington, D.C.

Iván, A. (noviembre de 2004). Periódico El Pulso. Obtenido de <http://www.periodicoelpulso.com/html/nov04/debate-01.htm>

Jaramillo, O. (4 de mayo de 1977). *El hospital sigue Enfermo.* *Revista Nueva Frontera.*

Jaramillo, O. (6 de septiembre de (1975c)). *Hospitales en Bogotá II. El Infantil al borde de la quiebra.* *Revista Nueva Frontera.*

Jaramillo, Ó. (4 de Octubre de (1975d)). *Hospitales en Bogotá. El gigante encadenado.* *Revista Nueva Frontera.*

Jaramillo, Ó. (27 de septiembre de (1975b)). Hospitales en Bogotá. El Materno Infantil: una visión Dante. Revista Nueva Frontera.

Jodar, f., & Gómez, L. (Enero- Marzo de 2007). Educación pos disciplinaria, formación de nuevas subjetividades y gubernamentalizad neoliberal, herramientas conceptuales para un análisis presente. EN: Revista Mexicana de Investigación educativa. , 12 (032). Distrito Federal de México.

Jorge, V. (diciembre de 1975). Programa Medicina de la Comunidad. Anteproyecto. Documento preliminar. Bogotá D. C, Colombia.

Julio Aparicio. (1913). Informe Presentado por el Doctor Julio Aparicio Delegado de la República de Colombia. Octava Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana de Lima (págs. 9-12). Bogotá: Minerva.

Kalmanovitz, S. (1985). Economía y Nación, una breve historia de Colombia. Siglo Editores de Colombia Ltda.

La escuela nacional Superior de enfermeras de Colombia. Relaciones con Organismos Interamericanos. (2009). EN: Revista Cultura de los Cuidados. 1er Semestre 2009 (25), Año III, 36-42.

La Historia de la Práctica Pedagógica: Una opción teórico-política. Documento Inédito que hace parte de las reflexiones adelantadas en el grupo de Historia de la Práctica Pedagógica a propósito de la Investigación que se adelanta actualmente: ((2010b)). Paradigmas y Conceptos de la Pedagogía en Colombia 1970-2000. Financiada por COLCIENCIAS.

La Lepra. Mesas redondas de nueva Frontera. (11 de octubre de 1978). Revista Nueva Frontera, 15-17.

La Medicina en Colombia. De las influencia francesa a la norteamericana. (1992). EN: Revista Credencial historia, número 29 del mes de mayo.

La Noción de gubernamentalidad y su utilidad para pensar la práctica pedagógica. Texto inédito. (2013).

La Salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. . (2002). Instituto de salud Pública facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Las Diez Máximas de Higiene. (1900). Boletín Militar Órgano del Ministerio de Guerra y de Ejército. (160), 32.

Las Escuelas Asociadas a la Unesco. Selección de textos: Blanca Navas Iriarte. (1981). República de Colombia.

Laurell, C. (1981). La Salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud 2(1), 7-25. México: Nueva Imagen.

Leal, G., & Malagón, E. (1990). El estado Colombiano: ¿Crisis de modernización o modernización incompleta? Obtenido de Disponible en biblioteca Virtual Luis Ángel Arango: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/historia/colhoy/colo14.htm>

Leal, G., & Malagón, E. (2006). Historia del Trabajo social en Colombia: de la doctrina social de la Iglesia al Pensamiento Complejo. EN: Cuatro décadas de compromiso académico en la construcción de la Nación. (f. C. Editores Mauricio Archila, Ed.) Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, 2006.

Leavell, H. R., & Clark, . E. (s.f.). Medicina Preventiva. Sao Paulo , Brasil: McGraw-Hill.

Ley 39 del 26 de Octubre de 1903 sobre Instrucción Pública. (30 de Octubre de 1903).
Diario Oficial (11931) . (C. d. Colombia, Recopilador)

Ley 47 de 1928, de Septiembre 28, del Congreso de Colombia", "por el cual se fomenta el desarrollo de escuelas domésticas". (martes 2 de Octubre de 1928). Diario Oficial 20909 .
Bogotá .

Lima, H. r. (1973). La Presentación en Colombia. 1873 a 1875, Segunda edición (la primera edición fue en Bogotá en 1947). Bucaramanga.

