

**IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS ARCHIVÍSTICOS PARA LA
RECUPERACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA UNIDAD DE
ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER 1961-1993**

EDWIN ALEXIS PORRAS SEPÚLVEDA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD CIENCIA HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2015**

**IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS ARCHIVÍSTICOS PARA LA
RECUPERACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA UNIDAD DE
ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER 1961-1993**

EDWIN ALEXIS PORRAS SEPÚLVEDA

**Trabajo de Grado para optar al título de
Historiador y Archivista
Modalidad: Práctica Social**

**Directora
Phd. Ivonne Suárez Pinzón
Profesora Titular
Escuela de Historia.**

**Tutor
Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez.
Internista Oncólogo clínico
Profesor Asociado Dpto. Medicina Interna UIS
Oncólogo Clínico Hospital Universitario de Santander HUS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD CIENCIA HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2015**

*A los tres amores de mi vida y la razón de mi existir:
Mi Madre, Mi Esposa y Mi Hermosa Hija*

AGRADECIMIENTOS

A Ivonne Suárez Pinzón, profesora, directora y guía de mi Práctica Social; a ella infinitas gracias.

A la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander por su gentileza y colaboración, y por abrirme las puertas de su archivo para poder realizar mi Práctica Social; a ustedes infinitas gracias.

A Juan Miguel Patiño Rodríguez, compañero y amigo de lucha académica; a él infinitas gracias

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	18
1. MARCO NORMATIVO BÁSICO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	21
2. PRIMERA FASE: PRE-DIAGNÓSTICO DEL FONDO DOCUMENTAL ACUMULADO	23
2.1 NIVEL DE ORGANIZACIÓN Y ORDENACIÓN DE LOS DOCUMENTOS	26
2.2 CONDICIONES FÍSICAS DE LAS ÁREAS DE ALMACENAMIENTO	27
2.3 LOCALIZACIÓN.....	29
2.4 CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS.....	30
2.5 MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA	35
2.6 MOBILIARIO	35
2.6.1 Cantidad Total de Estantes en el Archivo	35
2.7 ESTADO DE DETERIORO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.....	37
2.7.1 Deterioro Biológico.....	37
2.7.2 Deterioro Químico.....	37
2.7.3 Deterioro Físico.....	38
2.8 SALUD OCUPACIONAL.....	41
2.9 MEDICIÓN DEL FONDO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS	43
2.10 CONCLUSIONES DIAGNÓSTICO GENERAL	45
3. SEGUNDA FASE: PLAN DE TRABAJO Y DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS TÉCNICO-ARCHIVÍSTICOS QUE SE IMPLEMENTARON EN LA RECUPERACIÓN DEL FONDO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS	46
3.1 PLAN DE TRABAJO	46
3.1.1 Objetivo general.....	46
3.1.2 Objetivos específicos	46
3.1.3 Lugar de trabajo.....	47
3.1.4 Materiales y equipos	47
3.1.5 Cronograma	47
3.2 ETAPA I. CLASIFICAR LOS SUBFONDOS DEL HSJD y HRGV	48
3.2.1 Cuadro de Clasificación Documental	48
3.1.2 Tablas de Valoración Documental	52
3.3 ETAPA II. PROCESOS OPERATIVOS: ORDENAR, DEPURAR, LIMPIAR, FOLIAR, REEMPACAR Y EMBALAR LAS HISTORIAS CLÍNICAS ONCOLÓGICAS	55
3.3.1 Ordenación	55
3.3.2 Depuración.....	57
3.3.3 Limpieza.....	58
3.3.4 Foliación.....	58
3.3.5 Reempaque de las unidades de conservación	59
3.3.6 Embalaje de las Historias Clínicas.....	63
3.3.7 Rotulación de las historias clínicas	64
4. ETAPA III. DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL	71

4.1 EL INVENTARIO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ONCOLÓGICAS	71
4.2 ACTO DE ENTREGA DEL ARCHIVO HISTÓRICO DEL CÁNCER A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA.....	75
5. HISTORIA INSTITUCIONAL: UNIDAD ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA.....	78
5.1 PLAN DE TRABAJO	80
5.2 LÍNEA DEL TIEMPO	82
5.3 EL ENTORNO DE LA SALUD PÚBLICA Y LA HIGIENE A MEDIADOS DEL SIGLO XX EN COLOMBIA Y SANTANDER.....	83
5.4 EL CÁNCER EN SANTANDER Y EL PLAN NACIONAL DEL CÁNCER	91
5.5 LA CONSTRUCCIÓN “DE LA FUNCIONAL SEDE DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA”	95
5.6 EL RECURSO HUMANO, LAS FUNCIONES Y EL ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA	102
5.7 ORGANIGRAMA UNIDAD DE ONCOLOGÍA-HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA 1979.....	107
6. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA DE LA MACROVALORACIÓN DOCUMENTAL AL PROBLEMA DE CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN COLOMBIA.....	109
6.1 LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999.....	110
6.2 LOS DOCUMENTOS CON INFORMACIÓN PERSONAL: LA HISTORIA CLÍNICA.....	112
7. CONCLUSIONES	125
BIBLIOGRAFÍA.....	127
ANEXOS.....	133

LISTA DE IMAGENES

Pág.

Imagen 1. Fachada de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Ramón González Valencia. 1 Agosto 2013	25
Imagen 2. Espacio físico donde funciona el Archivo. 1 Agosto 2013.....	25
Imagen 3. Estado de deterioro del soporte papel. 1 Agosto 2013	26
Imagen 4. Se utilizan cuadernos o libros para consignar la información de cada una de las historias clínicas. 1 Agosto 2013.	27
Imagen 5. Única Puerta de acceso y salida del Archivo.	28
Imagen 6. El área de Archivo comparte espacio con enseres de la Unidad de Oncología.1 Agosto 2013.	28
Imagen 7. Fachada de la Unidad de Oncología días antes de entrar a operar 1979.....	30
Imagen 8. Plano actual de la Unidad de Oncología y Radioterapia que registra la distribución de las áreas de servicios médicos y administrativos.....	32
Imagen 9. Los archivadores metálicos le restan espacio a la ubicación de estantes al interior del archivo. 1 agosto 2013.....	33
Imagen 10. Rieles de la puerta de acceso al archivo en mal estado.1 Agosto de 2013.....	33
Imagen 11. Puerta de corredera, único acceso y salida del archivo. 1 agosto 2013.....	34
Imagen 12. La entrada de luz natural se da únicamente a través de dos ventanillas. 1 Agosto 2013.....	34
Imagen 13. La iluminación del archivo en todo momento es artificial.1 Agosto 2013.....	35
Imagen 14. Los expedientes clínicos que se encuentran en gestión son ubicados en un estante de madera.1 Agosto 2013.....	36
Imagen 15. Documento afectado moderadamente por efecto de la humedad en el soporte de papel. 15 Enero 2014.	37
Imagen 16. Oxidación de un formato de examen clínico con propiedades en papel periódico. 15 Enero 2014.	38
Imagen 17. Fragilidad y rasgamiento del soporte papel con transparencia de las tintas. 15 Enero 2014.	38
Imagen 18. Documento mutilado. 15 Enero 2014.....	39
Imagen 19. Formato de consulta averiado y mutilado por la abertura mecánica de huecos en su costado izquierdo. 15 Enero 2015.....	39
Imagen 20. Manchas de óxido transferidas por la indebida utilización de grapas metálicas y cintas autoadhesivas. 15 Enero 2014.	40
Imagen 21. Indebido procedimiento de primeros auxilios practicado en un formato de Esquema de Tratamiento. 15 Enero 2015.	40
Imagen 22. El mapa señala la ruta de evacuación de la Unidad de Oncología, en caso de presentarse siniestro natural, atentado terrorista o emergencia de incendio.....	42

Imagen 23. Esquema de Tratamiento diligenciado en el año 1961 en la Sección de Roentgenterapia del antiguo Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. 15 Enero 2015.	51
Imagen 24. Este documento fue diligenciado en 1987, y evidencia la existencia de del Servicio de Radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia.15 Enero 2014.	52
Imagen 25. Retiro de duplicidad documental, formatos sin diligenciar y hojas en blanco.15 Enero 2015.....	57
Imagen 26. Retiro de elementos metálicos y demás materiales perjudiciales para la documentación. 15 Enero 2015.	58
Imagen 27. Reempaque de "chuspa" en mal estado, registro del número radicado, nombre del paciente, año de apertura y diagnostico.15 Enero 2014.....	63
Imagen 28. Ubicación horizontal de las historias clínicas al interior de la caja, la cual permitió que ingresaran un promedio de entre 100 a 120 expedientes por unidad de almacenamiento. 9 Julio 2014.....	64
Imagen 29. Rotulo empleado en la identificación de las cajas en que se almacenaron las historias clínicas.	65
Imagen 30. Rotulo autoadhesivo empleado en la identificación de las bandejas de los estantes, sobre la que finalmente se ubicaron las cajas con historias clínicas.....	66
Imagen 31. Rotulo de Identificación del Estante N° 1 Septiembre 2014.....	66
Imagen 32. Rotulo que identifica el estante N° 2. 1 Septiembre 2014.....	67
Imagen 33. Rótulos de caja y entrepaño que facilitan la ubicación, recuperación y consulta de la información. 1 Septiembre de 2014.....	67
Imagen 34. Señalización externa de las historias clínicas oncológicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander. 1 Septiembre 2014.....	68
Imagen 35. Presentación del trabajo final de organización de las historias clínicas oncológicas, ante funcionarios de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander. 27 Noviembre 2014.	75
Imagen 36. Presentación de los procesos operativos de organización de las historias clínicas ante los funcionarios adscritos a la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS. 27 Noviembre 2014.	76
Imagen 37. Firma del Inventario Documental de historias clínicas oncológicas por parte de la Dra. Adriana Zableh, Directora de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander. 27 Noviembre 2014.....	76
Imagen 38. Inventario Documental del Archivo Histórico del Cáncer. 27 Noviembre 2014.....	77
Imagen 39. Mapa Epidemiológico del Departamento de Santander 1984.	91
Imagen 40. Unidad de Oncología 1979	100
Imagen 41. Equipo de Radioterapia de la Unidad de Oncología 1979: Bomba de Cobalto 60 "Theratron 780"	101

Imagen 42. Equipo de Radioterapia de la Unidad de Oncología. 23 septiembre de 2013	101
Imagen 43. Acelerador lineal de partículas traído a la Unidad de Oncología en el año de 1989.	105
Imagen 44. En noviembre de 1991, la Unidad de Oncología en cabeza de su Director organizó el IX Congreso Nacional de Cancerología.	106

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Cuadro que evidencia la existencia de la cantidad de estantes que posee el archivo de la Unidad de Oncología y Radioterapia.	36
Tabla 2. Formato de Visita Diagnóstica a los Depósitos y Archivos de Gestión ...	44
Tabla 3. CUADRO DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL	49
Tabla 4. Tabla de valoración documental: servicio de cancerología y radioterapia, Hospital San Juan De Dios	53
Tabla 5. Tabla de valoración documental: unidad de oncología, Hospital Ramón González Valencia	54
Tabla 6. Total de Chuspas cambiadas y conservadas.....	60
Tabla 7. Reempaque Hospital San Juan de Dios	61
Tabla 8. Reempaque Hospital San Juan de Dios	62
Tabla 9. Ficha cuantitativa de Historias Clínicas del Servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios 1961-1979.....	69
Tabla 10. Ficha cuantitativa de Historias Clínicas del Servicio de Radioterapia Hospital Ramón González Valencia 1980-19963.....	70
Tabla 11. Extracto del Inventario Documental de las Historias Clínicas de la Unidad de Oncología.	72
Tabla 12. Extracto inventario documental historias clínicas oncológicas: Hospital San Juan De Dios 1961-1979.....	73
Tabla 13. Extracto inventario documental historias clínicas oncológicas: Hospital Ramón González Valencia 1980-1993.....	74

LISTA DE GRÁFICAS

Pág.

Grafica 1. Porcentaje Total de Chuspas Cambiadas y Conservadas.	60
Grafica 2. Reempaque Hospital San Juan de Dios 1961-1979.....	61
Grafica 3. Reempaque Hospital Ramón González Valencia 1980-1993.....	62

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Línea del Tiempo	82
Figura 2. Organigrama Unidad de Oncología Hospital Ramón González Valencia 1979	107

LISTA DE ANEXO

	Pág.
Anexo A. Entrevista al Dr. Tomás Carlos Durán	134
Anexo B. Entrevista a Martha Isabel Vargas Martínez.....	138

RESUMEN

TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS ARCHIVÍSTICOS PARA LA RECUPERACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 1961-1993¹.

AUTOR: EDWIN ALEXIS PORRAS SEPULVEDA²

PALABRAS CLAVES: Fondo Documental Acumulado, Historias Clínicas, Macrovaloración Documental, Historia Institucional, Archivo, Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, 1961-1993.

DESCRIPCION:

El presente informe final de la Práctica Social que se desarrolló en las instalaciones del Archivo de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, ilustra de manera detallada los trabajos de diagnóstico, organización y recuperación de las Historias Clínicas Oncológicas gestadas por este servicio cancerológico entre los años 1979 hasta 1993.

Apoyado en la normatividad archivística legal vigente de las Historias Clínicas y en la metodología para la organización de Fondos Documentales Acumulados, se pretende alentar a la comunidad archivística y académica del Departamento a la construcción y formulación de espacios para la organización y recuperación de aquellos acervos documentales que están a punto de desaparecer, poniendo en riesgo la pérdida del Patrimonio Documental de la región.

Igualmente, la Práctica Social se enfocó en la aproximación a la Historia Institucional de la Unidad de Oncología, presentando a grandes rasgos la estructura orgánico-funcional de la primera sede integral para el tratamiento de pacientes con Cáncer en Santander.

Por último, este informe cuenta con una reflexión muy personal sobre la problemática de conservación y custodia presente en las Historias Clínicas en Colombia, y que amenaza con la sistemática eliminación del patrimonio documental de la salud pública del país de los últimos cincuenta años.

¹ Trabajo de Grado

² Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: Dra. Ivonne Suarez Pinzón. Tutor: Doctor Jesús Solier Insuasty Enríquez. Profesor Asociado Departamento de Medicina Interna UIS.

ABSTRACT

TITLE: ARCHIVAL IMPLEMENTATION PROCESS FOR THE RECOVERY OF THE MEDICAL HISTORIES FROM THE ONCOLOGY AND RADIOTHERAPY UNIT, SANTANDER UNIVERSITY HOSPITAL 1961-1993*

AUTHOR: EDWIN ALEXIS PORRAS SEPULVEDA**

KEYWORDS: Documentary Accumulated Fund, Medical histories, Documentary assessment, Institutional History, archives, Oncology and Radiotherapy unit at Santander University Hospital, 1961-1993.

DESCRIPTION:

This final report of the Social Practice was held in the premises of the Oncology and Radiotherapy Unit Archives at Santander University Hospital, it illustrates in detail the diagnostic work, organization and retrieval of Cancer Medical Histories engendered by this cancerology service between 1979 -1993.

This project was supported in the current legal archival regulations of Medical Histories and in the methodology for the organization of Accumulated Documentaries funds. It aims to encourage archival and academic community of the Department, for the construction and development of spaces for the organization and retrieval of those documentary collections which are about to disappear, risking to lose the documentary heritage of the region.

Similarly, the Social Practice focused on the approach to the Institutional History of the Oncology Unit, presenting roughly the organic-functional structure of the first comprehensive venue for the treatment of cancer patients in Santander.

Finally, this report states a very personal reflection on the current preservation and custody problems in medical histories in Colombia, which threatens with a systematic elimination of the public health documentary heritage of the country in the last fifty years.

* Work degree

** Faculty of Humanities. School of History. Director: Dr. Ivonne Suarez Pinzon. Tutor: Doctor Jesus Enriquez Insuasty Solier. Associate Professor of Internal Medicine Department at UIS.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Unidad de Oncología y Radioterapia ofrece los servicios de salud a pacientes enfermos de cáncer, con personal altamente calificado y equipos oncológicos de última tecnología, garantizando así la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Esta Unidad de Oncología y Radioterapia hace parte de una red de servicios médicos adscrita al Hospital Universitario de Santander, ubicado en la carrera 33 con calle 32 barrio La Aurora, y presta “servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud”³.

Su atención está dirigida a la población del Departamento y a aquella asentada en en regiones aledañas al mismo, que se encuentran inscritos al régimen subsidiado, a una administradora de riesgos de salud (ARS), a la población pobre no asegurada pero vinculada a través de la Secretaría de Salud Departamental, usuarios de empresas promotoras de la salud (EPS) y regímenes especiales, seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), pacientes provenientes de otros departamentos y particulares.

Sus objetivos están orientados al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del nororiente colombiano: “ofreciendo servicios de salud y educación de alto nivel científico con calidad humana, tecnológica y compromiso social. Así como garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza en los usuarios, con base en eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad”⁴.

En sus más de 35 años de funcionamiento, la Unidad de Oncología y Radioterapia ha registrado todos y cada uno de sus actos terapéuticos a través de las Historias Clínicas, conformando así un extenso acervo documental que testimonia el trasegar médico y administrativo de la entidad y las experiencias de vida de cada uno de sus pacientes.

En su efecto, la Unidad de Oncología acondicionó un espacio para la consulta y custodia de los expedientes clínicos que diariamente se producían desde el servicio de Radioterapia, pero debido a situaciones que son propias del gestar de esta información, como los son el alto volumen de su producción y la carencia de espacio para su debido almacenamiento, se produjo el colapso del archivo poniendo en riesgo la integridad física de un buen número de expedientes clínicos. Igualmente dichas Historias Clínicas carecían de procesos técnico-archivísticos de clasificación, organización, descripción documental e identificación, lo que hizo

³ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. E.S.E: Planeación Estratégica 2009 – 2015. HUS. ESE.2012. Pág. 5

⁴ Ibíd. Pág. 5.

que el archivo no fuera funcional para actividades de recuperación y consulta de la información.

Las labores de organización y recuperación del fondo documental de historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, se realizaron principalmente para darles servicios a los usuarios y permitir un criterio funcional de consulta al acervo médico, ya que el tipo de información que posee sirve de fuente para las futuras investigaciones historiográficas, científicas y culturales del Departamento, dada la riqueza de la información contenida en ellas.

En los últimos veinte años en Colombia se han desarrollado un grupo de herramientas normativas y técnicas que han servido para la planificación y ejecución de procesos archivísticos tendientes a la rehabilitación integral de fondos acumulados. En base a estas herramientas, se proyectó el tipo de trabajo a realizar en las Historias Clínicas, y por lo tanto los trabajos de organización de las Historias Clínicas de la Unidad de Oncología se llevaron a cabo a partir de dos fases metodológicas que se ajustaron a las necesidades de organización del fondo de expedientes clínicos. Dichas fases fueron el pre-diagnóstico⁵ y el Plan de Trabajo:

1. El pre-diagnóstico se fundamentó en la Guía de procedimientos para la organización de fondos documentales acumulados⁶ del Archivo de Bogotá, el cual nos permite identificar el nivel de organización de la documentación, las condiciones actuales de consulta y recuperación de la información, condiciones estructurales del archivo, los factores medio-ambientales, bióticos y antropogénicos, la existencia de cuadros de clasificación, tablas de valoración documental, inventarios documentales y finalmente, el nivel de organización de las unidades documentales y deterioro de las mismas, en conjunto con las unidades de conservación que las albergan.
2. El Plan de Trabajo se fundamentó a partir del Acuerdo N° 002 de 2004 expedido por el Archivo General de la Nación en “el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados”⁷. Esta norma comprende los procesos técnico-archivísticos de clasificación, ordenación, depuración, limpieza de material abrasivo, foliación, recambio de las unidades de conservación, identificación y levantamiento de tablas de valoración documental e inventarios documentales. Cabe señalar que el Plan

⁶ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría General: Archivo de Bogotá. Una Guía de Procedimientos para la Organización de Fondos Documentales Acumulados. Unidad Imprenta Distrital, Bogotá, 2006.

⁷ ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Acuerdo N° 002 de 2004: “Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados”. Bogotá.

de Trabajo se encuentra fundamentado en la Ley General de Archivos (Ley 594 del año 2000).⁸

Finalmente como parte integral de los trabajos técnicos de organización y recuperación llevados a cabo en las Historias Clínicas de la Unidad de Oncología, se realizó una reflexión sobre el tradicional modelo orgánico-funcional que se empleó para formular los tiempos de retención y la disposición final de las Historias Clínicas en Colombia a través de la Resolución 1995, y que impone un periodo de conservación no máximo de diez años a todo expediente médico, atentando de manera directa contra la posibilidad de conservar y conocer la historia de la salud pública de nuestro país.

Lo que se pretende con esta reflexión es darle la importancia que requieren los expedientes médicos, ya que tanto el Estado como las entidades hospitalarias del país los mira como un problema en continuo avance el cual no merece algún tipo de atención administrativa que pueda ayudar a corregir el devenir de tan importante información clínica. Igualmente, el simple hecho de organizar, recuperar y conservar las Historias Clínicas, no quiere decir que la tarea hasta ahí concluyó, todo lo contrario, apenas comienza, pues se debe buscar promover estos expedientes como patrimonio documental de la sociedad, bien común y principio de desarrollo investigativo.

Por lo tanto se debe buscar que esta información sea dinámica y que aporte a las ciencias humanas y de la salud su soporte básico de información, aprovechada en pro de la investigación historiográfica y científica del cáncer, los programas epidemiológicos del sistema de salud pública, la vida y la enfermedad de los pacientes y los médicos; en fin, aplicadas a la generación de la memoria colectiva y el sentido de pertenencia por nuestra región y sus instituciones.

⁸ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 594 de 2000, LEY GENERAL DE ARCHIVOS. www.archivogeneral.gov.co

1. MARCO NORMATIVO BÁSICO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Las Historias Clínicas en Colombia actualmente se encuentran regidas por la Resolución 1995 del año 1999; y en ella se exponen las características básicas que debe contener el expediente médico, (integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad) además de la obligatoriedad del registro, el diligenciamiento de la información, y la organización y manejo del archivo de Historias Clínicas.

Anterior a esta Resolución, las Historias Clínicas en Colombia estuvieron regentadas por la Ley 23 de 1981 la cual obligaba a las instituciones del sector de la salud a registrar cada una de las prescripciones médicas realizadas al paciente y someterlas a la total reserva. Esta Ley era un compendio de la conducta ética médica en la que se buscaba garantizar el secreto profesional del galeno sobre todo “aquellos que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, (salvo en los casos contemplados por disposiciones legales)”⁹, por lo queda claro que para la normatividad de la época era más importante garantizar el secreto profesional que establecer criterios de organización y conservación de las Historias Clínicas.

Un par de meses después de sancionada esta Ley, el Decreto presidencial 3380 de 1981, en el Artículo 23, exoneró de toda responsabilidad ética al médico y sus auxiliares sobre el conocimiento que estos tuvieran de la Historia Clínica.

Es bien sabido que con la llegada de la Ley 100 de 1993, las Historias Clínicas adquirieron una nueva faceta que iba más allá del mero registro de las acciones medicas; pues también sirvieron de testimonio de las acciones administrativas de las entidades que entraron a operar en el sistema general de seguridad social en salud. La historia Clínica fue el punto de referencia para medir y evaluar la calidad del servicio de salud, por lo que empezó a formar parte de las auditorías médicas realizadas por parte de los entes de control. Prueba de ello son el Decreto 2174 de 1996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud; el Decreto 2309 de 2002 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente, el desarrollo normativo de las Historias Clínicas ha obedecido a las necesidades que en materia de salud la nación ha experimentado y que a pesar de las irregularidades presentadas en el sistema social, se han podido adaptar a

⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

los cambios de la estructura sanitaria del país, lo que le ha permitido desarrollar nuevos tópicos, los cuales, hasta hace un par de años, eran impensables de realizar en este tipo de información.

A continuación se presenta el listado de Leyes, Decretos y Acuerdos que sirven de referencia no solamente técnica, sino también histórica, del desarrollo normativo de las Historias Clínicas en Colombia:

- Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
- Decreto 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981.
- Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Resolución 1382 de 1999. Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 2546 de 1998 y 0365 de 1999. Artículo 3: Ajuste a la estructura de datos de identificación, consulta, procedimientos, hospitalización y urgencias.
- Acuerdo 07 de 1994, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos como norma reguladora del quehacer archivístico del país.
- Acuerdo 07 de 1994, Archivo General de la Nación. Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos
- Acuerdo 011 de 1996, Archivo General de la Nación. Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos.

2. PRIMERA FASE: PRE-DIAGNÓSTICO DEL FONDO DOCUMENTAL ACUMULADO

La Ley 594 del 2000 define el archivo como el espacio que resguarda el “conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia”¹⁰.

Como se observa, el apilar documentos en una bodega o cuarto no es suficiente para que a este espacio se le asigne el remoquete de archivo, y así pretender dar a entender que, como tal, se cumple con las exigencias que en los últimos años han venido exigiendo a los organismos estatales el Archivo General de la Nación y entes de control en materia de gestión documental. El concepto de archivo como tal busca integrar la conservación de la información en conjunto con la consulta de la misma y, más que asignar un lugar físico a la documentación, lo que se necesita es garantizar la óptima preservación del acervo documental mejorando paulatinamente las condiciones físicas, ambientales y antropogénicas de aquellos sitios asignados por la propia entidad para almacenarlo.