López de Meza, L. (12 de Octubre de 1920). Los Problemas de la Raza en Colombia.
Segundo Volumen. (B. d. Cultura, Ed.) Bogotá.

Luhmann, N. (1996). Teoría de la Sociedad y Pedagogía. Barcelona.: Paidós Educador.

Luis, A. (1921). Algo sobre Higiene Escolar. (Tesis Doctoral) . (U. N. Naturales, Ed.)
Bogotá, Colombia: Imprenta de San Bernardo.

Luis, S. (1990). Educación Sanitaria. Principios. Métodos. Aplicaciones. (2a reimpresión;
1° edición, 1985). Madrid: Díaz de Santos, S.A 1990.

Luque, R. y. (1936). Higiene y Asistencia Escolar (Complemento al informe de la
Dirección de Educación). (I. Oficial, Ed.) Neiva, Colombia.

Manrique, J. (Septiembre de 1906). Academia Nacional de Medicina. Sesión del 17 de
Agosto de 1906. Revista Médica de Bogotá (317) , Año XXVII.

- Márquez, J., & García, v. (2006). Poder y saber en la historia de la salud en Colombia. Medellín: Editorial Lealon.
- Martha, O. (1996). Recuerdos del Olvido. Memorias del Hospital San Carlos. Bogotá, Colombia.
- Martínez, A. (2004). De la Escuela expansiva a la Escuela Competitiva. Dos Modos de Modernización en América Latina. Bogotá, Colombia: Anthropos Editorial. En Coedición con el Convenio Andrés Bello.
- Martínez, A., Noguera, C., & Castro, J. (s.f.). Currículo y Modernización, cuatro décadas de educación en Colombia. Bogotá: Magisterio, Colección pedagogía e historia.
- Maxwell, A. y. (1930). Programa-PNUD_UNESCO. Plan de desarrollo para el sector educativo. Practical Nursing. . (D. A. Compañía, Ed.) Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional MEN (1974).
- Mejía, J. (1999). La educación superior en Colombia. Recuperado el 3 de Febrero de 2014, de La educación superior en Colombia: <http://201.161.2.34/servicios/p-anuies/publicaciones/revsup/res092/txt4.htm>.
- Melo, O. (1989). La Constitución de 1986. EN: Nueva Historia de Colombia , III . Bogotá: Planeta.
- Michel, F. (2009a). El gobierno de Sí y de los Otros. Curso en el collège de France (1982-1983). Fondo de Cultura Económica. Colombia.
- Michel, O. (2000). Promoción de la santa: Anjeo por la Canadian. EN: Jornal of Mersin Resecar, 30(4): 249-256,1999.

Miranda, N. (1989). La Medicina colombiana de la Regeneración a los años de la segunda guerra mundial. Nueva Historia de Colombia, IV. Bogotá: planeta.

Mockus, A., & Charum, j. (1986). Conocimiento y comunicación en las ciencias y en la escuela. EN: Educación y Cultura (Número 8 de julio) , 22-29. Santa fé de Bogotá.

Molina, G. (1974). Las Ideas Liberales en Colombia 1915-1934. Colección Manuales Universitarios. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo.

Monsalvo, J. (2008). Cuadernillo Número 3: Historicidad de la atención Primaria en Salud. (f. d.-g. Universidad nacional del Rosario, Ed.) Recuperado el 11 de marzo de 2014, de Cuadernillo Número 3: Historicidad de la atención Primaria en Salud.: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Cuadernillo_N_3_Histor_Atención_Prim-Salud.html.

Mujeres: Clave de la seguridad alimentaria. . (2010). FAO en acción. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura. Director general Jacques Diouf.

Muñoz, J. (2004). Desafíos para la educación en Colombia. Texto resultado del debate entre miembros del colectivo CEEDAL Colombia. Obtenido de www.sercoldes.org.co/images/pdf/desafiosparalaeducacionpopular.

Nacional, I. (Ed.). (1922). Informe del Doctor Pablo García Medina, delegado de Colombia. Sexta conferencia Sanitaria Internacional Panamericana reunida en Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920. Revista Médica. Órgano de la Academia Nacional de Medicina, Año XXXIX. Bogotá.

Nacional, I. (Ed.). (1938). "Conferencia de Ingenieros Sanitarios". Departamento Nacional de Higiene. Sección de higiene sanitaria, (págs. (110-126)). Bogotá.