En este orden de ideas la realidad del archivo de la Unidad de Oncología planteaba el reto técnico de poder establecer un diagnóstico que pudiera acercarnos al estado actual del mismo y así establecer cómo en el pasado la carencia de herramientas archivísticas derivaría a mediano plazo en las actuales condiciones de desorganización, deterioro y hacinamiento de las Historias Clínicas.

Pero antes de dar a conocer los resultados que se registraron en el diagnóstico, vale la pena explicar por qué se utilizó la herramienta metodológica que propone el Archivo de Bogotá¹¹ para diagnosticar Fondos Documentales.

El archivo de la Unidad de Oncología nunca se ha constituido como una unidad administrativa¹² en la que se encuentren asignados funcionarios (jefe de archivo y auxiliar de archivo) de tiempo completo para administrar exclusivamente la información que se gesta en la dependencia. El servicio de enfermería que labora en la Unidad, y por momentos los grupos de damas de la caridad, siempre se han encargado de apoyar las labores de recuperación, organización y diligenciamiento

¹⁰ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 594 de 2000: Ley General de Archivos.

¹¹ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría General. Archivo de Bogotá. Una Guía de Procedimientos para la Organización de Fondos Documentales Acumulados. Bogotá: Unidad Imprenta Distrital, 2006. P. 53-54.

¹² PINTO DORIA, Piedad. Apuntes para la Organización de Historias Clínicas. Bogotá: Buenos y Creativos S.A.S, 2009. P. 59.

de los libros o cuadernos con los cuales registran la apertura de historias clínicas. Igualmente, en la entidad nunca se ha creado órganos o comités técnicos y legales que dictaminen políticas o directrices que garanticen la seguridad y custodia de la historia clínica. El archivo nunca ha formado parte de la estructura orgánica de la Unidad de Oncología. Además, la infraestructura y recursos físicos no son acordes con las condiciones de construcción y equipamiento requeridos para la custodia de la información y la prestación de un óptimo servicio.

Por lo tanto, bajo este contexto administrativo y legal, la ficha técnica para diagnosticar las condiciones de depósito y almacenamiento de fondos documentales que propone el Archivo de Bogotá, resulta oportuna y sencilla de aplicar puesto que el archivo de historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS no requiere de un enorme diagnóstico que busque exponer la complejidad administrativa de la entidad y los recursos técnicos y administrativos que posee para su funcionamiento.

A continuación se presenta el resultado del pre-diagnóstico que evidencia las condiciones que para esta primera fase determinó los posteriores “procesos de organización física, identificación y descripción que se deben abordar para valorar la masa documental”.¹³

FICHA TÉCNICA DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE DEPÓSITO Y ALMACENAMIENTO

Entidad: Hospital Universitario de Santander: Unidad de Oncología y Radioterapia.

Dirección: Carrera 33 N° 28-126, Tel. 6346110. www.hus.gov.co

Área evaluada: Archivo Unidad de Oncología y Radioterapia.

¹³ PINTO DORIA, Piedad. Apuntes para la Organización de Historias Clínicas. Bogotá: Buenos y Creativos S.A.S, 2009. P. 18.

Imagen 1. Fachada de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Ramón González Valencia. 1 Agosto 2013



Imagen 2. Espacio físico donde funciona el Archivo. 1 Agosto 2013

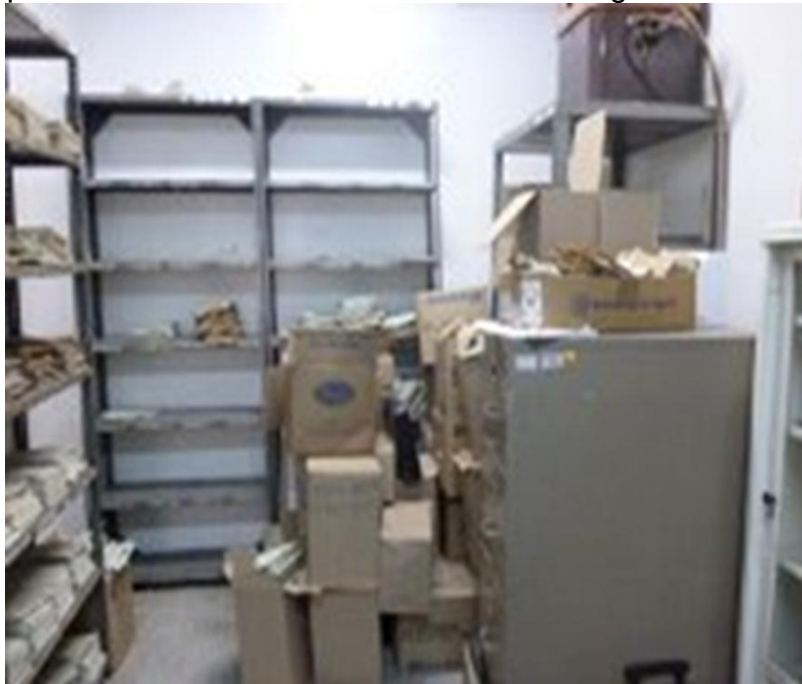
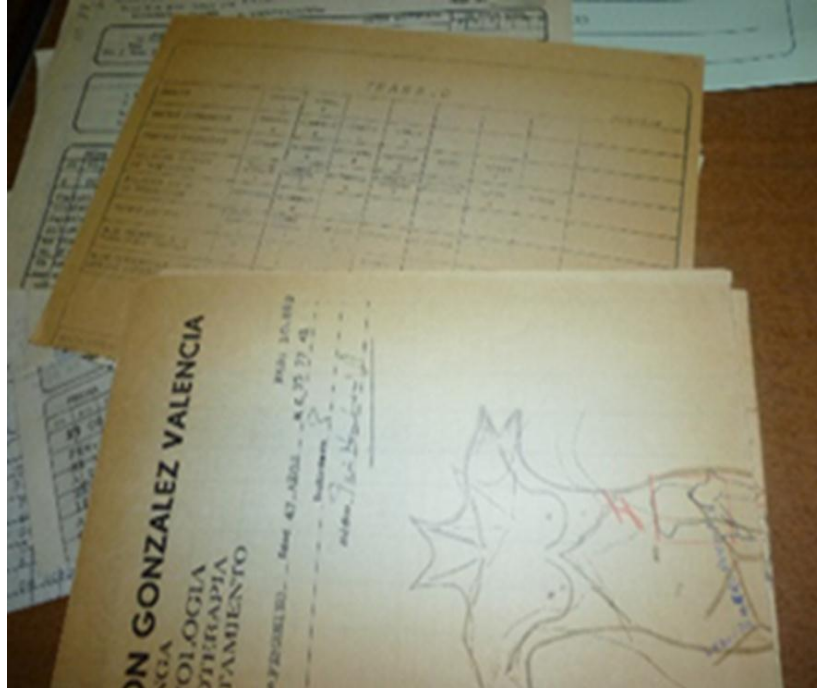


Imagen 3. Estado de deterioro del soporte papel. 1 Agosto 2013



2.1 NIVEL DE ORGANIZACIÓN Y ORDENACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Resulta evidente la inexistencia de un proceso de organización el cual agrupe de manera lógica la totalidad de las historias clínicas, evidenciando así, indebidos trabajos de almacenamiento de la información.

Se evidenció la existencia de libros y cuadernos en los cuales se registran las fechas de apertura de la historia clínica, datos de filiación del paciente, empresa de seguridad social a la cual se encuentra vinculado, número de radicación interna y general, y finalmente el tipo de cáncer diagnosticado al paciente. Los libros y cuadernos datan de inicios de los años sesentas hasta la fecha.

A pesar de la existencia de estos instrumentos de control, estos no han sido lo suficientemente efectivos para evitar la desorganización, pérdida, mutilación e irreparable eliminación de los expedientes clínicos. Se requiere urgentemente la creación de un inventario documental. Se pudo establecer que el sistema de ordenación a efectuar correspondería al numérico, particularmente, el cronológico, puesto que las tipologías documentales que integran las historias clínicas obedecen a una dinámica de diagnósticos, tratamiento y chequeos al paciente, y como tal, esta secuencia se realiza entre intervalos de periodos muy cercanos y en el mejor de los casos, intervalos muy largos. Resulta entonces evidente la ruptura cronológica existente entre las etapas previas y posteriores al tratamiento,

imposibilitando hallar una coherencia de lo que en su momento resultó ser un normal trámite de la historia clínica.

Imagen 4. Se utilizan cuadernos o libros para consignar la información de cada una de las historias clínicas. 1 Agosto 2013.

Fecha	Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Profesión	Estado Civil	Dirección	Observaciones
1980-10-10	Carlos Alberto Salazar	masculino	30 años	abogado	casado	Calle 10 No. 100	
1980-10-11	María José Salazar	femenino	28 años	señalada	casada	Calle 10 No. 100	
1980-10-12	Antonio Salazar	masculino	25 años	estudiante	soltero	Calle 10 No. 100	
1980-10-13	María Teresa Salazar	femenino	22 años	estudiante	soltera	Calle 10 No. 100	
1980-10-14	Diego Salazar	masculino	18 años	estudiante	soltero	Calle 10 No. 100	
1980-10-15	María Elena Salazar	femenino	15 años	estudiante	soltera	Calle 10 No. 100	
1980-10-16	Carlos Salazar	masculino	12 años	estudiante	soltero	Calle 10 No. 100	
1980-10-17	María Salazar	femenino	10 años	estudiante	soltera	Calle 10 No. 100	
1980-10-18	Antonio Salazar	masculino	8 años	estudiante	soltero	Calle 10 No. 100	
1980-10-19	María Salazar	femenino	6 años	estudiante	soltera	Calle 10 No. 100	
1980-10-20	Diego Salazar	masculino	4 años	estudiante	soltero	Calle 10 No. 100	
1980-10-21	María Salazar	femenino	3 años	estudiante	soltera	Calle 10 No. 100	
1980-10-22	Antonio Salazar	masculino	2 años	estudiante	soltero	Calle 10 No. 100	
1980-10-23	María Salazar	femenino	1 año	estudiante	soltera	Calle 10 No. 100	

2.2 CONDICIONES FÍSICAS DE LAS ÁREAS DE ALMACENAMIENTO

Las condiciones físicas que presenta el área que alberga el archivo se pueden valorar como aceptables teniendo en cuenta las posibilidades de reacondicionamiento que a mediano plazo podrían ofrecerse en pro de mejorar el ambiente de seguridad y preservación de las historias clínicas.

Imagen 5. Única Puerta de acceso y salida del Archivo.



Imagen 6. El área de Archivo comparte espacio con enseres de la Unidad de Oncología. 1 Agosto 2013.



2.3 LOCALIZACIÓN

La construcción de la Unidad de Oncología y Radioterapia data de mediados del año de 1976¹⁴ la cual contemplaba espacios para ejecutar los tratamientos en Radioterapia profunda y superficial. Además el plano también deja entrever zonas complementarias para la planeación de los tratamientos, el estudio de biopsias, realización de exámenes clínicos, ubicación de camillas, sala de juntas, vestidores, hall de espera, área de trabajo para los técnicos de radioterapia, y finalmente registra lo que a futuro sería la ampliación de la sala de cobalto. La Unidad sería construida de un solo piso.

Dentro de los anteriormente citados servicios y elementos mencionados, lo que más llama la atención de este plano es la construcción de una zona en la que funcionaría el archivo (2.40 cm. de longitud x 3 m. de ancho), que aunque no muy grande, por lo menos serviría para custodiar el volumen de historias clínicas de los primeros años. Este hallazgo permite evidenciar cuán importante resultaba para la Unidad el poder tener al interior de sus instalaciones una zona en la cual se pudieran contener los registros producto de la consulta, tratamiento y controles médicos que se practicarían en los pacientes con cáncer, y así poder garantizar a los mismos, la fácil ubicación y consulta de sus historias clínicas.

Con los años la estructura física de la planta general ha soportado varias modificaciones y ampliaciones en su composición original debido al incremento de tratamientos a pacientes con cáncer, lo cual ha generado repensar la posibilidad de maximizar en lo posible los espacios y así poder prestar un servicio oncológico más cómodo el cual cumpla con los protocolos de seguridad y estándares de calidad exigidos cada vez con más frecuencia por parte de las autoridades competentes en la materia.

En ese repensar estructural de la Unidad de Oncología y Radioterapia, el archivo no ha sido ajeno al activo mejorar de la planta y actualmente este se encuentra ubicado hacia el costado occidental de la planta general de la Unidad de Oncología y Radioterapia. Se puede considerar que muy posiblemente la zona se habilitó a mediados de la década de los años noventa en el área donde se desempeñaron las labores de suministro del tratamiento de Rayos X superficial para pacientes con cáncer de piel.

¹⁴ Muy probablemente la construcción de la Unidad se pudo dar en el último semestre del año de 1976, puesto que así lo indica un plano traspapelado que se encontró y que perteneció al Servicio de Salud de Santander y en concreto a la Sección de Construcciones Hospitalarias, el cual indica el mes de agosto como el periodo cuando se presentó el dibujo para el posterior desarrollo de la obra arquitectónica.