Nacional., U. P. (Ed.). (2009). Campo Conceptual de la Pedagogía: una contribución. Trabajo de Investigación para optar el título de Doctor en educación. .

Nájera, R. M., & Castellón Agudelo, M. C. (2008). La Enfermería en América latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo.

Nieto Caballero, A. (1923). "Educación del espíritu". II, 83-85.

Nieto Caballero, A. (1925). Educación del espíritu. Revista Cultura, II, 83-95.

Noguera, C. (2003). Medicina y Política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera parte del siglo XX en Colombia. Medellín, Colombia: Fondo Editorial EAFIT.

Obregón, D. (1995). Las investigaciones bacteriológicas de Federico Lleras Acosta: 1906-1938. Fundación para la promoción de la investigación y la tecnología. (U. N. Colombia, Ed.) Santa Fe de Bogotá.

OMS (2008) Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (s.f.). Informe Final de la Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud. Ginebra.

OMS (Ed.). (6-12 de septiembre de 1978). Atención Primaria en Salud. Serie para todos. Alma Ata (1). URSS, Ginebra.

OMS, U. d. (Ed.). (2007). La implantación de la promoción de la salud en los hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión tripartita de la OIT, OPS y Protección Social. (Noviembre-diciembre de 1999). Organización Panamericana de la Salud. México.

Pascal, D. (s.f.). La Tuberculosis. Revista Cromos (64).

Pedraza, Z. (1996). Educación, cuerpo y orden social en Colombia (1830-1990). En cuerpo y alma. Visiones del progreso y la felicidad. (F. d.-C. Universidad de los Andes, Ed.) Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.

Presidencia-Bogotá, & legislativas., Ó. d. (Edits.). (17 de septiembre de 1949). Proyecto de Ley "por el cual se establecen servicios de medicina preventiva en las Cajas de previsión Social de empleados y obreros, oficiales y semioficiales y en empresas privadas cuyo capital exceda de \$125.000". Anales del Congreso. Representante Luis Mesa Villas. Senado de la República. Bogotá: Imprenta Nacional.

Prospecto Escuela de Enfermería Universidad de Cartagena. (1958). República de Colombia.

Quevedo, E. e. (2004). Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953. (U. N. Instituto de Salud Pública. Facultad de medicina, Ed.)

Quiceno, H. (1998). "de la pedagogía como ciencia a la pedagogía como acontecimiento". EN: Revista Educación y pedagogía N° 19 y 20 Universidad de Antioquia.

Ratinoff, L. (1994). La crisis de la educación: el papel de las retóricas y el papel de las reformas. *Revista Latinoamericana de estudios educativos.* , XXIV (3 y 4). México.

Reforma del Estado y del Sector Salud en América Latina. En: María Cecilia de Souza Minayo; Carlos EA. Coimbra Jr. (2005). *Ciencias Sociais e Humanas em Saúde na América Latina.* , 275-298. Rio de Janeiro: Fiocruz.

República, C. G. (Ed.). (Abril a Junio de (1949b)). "Alimentación de la Clase Obrera". *Revista Anales de Economía y Estadística*". *Revista de la Contraloría General de la República* (40-45) . Colombia.

República, C. G. (Ed.). ((1940d)). "Desarrollo de Bogotá y costo de la vida obrera". *Revista Anales de Economía y Estadística*, Tomo III (5) . Colombia.

República, C. G. (Ed.). (1940). "Estadísticas Demográficas". *Revista Anales de Economía y Estadística.* , Tomo III (7 y 8), N7, 5-7.

República, I. B. (Ed.). (Julio de 1950). "La conferencia de salubridad fronteriza". *Revista de Higiene, Órgano del Ministerio de Higiene.* (3), Año XXIV, 215-231.

República, P. d. (Ed.). (5 de abril de 1966). "Decreto 603 de 1966, por el cual se organiza la educación agrícola a nivel medio y se crean las carreras intermedias agropecuarias". *Diario Oficial* 31901.

República, P. d. (Ed.). (20 de abril de 1968). Decreto 470 de 1968, "por el cual se crea el Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud". *Diario Oficial* N°32.483.

República, P. d. (Ed.). (Martes 18 de diciembre de 1923). Decreto N 1701 de 1923 (13 de diciembre), por el cual se reglamenta la Ley 15 de 1923 "Para que las casas de Menores y

Escuelas de Trabajo sean establecidas por los Departamentos bajo la Ley 15 y tengan derecho a los auxilios de los artículos 8° y 10°. Diario Oficial Número 19374 y 19375.

Reseña histórica de la Higiene en Colombia. (1961). Monografía presentada al segundo Congreso venezolano de salud pública (Documento Mimeografiado).

Restrepo, G., & Villa, A. (1980). Desarrollo de la salud pública Colombiana. (E. n. Universidad de Antioquia, Ed.) Medellín, Colombia.

Restrepo, H. (2008). Introducción a la economía de la salud en Colombia. Centro de Investigaciones y Consultorías. (F. d. Antioquia., Ed.)

Restrepo, J. (2009). El desarrollo en Colombia: Historia de una Hegemonía Discursiva. EN: revista Lasallista de Investigación, 1 (1). Bogotá, Colombia.

Restrepo, J. F. (1 de Febrero de 1975). "Las causas de la crisis demográfica". Revista Nueva Frontera.

Restrepo, J., & Atehortúa, C. (2006). Introducción a la Economía de la Salud. Contexto Internacional y aplicación para Colombia. Ponencia presentada en 1er Congreso Colombiano de Economía de la Salud.

Restrepo, J., & Atehortúa, S. (s.f.). Introducción a la Economía de la Salud. Contexto Internacional y Aplicación para Colombia. Ponencia presentada en: 1er Congreso Colombiano de Economía de la Salud. , 10. (U. d. Económicas, Ed.) Bogotá.

Revel, J., & J-P, P. (s.f.). "El cuerpo. El hombre enfermo y su historia". En: Hacer la historia, Jacques Le Goff y Pierre Nora (comps), III, 173-195. Barcelona: Laia.

Reyes, C. (1994). Higiene y salud en Medellín 1900-1930. EN: Fundación Antioqueña para los Estudios Sociales.

Rosen, G. (1985). De la Policía Médica a la Medicina Social. Ensayos sobre la Historia de la Atención en salud. Bogotá, Colombia: Siglo veintiuno editores.

Runge, A., & Muñoz, D. (s.f.). El Evolucionismo Social, los problemas de la raza y la Educación en Colombia. Primera mitad del Siglo XX: el cuerpo en las estrategias eugenésicas de línea dura y de línea blanda. EN: Revista Iberoamericana de Educación (39), 127-168.

RW, S., & Fulton, M. (1992). Health promotion. EN: Health care in Canada. Ottawa: CPHA; 2007.

Sáenz, J. (septiembre de 1997-abril de 1998. de 1997). Hacia una pedagogía de la subjetivación. EN: Revista de Educación y Pedagogía, IX-X (19/20). Facultad de Educación, Universidad de Antioquia.

Sáenz, J., Saldarriaga, Ó. & Ospina, A. (1997). Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946. 2. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Uniandes. Universidad de Antioquia.

San Martín, H. (1988). Ecología humana y salud: El hombre y su Ambiente. . Prensa Médica Mexicana. . Editorial Planeta.

Schultz, T. (1960). Capital formation by education. The Journal of Political Economy , 69 . Chicago Illinois: The University of Chicago Press.

Seguridad, Territorio y población. ((2006b)). Curso en collége France (1977-1978). Fondo de Cultura Económica. Colombia.

Simón, A. (1920). Los Problemas de la Raza Colombiana. Séptima conferencia (Vol. II). (B. d. Cultura, Ed.) Bogotá, Colombia.

Sirotnik, K. (1994). La Escuela como el centro del cambio. EN: Escudero, J.M & González, M.T. Profesores y escuela. Madrid: Ediciones Pedagógicas.

Sistema nacional de Vigilancia epidemiológica. (2007). Epidemiología, 24 (7), semana 7.

Stramiello, C. (2010). Sistemas Educativos para América Latina "Modern education system for Latin América. EN: Revista Española de Educación Comparada, 16(2010), ISSN: 1137-8654, 393-412.

Suárez-Bernguela, R. (2000). Health Inequalities in Latin America and the caribbean: Findings and policy Implication. Working Document. Pan American Health Organization/ World Bank. Washington D.C.

Tamayo, A. (2006). El Movimiento Pedagógico en Colombia. Encuentro de los maestros con la pedagogía. EN: Revista Histedbr On-line, Campinas, ISSN: 1676-2584 (24), 102-113.