Imagen 7. Fachada de la Unidad de Oncología días antes de entrar a operar 1979.



Fuente: VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. 30, Mayo, 1979. p. 1.

2.4 CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS

La superficie del archivo se encuentra contenida entre 2.90 cm de ancho, 5.80 cm de profundidad por 3.20 cm de alto. La estructura física se encuentra en buen estado, no reviste deterioro en los muros y fueron recientemente pintados. Las historias Clínicas comparten espacio con artículos ajenos a un archivo (pesebre y decoraciones navideñas, cajas con facturas, cajas de elementos médicos, papelería de trabajo, libros) y que son frecuentemente llevados allí para ser apilados y abandonados.

Esto último está generando la aparición de roedores y mosquitos al interior del archivo, razón por la cual pone en riesgo la documentación, ya que resulta evidente que estos agentes patógenos no solamente representan amenaza para la preservación y conservación del acervo documental, sino que además también se manifiestan como un elemento que compromete la salud de quienes a diario manipulan la información.

Además de aglomerar elementos no propios de un archivo, otro problema que presenta es el de la utilización de sus espacios para acomodar archivadores metálicos que actualmente se encuentran en avanzado deterioro y que en su interior contiene documentos con niveles de consulta nulos, y que tan solo se anquilosan con el pasar de los años. Resulta necesario que los responsables de este mobiliario realicen una jornada de expurgo con el objetivo de poder dar de baja a estos enseres, y así poder maximizar el espacio el cual ya resulta insuficiente para el volumen que anualmente se produce de historias clínicas.

El piso, aunque algo desgastado, no resulta ser un factor contaminante para el archivo. El piso está cubierto por la tableta (30 cm x 30 cm) que originalmente se utilizó al momento de construir la Unidad. Igualmente la estructura no presenta humedad ni ningún tipo de filtración de luz, o de agua, que amenace la integridad física de los archivos.

Se puede acceder al interior del archivo a través de su única puerta en madera y sin cerradura (86.5 cm x 2 m y 6 cm de grosor) la cual es de corredera, pero que debido al escaso mantenimiento y engrase de sus rieles, se encuentra en la actualidad atorada por lo que resulta imposible de cerrar. Esta situación representa un alto nivel de riesgo para la seguridad de la documentación, puesto que el archivo se encuentra en un área en donde confluyen no solamente los funcionarios y pacientes, sino además también personas que indistintamente frecuentan la Unidad de Oncología del HUS. Por lo tanto se hace necesario gestionar la realización de un mantenimiento el cual pueda solucionar la avería de la puerta del archivo.

La iluminación natural es escasa. El archivo tan solo cuenta con dos ventanas muy reducidas que permanecen en todo momento cerradas, por lo tanto al momento de ingresar a consultar las historias clínicas, obligatoriamente se deben encender las luces puesto que la penumbra es total. Igualmente no se presenta entrada directa de luz natural que incida sobre la documentación.

La iluminación artificial se da través de dos lámparas fluorescentes las cuales se encuentran ubicadas de forma horizontal, e instaladas en la parte central del techo iluminando lo necesario al archivo.

La ventilación natural del área de archivo se da únicamente por medio de la puerta, por lo que en días calurosos la temperatura tiende a incrementar la humedad del lugar tornando, por momentos, difícil la estadía en el lugar. Inclusive se recuperó e instaló un ventilador para poder ventilar artificialmente el archivo y volver más cómodo el ambiente. El aire no circula entre la puerta y las ventanitas del área.

Imagen 9. Los archivadores metálicos le restan espacio a la ubicación de estantes al interior del archivo. 1 agosto 2013.



Imagen 10. Rieles de la puerta de acceso al archivo en mal estado. 1 Agosto de 2013.



Imagen 11. Puerta de corredera, único acceso y salida del archivo. 1 agosto 2013.



Imagen 12. La entrada de luz natural se da únicamente a través de dos ventanillas. 1 Agosto 2013.



Imagen 13. La iluminación del archivo en todo momento es artificial.1 Agosto 2013.



2.5 MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA

Nunca se han realizado planes o jornadas de mantenimiento correctivo ni preventivo en el archivo. No se limpia ni aspira el polvo tanto de estantes como de historias clínicas. Una vez por semana se realizan actividades de limpieza, la cual se lleva a cabo de la manera convencional, es decir, usando escoba, trapeo, jabón en polvo y límpido. Se carece de extintor en el interior del Archivo.

2.6 MOBILIARIO

2.6.1 Cantidad Total de Estantes en el Archivo. La estantería resulta insuficiente para el volumen documental que se produce de historias clínicas, por lo tanto el archivo inactivo debe improvisar cajas convencionales para que sirvan como unidades de almacenamiento de esta información. Igualmente los estantes se encuentran recostados sobre los muros del archivo y no tiene un sistema de identificación visual de la documentación.

Otro aspecto que preocupa es el estado en el que se encuentra la pintura de la estantería debido a que no ha sido retocada e inclusive ya se puede observar oxido en los entrepaños inferiores, por lo tanto el anticorrosivo también necesita ser aplicado nuevamente. Se puede también observar que algunos entrepaños se encuentran ligeramente combados y llenos de polvo y telarañas.

La estantería se encuentra anclada a la pared por lo que no representa peligro alguno de venirse al suelo en el momento de ubicar el peso de los expedientes sobre ellos.

Tabla 1. Cuadro que evidencia la existencia de la cantidad de estantes que posee el archivo de la Unidad de Oncología y Radioterapia.

Cantidad Estantes	Material	Medidas	Cantidad Entrepaños	Ciclo de Archivo
5	Metálico	2.17 x 91 x 30	7	Histórico
1	Metálico	1.79 x 92 x 31	6	Histórico
1	Madera	2.25 x 1.94 x 22.5	25	Gestión

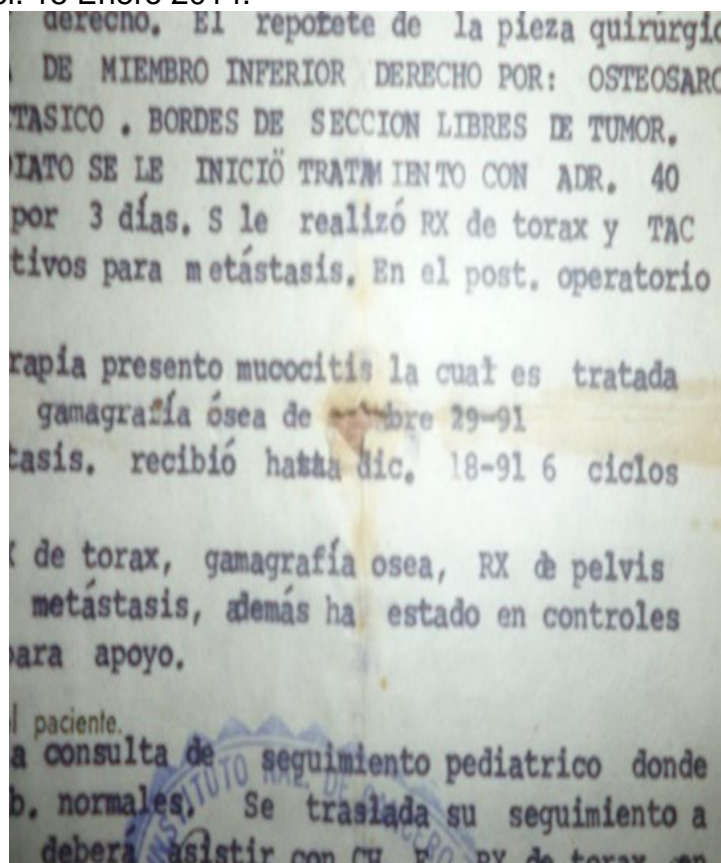
Imagen 14. Los expedientes clínicos que se encuentran en gestión son ubicados en un estante de madera. 1 Agosto 2013.



2.7 ESTADO DE DETERIORO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

2.7.1 Deterioro Biológico. Quizás este factor es el que menos detrimento ha ocasionado en el soporte papel de las historias clínicas. Su presencia no logra ser una amenaza constante sobre la integridad de la información.

Imagen 15. Documento afectado moderadamente por efecto de la humedad en el soporte de papel. 15 Enero 2014.



2.7.2 Deterioro Químico. Este factor resulta evidente en la alteración de los materiales que componen el papel de las historias clínicas, por lo tanto se pueden observar documentos con tonos extremadamente decolorados, y otros evidencian pronunciadas manchas amarillas en zonas totales o parciales del documento, que inclusive se han impregnado al contacto con formatos en papel periódico, los cuales producen y transfieren oxidación. También se puede observar el quiebre y la fragilidad de las características intrínsecas del papel¹⁵ en buena parte de la documentación, dando un aspecto quebradizo y propenso a rompimientos.

¹⁵GUERRERO MATEUS, Laura. Deterioros más comunes del material del Archivo. Disponible en: www.archivobogota.gov.co/deterioros.

Imagen 16. Oxidación de un formato de examen clínico con propiedades en papel periódico. 15 Enero 2014.



2.7.3 Deterioro Físico. Este tipo de deterioro es el más presente en la documentación debido a la “incorrecta manipulación y almacenamiento”¹⁶ de las historias clínicas. A continuación el registro fotográfico ilustra los tipos de deterioro más frecuentemente encontrados durante el diagnóstico:

Imagen 17. Fragilidad y rasgamiento del soporte papel con transparencia de las tintas. 15 Enero 2014.



¹⁶ GUERRERO MATEUS, Laura. Deterioros más comunes del material del Archivo. Disponible en: www.archivobogota.gov.co/deterioros.

Imagen 18. Documento mutilado. 15 Enero 2014.

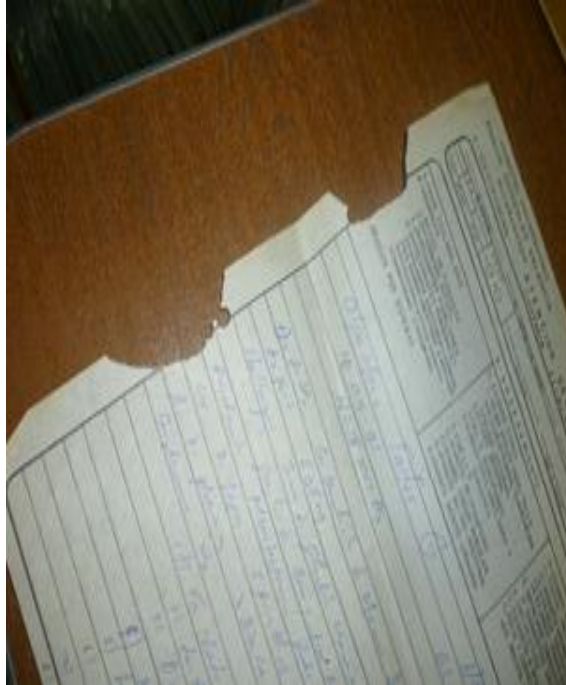


Imagen 19. Formato de consulta averiado y mutilado por la abertura mecánica de huecos en su costado izquierdo. 15 Enero 2015.

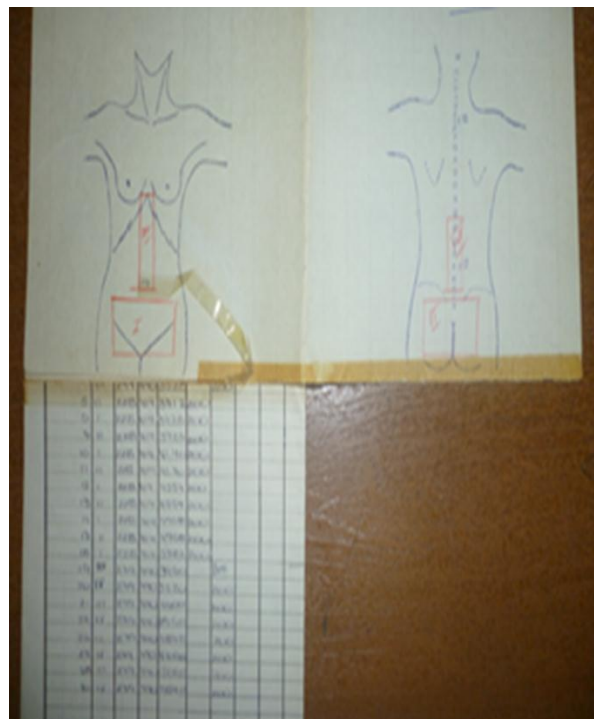


Imagen 20. Manchas de óxido transferidas por la indebida utilización de grapas metálicas y cintas autoadhesivas. 15 Enero 2014.



Imagen 21. Indebido procedimiento de primeros auxilios practicado en un formato de Esquema de Tratamiento. 15 Enero 2015.



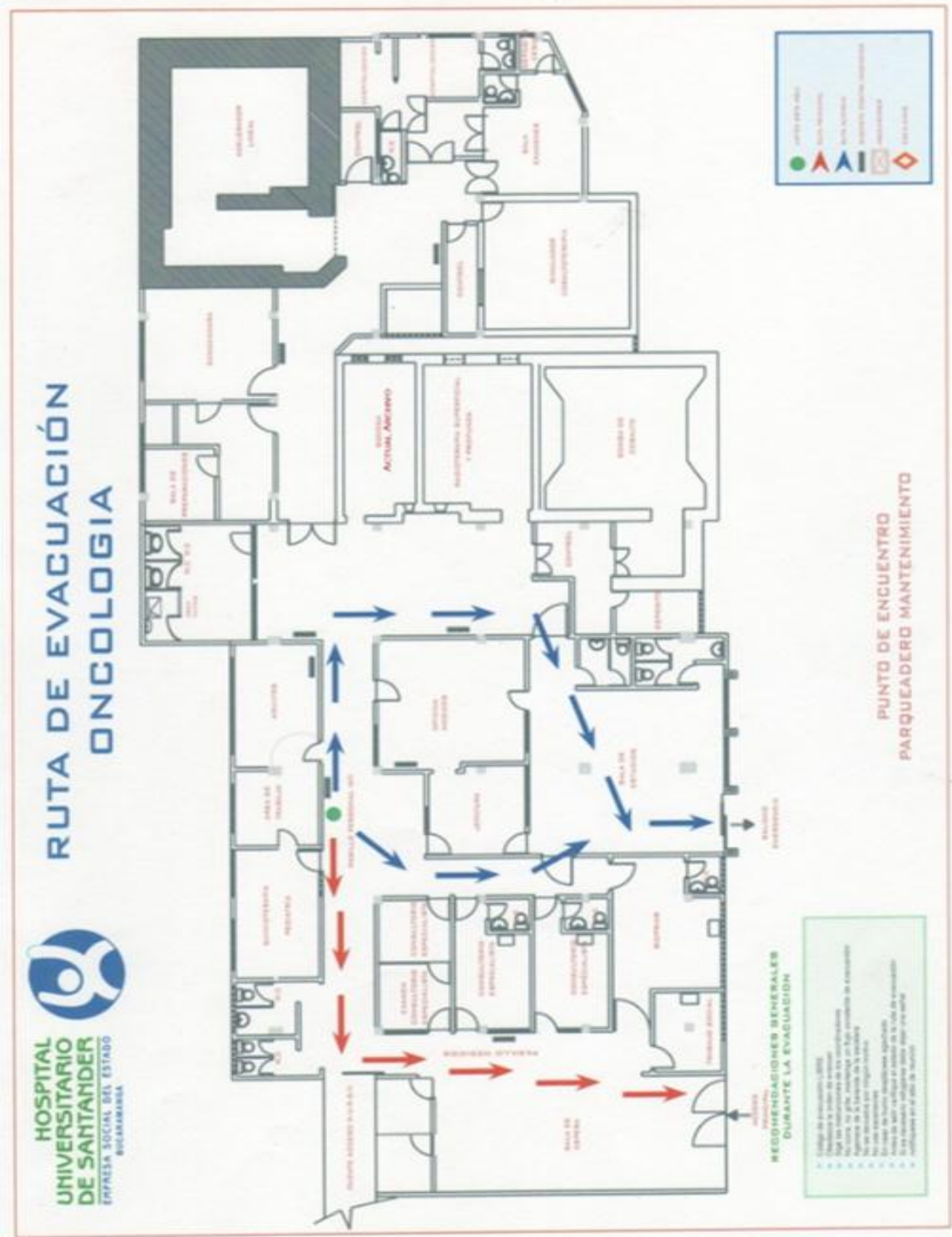
2.8 SALUD OCUPACIONAL

Las historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia que se encuentran en la etapa de gestión no representan ningún tipo de riesgo a nivel de la salud de los funcionarios que las consultan. No existe deterioro biológico, ni químico, y por lo tanto extremar la utilización de implementos de protección para acceder a la información sería un desgaste en el que no interesaría incurrir.

Tan solo se recomienda a quienes consultan las historias clínicas que lo hagan utilizando guantes de látex para así evitar transferir a los documentos la alcalinidad que produce el sudor de las manos, y finalmente evitar usar grapas, perforar el papel y rayarlo con lapiceros o resaltadores.

Para el caso de las historias clínicas de carácter histórico se recomienda el uso obligatorio de medidas de protección (guantes de látex y tapabocas) debido al alto grado de descomposición biológica que presentan los documentos, los cuales se encuentran contaminados por hongos y bacterias que resultan ser perjudiciales para la salud del ser humano. Tener en cuenta el lavado de las manos, antebrazos y rostro después de haber tenido contacto con las historias clínicas.

Imagen 22. El mapa señala la ruta de evacuación de la Unidad de Oncología, en caso de presentarse siniestro natural, atentado terrorista o emergencia de incendio.



Fuente: Unidad de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario de Santander.

2.9 MEDICIÓN DEL FONDO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS

La Norma Técnica Colombiana 5029 sirvió como instrumento técnico de referencia para llevar a cabo la medición del fondo documental. Este método sirve como apoyo para el “desarrollo de tareas, estudios y programas encaminados a optimizar espacios y racionalizar costos y está orientada a definir aspectos que faciliten la medición de archivos con base en las diferentes formas volumétricas y características de los mismos”¹⁷.

La medición del fondo documental resultó ser un desafío técnico debido al alto grado de desorganización en que se encontraba el archivo de la Unidad. La dispersión de historias clínicas al interior del archivo se evidenciaba debido al agrupamiento de estos documentos entre estantes, archivadores metálicos y diferentes tipos de cajas, los cuales eran contenedores de la documentación, y coadyuvaban a imposibilitar las labores de medición debido a lo irregular que resultaban las dimensiones de las áreas encontradas con información.

Después de identificar y verificar los lugares del archivo donde se encontraban diseminadas las historias clínicas, se pudo establecer que 18 espacios eran contenedores de expedientes y como resulta obvio, no reunían las condiciones mínimas de embalaje y conservación.

Dichos espacios conservaban historias clínicas con fechas extremas que datan desde comienzos de la década de los sesentas hasta el año 2004. La extendida temporalidad del fondo hace que este posea historias clínicas de dos entidades o sub-fondos que en determinados momentos gestaron los registros clínicos: los Hospitales San Juan de Dios y Ramón González Valencia.

Las dos instituciones contaron con el servicio de radioterapia a enfermos con cáncer en el departamento y lugares circunvecinos a la región.

Finalmente el desarrollo de actividades conjuntas de identificación de espacios y medición de los mismos, proyectó una cifra aproximada de 84 metros lineales. La cifra desalentaba un poco frente al espacio y el mobiliario del cual dispone el archivo, situación que llevó finalmente a pensar en cómo remediar el hacinamiento de las historias clínicas.

A continuación el siguiente cuadro ilustra detalladamente las dimensiones volumétricas de las unidades de almacenamiento y su respectiva conversión a metros lineales para finalmente en base a ello, planificar el plan de trabajo que se efectuara en el volumen documental de historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS.

¹⁷ Norma Técnica Colombiana 5029: Medición de Archivos. ICONTEC, Bogotá.2004.

Tabla 2. Formato de Visita Diagnóstica a los Depósitos y Archivos de Gestión

Formato de Visita Diagnóstica a los Depósitos y Archivos de Gestión										
Entidad: Hospital Universitario de Santander										
Unidad Administrativa: Gerencia de Alto Costo										
Dependencia: Unidad de Oncología y Radioterapia										
Espacio Físico (Archivo Central, Bodega, Oficina)	Descripción del Contenido (Series o sub-series contenidas)	Ciclo Vital			Unidad Almacenamiento	Cantidad Aprox. H.C	Unidad Almacenamiento	Dimensiones Volumétricas		
		Gestión	Semi- activo	Inactivo				Dim. 1	Dim. 2	Dim. 3
Archivo	Historias Clínicas			X	Estante Metálico	1200	Chuspas 23.5 x 17.5	2.17 cm.	91 cm.	30 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Estante Metálico	1000	Chuspas 23.5 x 17.5	1.79 cm.	92 cm.	31 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Estante Metálico	1200	Chuspas 23.5 x 17.5	2.17 cm.	91 cm.	30 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Estante Metálico	1200	Chuspas 23.5 x 17.5	2.17 cm.	91 cm.	30 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Estante Metálico	1200	Chuspas 23.5 x 17.5	2.17 cm.	91 cm.	30 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Estante Metálico	1200	Chuspas 23.5 x 17.5	2.17 cm.	91 cm.	30 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	600	Chuspas 23.5 x 17.5	71 cm.	91 cm.	40 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	1200	Chuspas 23.5 x 17.5	90 cm.	60 cm.	70 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	900	Chuspas 23.5 x 17.5	90 cm.	30 cm.	34 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	130	Chuspas 23.5 x 17.5	18 cm.	17.5 cm.	50 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	100	Chuspas 23.5 x 17.5	25 cm.	17.5 cm.	34 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	180	Chuspas 23.5 x 17.5	25 cm.	17.5 cm.	69 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	300	Chuspas 23.5 x 17.5	38 cm.	17.5 cm.	43 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	300	Chuspas 23.5 x 17.5	76 cm.	25 cm.	25 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Caja	150	Chuspas 23.5 x 17.5	40 cm.	17.5 cm.	25 cm.
Archivo	Historias Clínicas	X			Estante Madera	1250	Chuspas 23.5 x 17.5	2.25 cm.	1.94 cm.	22.5 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Archivador Metálico	450	Chuspas 23.5 x 17.5	1.25 cm.	49 cm.	50 cm.
Archivo	Historias Clínicas			X	Archivador Metálico	450	Chuspas 23.5 x 17.5	1.35 cm.	49 cm.	40 cm.
					Total aprox. H.C.= 11.810		Total metros Lineales	84 Metros Lineales		

2.10 CONCLUSIONES DIAGNÓSTICO GENERAL

Se evidencia la escasa ejecución de procesos técnico-archivísticos en el total de las historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS. Procesos como ordenación, organización, depuración, limpieza, foliación, embalaje, identificación y creación de inventarios documentales, deben implementarse con suma urgencia, dado el alto grado de deterioro y pérdida de los expedientes gestados desde los primeros años de servicio oncológico hasta finales de los años noventa.

En este orden de ideas se plantea un trabajo archivístico el cual está proyectado a recuperar las historias clínicas de los sub-fondos documentales de los Hospitales San Juan de Dios (1961-1978) y Ramón González Valencia (1979-1993). Cabe aclarar que el sub-fondo del Hospital San Juan de Dios, muy a pesar de los 17 años encontrados no logra sobrepasar la cifra de 150 expedientes, razón por la cual resulta imperante rescatarlo del olvido, ya que muy posiblemente nos encontremos con los últimos vestigios del trabajo realizado por una unidad médica del viejo Hospital san Juan de Dios de Bucaramanga.

Para el caso del sub-fondo del Hospital Ramón González Valencia 1979-1993, la cantidad estimada de Historias Clínicas a organizar rondaría la cifra de 5000 expedientes.

3. SEGUNDA FASE: PLAN DE TRABAJO Y DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS TÉCNICO-ARCHIVÍSTICOS QUE SE IMPLEMENTARON EN LA RECUPERACIÓN DEL FONDO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS

Después de efectuado el pre-diagnóstico al fondo documental de Historias Clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, se diseñó un plan de trabajo¹⁸ coherente y práctico que facilitara la consecución de los objetivos propuestos para la organización del archivo. El plan, además de consignar objetivos de trabajo, incluyó la cantidad de “insumos, equipos e instalaciones”¹⁹ necesarios y un cronograma.

Antes de entrar en la descripción pormenorizada de los trabajos de clasificación, ordenación y descripción de las Historias Clínicas, bien vale la pena explicar por qué las labores hicieron énfasis en la recuperación de los expedientes producidos entre los años 1961 y 1993, exponiendo los factores que influyeron finalmente en la decisión.

El alto grado de deterioro producto de las precarias condiciones de almacenamiento en que se encontraron las historias clínicas, resultó ser un factor preponderante para proceder a la oportuna intervención de este acervo documental, ya que los niveles más altos de avería de las unidades de conservación y de la documentación, se daba desde las primeras historias clínicas hasta las gestadas en la década del noventa, particularmente hasta el año de 1993.

3.1 PLAN DE TRABAJO

3.1.1 Objetivo general. Clasificar, Ordenar y describir las Historias Clínicas oncológicas entre 1961 y-1993.

3.1.2 Objetivos específicos.

1) Etapa I. Clasificar los subfondos de los Hospitales San Juan de Dios y Ramón González Valencia:

- Cuadro de Clasificación Documental.
- Tabla de Valoración Documental: Hospital San Juan de Dios
- Tabla de Valoración Documental: Hospital Ramón González Valencia

¹⁸COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Acuerdo N° 002 de 2004: “Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados”. Bogotá: AGN, 2004.