Tobar, F. (2001). Atención Primaria en Salud. Una alternativa para salir de la emergencia. Obtenido de <http://www.isalud.com/pdf/tobar2.pdf>.

Tomás, C. (1953). Impresiones Bogotanas de 1895, fragmentos de unas cartas familiares. En: Hojas de cultura popular, citada por Londoño (1989). La vida diaria en las ciudades Colombianas. En: Nueva historia de Colombia (Vol. IV). Bogotá.

Travassos, C. (1992). Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986. PhD Thesis, The London School of Economics and Political Science. Department of Public Administration. London.

Turnes, A. (14 de Septiembre de 2009). Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas.

UNESCO (1997). Educación para la Salud. Promoción y educación para la salud. Serie de 29 folletos, documentando los grupos de trabajo que se llevaron a cabo en la Quinta Conferencia Internacional de educación para personas adultas. CONFINTEA V. (s.f.). Hamburgo, Alemania.

UNESCO. (1997). Educación para la salud. Promoción y Educación para la Salud. Quinta conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas (CONFINTEA V). Hamburgo.

UNESCO-OREALC. (1976). Evolución y Situación actual de la Educación en América Latina. Madrid: Santillana.

Universidad de Antioquia, f. d. (Ed.). (Septiembre-diciembre de 2002). "Los Manuales de higiene: Instrucciones para civilizar al pueblo". EN: Revista Educación y pedagogía. , XIV (34), 277-288. Medellín.

UPTC, A. P. (Ed.). (1917b). Escuela de Artes y Oficios para obreros. Boletín de Instrucción Pública de Cundinamarca, Tomo IV (31-40), 152-153.

UPTC, A. P. (Ed.). (Febrero de 1922). Informe de la Escuela de artes y oficios de señoritas en Bogotá, Rendido por la directora del plantel en diciembre 26 de 1921. En Boletín de

Instrucción pública de Cundinamarca (80), Tomo IX, 87-98. Bogotá, República de Colombia.

Valbuena, J. (1934). Notas sobre la Patología de la Región Carare. Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía. (U. N. Medicina, Ed.) Bogotá, República de Colombia: Tipografía Arconvar, Archivo Posada UPTC:

Valencia, W. (2008). La práctica pedagógica un espacio de reflexión. Universidad de Antioquia.

Vasco, E. (s.f.). Centro de Interés. Revista Alma Nacional. Revista mensual de Educación, 1 (2), 16-17. Medellín, Colombia.

Vásquez, L. (diciembre de 2013). la noción de biopoder en Foucault y su relación con las antropotécnicas en la obra del último Sloterdijk. Revista de filosofía.

Vázquez, Z. (2003). La Modernización Educativa (1988-1994) Josefina El Colegio de México.

Velandia, A. L. (1995). Historia de la enfermería en Colombia. Universidad nacional de Colombia.

Velázquez, M. (1989). La mujer: invisible para la historia. Condición Jurídica y social de la mujer. EN: La nueva Historia de Colombia. Director científico y Académico Álvaro Tirado Mejía. Editorial Planeta Colombiana S.A.

Vera, M. C. (2004). Reseña de "Una historia de la educación femenina en Colombia" de Miguel García Bustamante. Recuperado el 11 de febrero de 2014, de Revista Historia de la

Educación Latinoamericana [en línea]2004:
<http://www.redalcy.org/articulo.oa?id=86900623>>ISSN 0122-7238

Villa Álvarez, A. (1934). Últimas Actuaciones del Gobierno de Caldas. Conferencia dictada por el Director de Educación Pública. (I. Departamental, Ed.) Manizales, Colombia.

Villareal, J. (diciembre de 1975). Programa medicina de la Comunidad. Anteproyecto. Documento Preliminar. Bogotá D.C, Colombia.

Waitzkin, H. A. (2002). Medicina social Latinoamericana: aportes y desafíos. EN: Revista Panamericana de Salud Pública. Public Health 12(2), 128-136.

Yepes, f. e. (1990). La Salud en Colombia. Análisis Socio Histórico. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia: Presencia LTDA.

Zuluaga, O. (1999). Pedagogía e historia, historicidad de la pedagogía, la enseñanza un objeto del saber. Universidad de Antioquia, anthropos.