¹⁹ Ibídem.

2) **Etapa II.** Efectuar los procesos técnico-archivísticos de ordenación, depuración, limpieza, foliación, re-empaque, embalaje e identificación de las Historias Clínicas Oncológicas.

3) **Etapa III.** Realizar la plena descripción de cada una de las Historias Clínicas organizadas para construir el Inventario Documental.

4) Socializar la entrega del Archivo de Historias Clínicas a los representantes y funcionarios de la Unidad de Oncología y Radioterapia.

3.1.3 Lugar de trabajo.

Instalaciones del Archivo de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS.

3.1.4 Materiales y equipos.

- 4.000 Unidades de Conservación “chuspas”, para el re empaque de las historias clínicas
- 50 cajas X200
- 50 sticker autoadhesivos, color blanco 14 x 11 cm.
- 1 Caja de lápices HB mina negra
- 1 Caja de borradores
- Sacaganchos
- Sacapuntas
- 2 resmas de papel tamaño oficio
- Mesa para organizar las historias clínicas
- Silla
- Portátil para levantamiento del inventario documental

3.1.5 Cronograma.

TAREAS / MESES	JUL	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
Prediagnóstico del Archivo de Historias Clínicas.	X					
Ejecución de los procesos técnico-archivísticos en las Historias Clínicas (Clasificación, organización, depuración, limpieza, foliación y re empaque)		X	X	X		X
Levantamiento del Inventario Documental.				X	X	
Entrega Informe Final						X

3.2 ETAPA I. CLASIFICAR LOS SUBFONDOS DEL HSJD* Y HRGV**

Se pudo identificar la existencia de dos subfondos documentales como los productores de la información. El primero corresponde al Servicio de Cancerología y Radioterapia el cual funcionó en el antiguo Hospital San Juan de Dios, y el segundo subfondo pertenece al Servicio de Radioterapia del Hospital Ramón González Valencia liquidado en el año 2005.

En síntesis, el archivo de historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia contiene expedientes de tres entidades hospitalarias distintas. Las dos primeras se encuentran liquidadas y la última, actualmente presta los servicios de atención médica desde el año 2005 bajo la razón social Hospital Universitario de Santander.

3.2.1 Cuadro de Clasificación Documental. Al presente los dos subfondos documentales cerrados se encuentran ubicados en el mismo espacio físico del fondo documental activo de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, por lo tanto resulta conveniente ilustrar esta situación de coexistencia de una misma subserie documental en tres distintos momentos y entidades a través del siguiente cuadro de clasificación documental:

* Por sus siglas: Hospital San Juan de Dios

** Por sus siglas: Hospital Ramón González Valencia

Tabla 3. CUADRO DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL

CUADRO DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL							
Archivo de Historias Clínicas Unidad de Oncología y Radioterapia-Hospital Universitario de Santander							
Fondo	Sub-fondos	Sección	Sub-Secciones	Serie	Tipologías Documentales	Fechas Extremas	Estado
Hospital Universitario de Santander	1) Sub-fondo Hospital San Juan de Dios	Servicio de Cancerología y Radioterapia	-Sección de Roentgenterapia	-Historias Clínicas	-Resultado Histopatológico -Resumen Historia Clínica -Remisión Médica -Registros de Consulta -Esquemas de Tratamiento -Resultados Clínicos -Correspondencia	1961-1979	Sub-fondo Cerrado
	2) Sub-fondo Hospital Ramón González Valencia	Unidad de Oncología	-Servicio de Radioterapia	Historias Clínicas	-Resultado Histopatológico -Acta Junta Médica -Resumen Historia Clínica -Remisión Médica -Estudio Socio-económico -Registros de Consulta -Esquemas de Tratamiento -Autorización Exámenes Clínicos -Resultados Clínicos -Correspondencia -Registro Fotográfico	1980-2004	Sub-fondo Cerrado

CUADRO DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL							
Archivo de Historias Clínicas Unidad de Oncología y Radioterapia-Hospital Universitario de Santander							
Fondo	Sub-fondos	Sección	Sub-Secciones	Serie	Tipologías Documentales	Fechas Extremas	Estado
	3) Sub-fondo Hospital Universitario de Santander	Unidad de Oncología y Radioterapia	-Servicio de Radioterapia -Servicio de Quimioterapia	-Historias Clínicas -Historias Clínicas	-Resultado Histopatológico -Acta Junta Medica -Remisión Medica -Registros de Consulta -Esquemas de Tratamiento -Correspondencia -Acta Junta Medica -Registros de Consulta -Esquemas de Tratamiento	2005 hasta la fecha	Sub-fondo Abierto

Por carecer la entidad de organigrama de la época, la información correspondiente a la existencia de las dependencias otrora trabajaran en las unidades de radioterapia de los hospitales liquidados, se pudo establecer a través de los formatos que en su momento se emplearon para la atención oncológica que se encuentran insertos en las historias clínicas. En ellos se pone en evidencia la existencia de una estructura administrativa y medica que funcionó en torno a la aplicación de los tratamientos anti cáncer, evidencias que finalmente permitieron comprobar la presencia de las dependencias posteriormente registradas en el cuadro de clasificación documental.

Imagen 23. Esquema de Tratamiento diligenciado en el año 1961 en la Sección de Roentgenterapia del antiguo Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. 15 Enero 2015.

0976
24-80

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
BUCARAMANGA

SECCION DE ROENTGENTERAPIA

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Sexo: M. Edad: 35

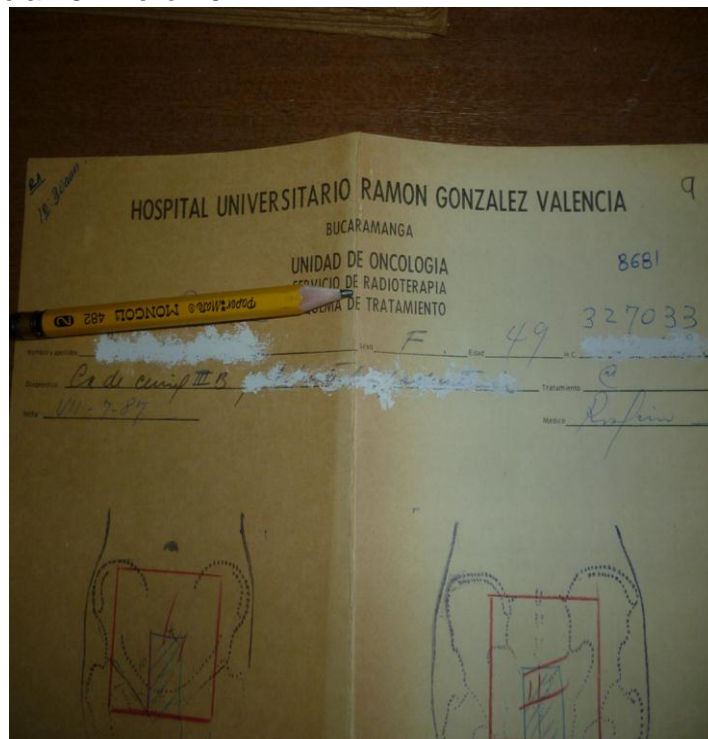
Tratamiento:

Médico: [signature]

carcinoma B. e - pa
Sp the / 61

T

Imagen 24. Este documento fue diligenciado en 1987, y evidencia la existencia de del Servicio de Radioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia. 15 Enero 2014.



3.1.2 Tablas de Valoración Documental. El Acuerdo 002 del año 2002 expedido por el Archivo General de la Nación, recomienda elaborar las Tablas de Valoración Documental “teniendo en cuenta el Cuadro de Clasificación Documental con el fin de registrar correctamente las oficinas productoras y la documentación por ellas producidas”.²⁰

Por ello se crean las Tablas de Valoración Documental para las Historias Clínicas gestadas por los servicios oncológicos del Hospital San Juan de Dios y Ramón González Valencia señalando las entidades productoras, unidades administrativas, serie y tipologías documentales. Por otra parte los tiempos de retención y disposición final de la documentación fueron establecidos a partir del análisis realizado al valor secundario que encontramos implícito en las historias clínicas y que busca garantizar la custodia y preservación de tan importante serie documental.

²⁰ COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. Acuerdo N° 002 de 2004: “Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados”. Bogotá: AGN, 2004.

Tabla 4. Tabla de valoración documental: servicio de cancerología y radioterapia, Hospital San Juan De Dios



REPUBLICA DE COLOMBIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
TABLAS DE VALORACION DOCUMENTAL



ENTIDAD PRODUCTORA: Hospital San Juan de Dios
 UNIDAD ADMINISTRATIVA: Servicio de Cancerología y Radioterapia

Fecha: 27 noviembre 2014
 Hoja: ____ De: ____

CÓDIGO	ASUNTO O SERIES	RETENCIÓN	DISPOCISION FINAL				PROCEDIMIENTOS
		Archivo Central	CT	E	M	S	
	HISTORIAS						
	Historias Clínicas -Resultado Histopatológico -Resumen Historia Clínica -Remisión Médica -Registros de Consulta -Esquemas de Tratamiento -Resultados Clínicos -Correspondencia	10	X		X		Constituyen el patrimonio histórico, científico y cultural de la Entidad, puesto que registran los pormenores de los primeros tratamientos que se efectuaron en pacientes con cáncer en el Departamento de Santander. Se microfílmán para garantizar su preservación en medio perdurable.

CONVENCIONES:

- CT = Conservación Total
- E = Eliminación
- M = Microfilmación
- S = Selección

Firma Aprobacion: _____ Jefe de Archivo

Fecha: _____

Tabla 5. Tabla de valoración documental: unidad de oncología, Hospital Ramón González Valencia



REPUBLICA DE COLOMBIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
TABLAS DE VALORACION DOCUMENTAL



ENTIDAD PRODUCTORA: Hospital Ramon Gonzalez Valencia
 UNIDAD ADMINISTRATIVA: Servicio de Radioterapia

Fecha: 27 noviembre 2014
 Hoja: ____ De: ____

CÓDIGO	ASUNTO O SERIES	RETENCIÓN	DISPOSICION FINAL				PROCEDIMIENTOS
		Archivo Central	CT	E	M	S	
	HISTORIAS						
	Historias Clínicas -Resultado Histopatológico -Acta Junta Medica -Resumen Historia Clínica -Remisión Medica -Estudio Socio-económico -Registros de Consulta -Esquemas de Tratamiento -Autorización Exámenes Clínicos -Resultados Clínicos -Correspondencia -Registro Fotográfico	10	x		x		Constituyen el patrimonio historico, científico y cultural de la Entidad, puesto que registran los pormenores de los primeros tratamientos que se efectuaron en pacientes con cáncer en el Deapartamento de Santander. Se microfildan para garantizar su preservación en medio perdurable.

CONVENCIONES:

- CT = Conservación Total
- E = Eliminación
- M = Microfilmación
- S = Selección

Firma Aprobacion: _____

Jefe de Archivo

Fecha: _____

3.3 ETAPA II. PROCESOS OPERATIVOS: ORDENAR, DEPURAR, LIMPIAR, FOLIAR, REEMPACAR Y EMBALAR LAS HISTORIAS CLÍNICAS ONCOLÓGICAS

Una vez finalizada la clasificación de los expedientes clínicos en la cual se estableció la procedencia y estructura orgánica de las instituciones²¹ gestoras de la información, se procedió de forma inmediata a ejecutar los procesos operativos de organización de cada una de las historias clínicas.

Esta fase del plan de trabajo comprende procedimientos técnicos encaminados hacia la recuperación de la documentación enfatizando este accionar desde siete procesos técnicos: Ordenación, Depuración, Limpieza, Foliación, Re empaque, Embalaje y Rotulación.

3.3.1 Ordenación. Las labores de ordenación de las historias clínicas se concentraron básicamente en organizar cada uno de los expedientes oncológicos, ya que la gran mayoría de ellos se encontraban esparcidos sin lógica alguna por el archivo y su documentación se hallaba desordenada, afectando el orden original en el cual se gestó y tramitó la historia clínica.

Para ello se hizo necesario implementar un sistema de ordenación documental que resolvieran de manera inmediata los problemas de dispersión de los expedientes clínicos y la profunda desorganización de su documentación.

3.3.1.1 El sistema numérico-ordinal. Según el texto “Apuntes para la organización de Historias Clínicas”²², se entiende por ordenación documental como “una actividad de tipo mecánico que se refiere a la acción de unir todos los elementos de cada grupo siguiendo una unidad de orden que pueda ser la fecha, un nombre, un número....Por lo general, el sistema de ordenación elegido esta en relación directa en la forma como se solicitan los documentos al ser consultados”²³.

En este orden de ideas, las historias clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia son identificadas por medio de un número radicado interno el cual es asignado de forma independiente a cada uno de los pacientes que por primera vez reciben atención médica en dicho servicio médico. Igualmente la posterior búsqueda y consulta del expediente se hace a través de este mismo número con el cual se identificó la historia clínica en su primera instancia.

²¹ COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Apuntes para la Organización de Historias Clínicas. Bogotá: AGN, 2009. Pág. 59.

²² *Ibíd.* Pag 36.

²³ *Ibíd.* Pag 36.

Esta forma de ordenar las historias clínicas se viene realizando desde cuándo comenzó el servicio oncológico en el Hospital San Juan de Dios (1958) y que muy posiblemente se continuó en la Unidad de Oncología del Ramón González Valencia, quizás porque el médico radioterapeuta Francisco Espinel Salive, quien fue el jefe de las dos unidades oncológicas y por ende, quien gestó las primeras historias clínicas en ambos servicios radioterapéuticos.

Por lo tanto, y continuando con esta forma de ordenación impuesto de años al parecer por uno de sus directores, las historias clínicas se organizaron siguiendo el mismo lineamiento anteriormente mencionado y que comúnmente se conoce como el sistema numérico-ordinal, el cual consiste “en disponer los documentos en forma consecutiva, progresivamente, obedeciendo a la numérica que los identifica” .

La implementación del sistema numérico-ordinal en la organización de las historias clínicas de la Unidad de Oncología permitió agrupar racionalmente el extenso volumen documental y mejorar la condición estética del Archivo, puesto que las condiciones de desorganización en que se encontró distaban en gran medida de lo que debe representar un archivo en materia de administración y organización de la documentación en una entidad médica.

3.3.1.2 El principio de orden original. La Historia Clínica Oncológica es un expediente compuesto, formado a partir de documentos simples, que se originaron mediante la serie de trámites y requisitos exigidos al paciente en razón del servicio médico que la entidad oncológica brinda al enfermo. Según esto, las historias clínicas debían corresponder al principio de orden original, el cual se formula como necesario en la organización física de un expediente, ya que permite asegurar la secuencia cronológica del sinnúmero documentos administrativos y clínicos que fueron tramitados en virtud del tratamiento médico ofrecido en la Unidad de Oncología:

“Los documentos no se producen todos de una sola vez sino paulatinamente, según las exigencias del asunto en cuestión o según las etapas por las que va pasando el trámite. Para que se produzcan los documentos es necesario esperar un tiempo prudencial, recurrir a varias instancias e, incluso, recurrir a diferentes lugares. De todas maneras, los documentos se producen uno después de otro.”

La ausencia del principio de orden original en las historias clínicas oncológicas era notorio. Debido al desconocimiento de tan relevante principio archivístico por parte de quienes han manipulado la información clínica al momento de depositarla al interior de las unidades de conservación, lo que finalmente derivó en muchos casos a que las historias clínicas tuvieran una ruptura cronológica de los acontecimientos, perdiéndose la lógica de la atención médica que se prestó al paciente, situación que hacía inaccesible la consulta del expediente.

Finalmente se procedió a establecer el principio de orden natural en todas las historias clínicas que componían los sub-fondos del Hospital San Juan de Dios y Ramón González Valencia. Este proceso de organización documental es quizás de los que más tiempo tomó al momento de su ejecución, puesto que las fechas registradas en la gran mayoría de la documentación no resultaba legible, por ser escritas manualmente por el médico o el funcionario de la Unidad cancerológica.

El resultado final, las historias clínicas fueron reconstruidas en la trayectoria en que estas fueron gestadas, garantizándoles así la “causa-efecto que se produce entre los documentos, pues, hay un documento inicial, otro u otros que le siguen y, por último, uno más que concluye.

3.3.2 Depuración. Con el proceso de Depuración se dio inicio a la intervención directa de las historias clínicas de los sub-fondos correspondientes a los servicios oncológicos del Hospital San Juan de Dios y Ramón González Valencia.

Copias de documentos, formatos no diligenciados, empaques de correspondencia y hojas en blanco, fueron descartados de las historias clínicas puesto que no constituían ninguna importancia informativa para el expediente.

Imagen 25. Retiro de duplicidad documental, formatos sin diligenciar y hojas en blanco. 15 Enero 2015.



3.3.3 Limpieza. La indiscriminada utilización de elementos metálicos y la indebida aplicación de primeros auxilios al papel, fueron de los procesos de intervención y recuperación que más tiempo emplearon por el alto porcentaje en que aparecían en cada una de las historias que superasen un mínimo de tres documentos, llegando a retirar en promedio de 5 a 10 ganchos por unidad documental. Por estar en avanzado grado de oxidación, muchos ganchos de cosedora y clips deterioraron un sinnúmero de documentos sobre la zona donde fueron ubicados. Cabe señalar que la utilización de cintas autoadhesivas como recurso final para evitar el desgarramiento del papel, si bien resulta ser efectivo al momento de arreglar el documento, a largo plazo no resulta ser el método más conveniente de primeros auxilios, puesto que la inestabilidad de los materiales que componen tanto el adhesivo como el papel, más las condiciones ambientales del depósito, terminan modificando su estructura física y promoviendo la aparición de manchas sobre los sectores en que se adhirió la cinta.

Imagen 26. Retiro de elementos metálicos y demás materiales perjudiciales para la documentación. 15 Enero 2015.



3.3.4 Foliación. Con el objetivo de poder asegurar el principio de orden original del tratamiento oncológico en las historias clínicas, se procedió a foliar cada una de las tipologías documentales contenidas en el expediente.

Con la foliación se logró controlar puntualmente el conjunto de documentos que posee cada una de las historias clínicas, ya que la cantidad de folios se registró en el Inventario Documental:

“La foliación es parte imprescindible de los procesos de organización archivística pues da fe de la responsabilidad de los productores documentales. La foliación consolida la ordenación. Es también constitutiva del Inventario Único Documental y requisito ineludible para las transferencias tanto primarias (archivo de gestión al archivo central) como secundarias (archivo central al archivo histórico)”.²⁴

3.3.5 Reempaque de las unidades de conservación. El avanzado deterioro de la inmensa mayoría de las unidades de conservación o “chuspas”^{*} como comúnmente llaman al sobre donde se deposita la documentación de las historias clínicas, llevó a que se hiciera el recambio de muchas de ellas que difícilmente lograban retener en su interior la información.

Durante este proceso de embalaje se observó que la gran mayoría de “chuspas” estaban elaboradas en materiales como papel manila y cartulina. Un alto porcentaje de las “chuspas” generalmente presentaban rompimientos por la deficiente manipulación y afectación por hongos debido a las precarias condiciones de almacenamiento.

A continuación se relaciona la cantidad de unidades de conservación que se utilizó para las actividades de re empaque de las historias clínicas oncológicas:

El volumen total de historias clínicas contenidas conjuntamente en los sub-fondos del Hospital San Juan de Dios y Ramón González Valencia sumó cerca de 5.048 unidades documentales, siendo reempacadas 3.481 de ellas y tan solo 1.567 de sus “chuspas” continúan con el empaque en que inicialmente fueron archivadas, es decir que únicamente el 31 por ciento se conservan en óptimas condiciones para almacenar información.

²⁴ ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Cartilla de Ordenación Documental. Bogotá: AGN, 2002. “Este sistema de ordenación consiste en colocar un documento detrás del otro en forma secuencial de acuerdo con la fecha cuando la documentación ha sido tramitada”

^{*} Según el diccionario de la Lengua Española, chuspa (del quechua chuspa) en la América meridional significa Bolsa o Morral.

Grafica 1. Porcentaje Total de Chuspas Cambiadas y Conservadas.

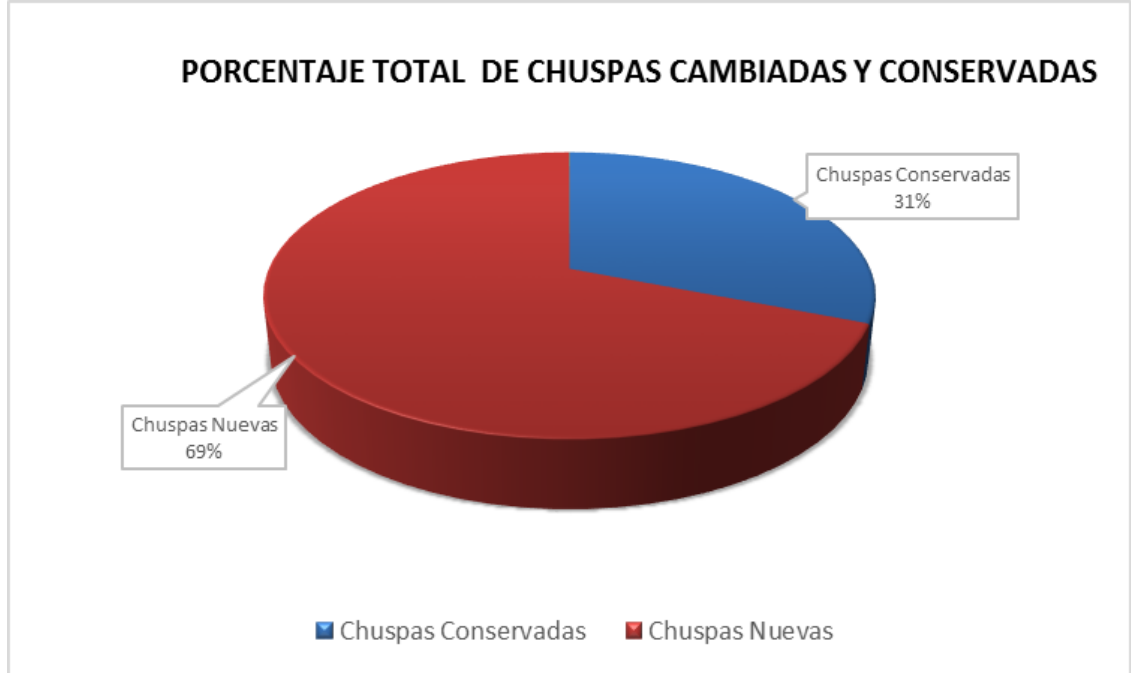


Tabla 6. Total de Chuspas cambiadas y conservadas

Volumen Total	5.048 Historias Clínicas
Chuspas Conservadas	1.567
Chuspas Nuevas	3.481

Ahora bien, de las 143 historias clínicas que conforman el sub-fondo del Hospital San Juan de Dios, solo 6 de sus “chuspas” originales lograron conservarse, las 137 restantes debieron ser re empacadas debido al alto deterioro que presentaba la unidad de almacenamiento.

Grafica 2. Reempaque Hospital San Juan de Dios 1961-1979.

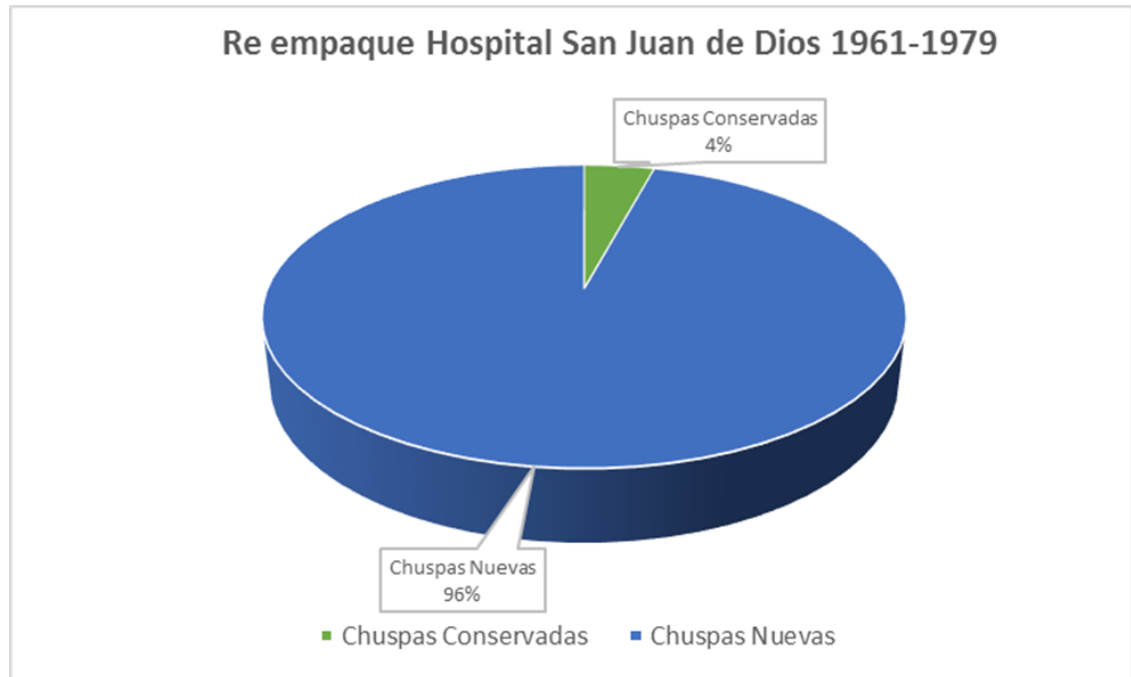


Tabla 7. Reempaque Hospital San Juan de Dios

Volumen Total	143 Historias Clínicas
Chuspas Conservadas	6
Chuspas Nuevas	137

Finalmente, de las 4.905 historias clínicas que componen el sub-fondo del Hospital Ramón González Valencia, 1.561 “chuspas” se conservaron y 3.344 tuvieron que ser reemplazadas.

Grafica 3. Reempaque Hospital Ramón González Valencia 1980-1993.

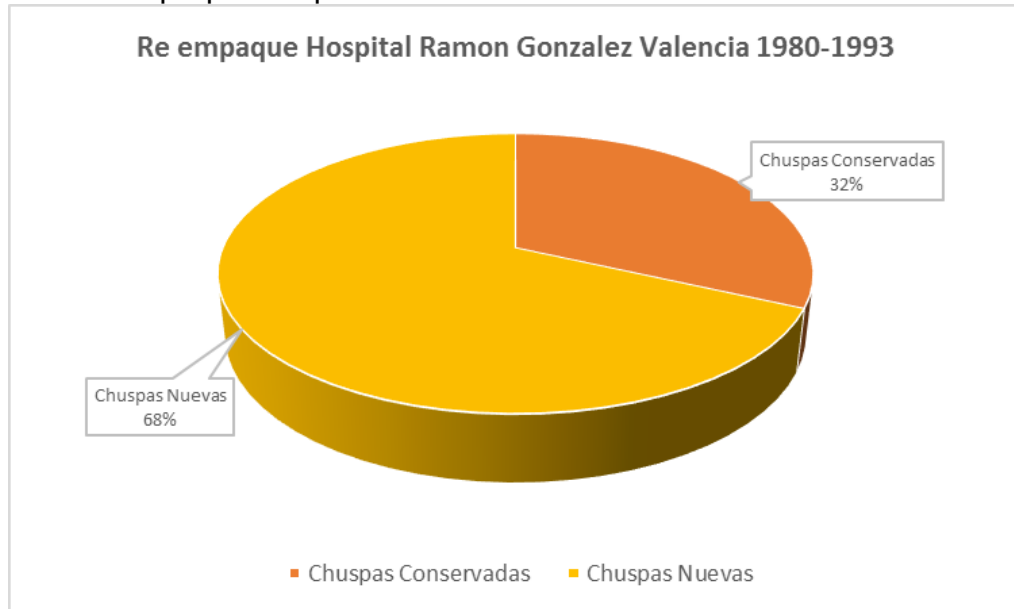


Tabla 8. Reempaque Hospital San Juan de Dios

Volumen Total	4905 Historias Clinicas
Chuspas Conservadas	1.561
Chuspas Nuevas	3.344

Imagen 27. Reempaque de "chuspa" en mal estado, registro del número radicado, nombre del paciente, año de apertura y diagnóstico.15 Enero 2014.



3.3.6 Embalaje de las Historias Clínicas. La carencia de estantería para almacenar cómodamente las historias clínicas en el archivo resultó ser un reto el cual implicaba maximizar el área y el mueblario para instalar de manera cómoda las 5.048 historias clínicas oncológicas que fueron organizadas, sin menoscabo de la conservación de la información y su posterior consulta.

Conocedor de la escasa estantería, lo más recomendable era ubicar la mayor cantidad posible de historias clínicas al interior de cada una de las cajas (fondo 41 cm, ancho 21 cm, alto 26 cm), a las cuales comúnmente en condiciones normales de almacenamiento, se les introduce un promedio de 40 carpetas en posición vertical, situación que facilita la consulta de la documentación.

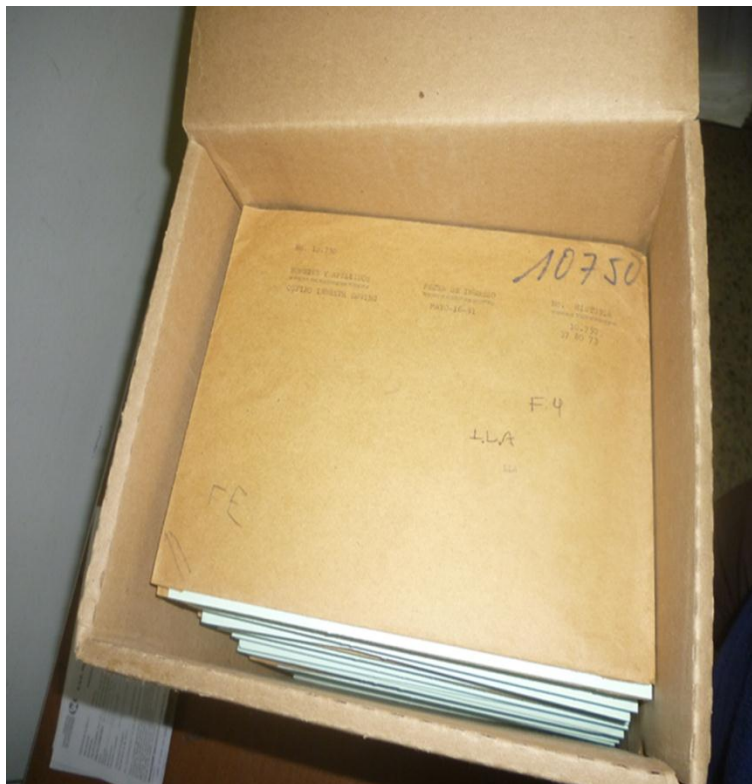
Para el caso que nos concernía, no resultaba idóneo poder introducir verticalmente las historias clínicas, puesto que esta posición requería de la utilización de por lo menos ciento veinte (120) cajas y 5 estantes, por lo que finalmente se resolvió aprovechar la caja desde su base y depositar las historias

clínicas en posición horizontal, lo que permitió ubicar un promedio de entre 100 a 120 expedientes clínicos por caja.

Si bien el embalaje de las historias clínicas no resultó ser convencionalmente ortodoxo a lo comúnmente realizado para estos casos, puesto que la posición en que quedaron los expedientes no permite realizar fácilmente la consulta de aquellas historias clínicas que se encuentran al fondo de la caja, si se resolvió el inmediato problema que representaba la escases de estantería en el archivo.

Como producto final de esta acción, las historias clínicas oncológicas del Hospital San Juan de Dios (2 cajas) y del Ramón González Valencia (44 cajas), fueron introducidas entre un total de 46 cajas (X200) y tan solo fue necesario utilizar 2 estantes para su colocación final, resultando un ahorro de estantería y espacio.

Imagen 28. Ubicación horizontal de las historias clínicas al interior de la caja, la cual permitió que ingresaran un promedio de entre 100 a 120 expedientes por unidad de almacenamiento. 9 Julio 2014.



3.3.7 Rotulación de las historias clínicas. Una vez finalizado el embalaje de las historias clínicas, se procedió a la respectiva identificación de las cajas y estantería en que se almacenó dicha documentación. Para esta actividad fue

necesario utilizar stickers autoadhesivos en color blanco (14 x 11 cm), y posteriormente recubrirlos con una película autoadhesiva transparente para resguardarlos no únicamente del polvo, sino además de sustancias líquidas y corrosivas que puedan significar riesgo para la integridad del rotulo y la información registrada en el mismo.

Resultó muy importante realizar esta actividad de identificación de las unidades de conservación de las historias clínicas, puesto que facilita y agiliza la recuperación y reposición de quienes requieran consultar las historias clínicas, evitando de antemano la irreparable pérdida de la documentación.

En primera instancia las actividades de identificación se concentraron en la rotulación de las cajas. Los rótulos fueron impresos con información que resume los datos más relevantes de los expedientes clínicos contenidos al interior de la unidad de almacenamiento. Cada rotulo consigna en su orden: la razón social de la Entidad Productora de la historia clínica, las fechas extremas, el correspondiente número de la caja, la cantidad consolidada de folios de cada expediente albergado en la caja y finalmente, el numero interno radicado de la primera y última historia clínica incluida en la caja.

Imagen 29. Rotulo empleado en la identificación de las cajas en que se almacenaron las historias clínicas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Entidad productora:	Hospital San Juan de Dios
Serie/asunto:	<i>Historias Clínicas</i>
Fecha inicial:	13/sep.61
Fecha final:	14/nov.06
Caja:	1
Orden:	
Volumen:	
Folios:	1084
Observaciones:	Historias Clínicas 0976- 3982 (1961-1972)

Posterior a la identificación de las cajas, se rotularon los entrepaños de los dos estantes (ESTANTE 1, ESTANTE 2) en que reposan las cajas con historias clínicas. La información consignada en los stickers contiene particularmente información de la caja que se ubicó sobre la bandeja del estante, y cuyo objetivo radica en asegurar la ubicación de la unidad de conservación en la estantería en caso de búsqueda de la información o extracción de la caja para limpieza del estante. Los datos consignados en el rotulo del entrepaño fueron los siguientes: número de caja, el número interno radicado de la primera y última historia clínica incluida en la caja, las fechas extremas y la razón social de la entidad productora de la historia clínica.

Imagen 30. Rotulo autoadhesivo empleado en la identificación de las bandejas de los estantes, sobre la que finalmente se ubicaron las cajas con historias clínicas.

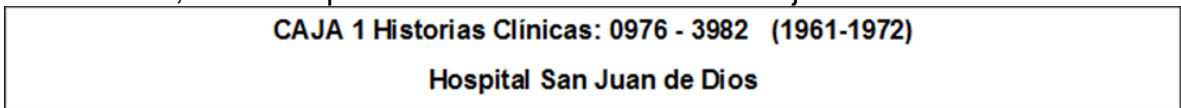


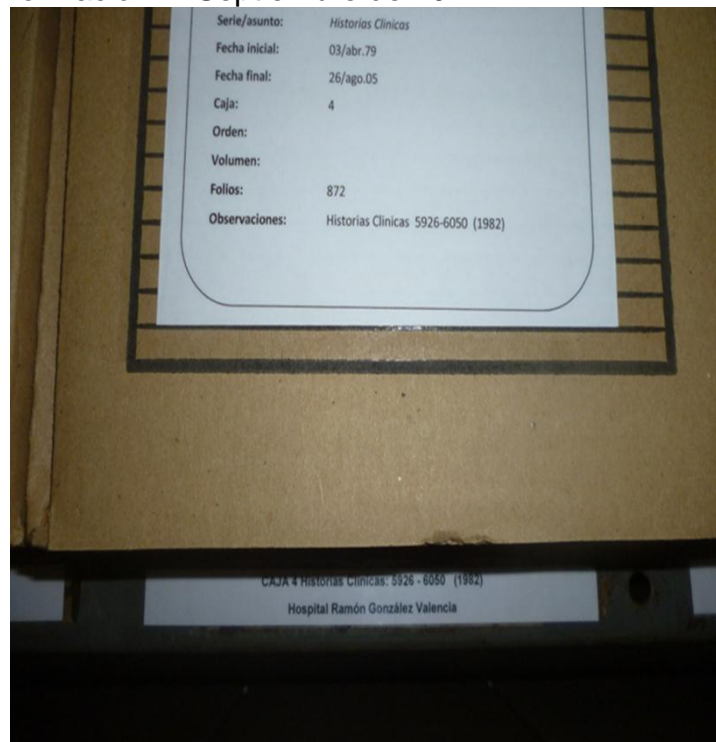
Imagen 31. Rotulo de Identificación del Estante N° 1 Septiembre 2014.



Imagen 32. Rotulo que identifica el estante N° 2. 1 Septiembre 2014.



Imagen 33. Rótulos de caja y entrepaño que facilitan la ubicación, recuperación y consulta de la información. 1 Septiembre de 2014.



De la misma forma en que se identificaron las 46 cajas y la estantería, se procedió a instalar sobre la pared que subyace el mobiliario metálico, dos fichas cuantitativas las cuales informan de primera mano, según el sub-fondo a consultar, la entidad y dependencia productora del expediente oncológico, el número del estante en que se encuentra, el año en que se originó el documento, número de la caja en el que respectivamente se encuentra ubicado y finalmente, la cantidad de historias clínicas existentes por año.

De esta forma se buscó aprovechar aquellos espacios externos de las cajas, la estantería y las paredes adyacentes al mueblario para señalarlos, con el objetivo de que quienes consulten el archivo de historias clínicas, den cuenta de la organización y existencia de la información, y que puntualmente ubiquen los expedientes a consultar. Cabe aclarar que la señalización de los espacios del archivo, no pretenden de ningún modo reemplazar el Inventario Documental, todo lo contrario, lo que se procura es que la identificación de las unidades de conservación coadyuven a la plena búsqueda y recuperación de las historias clínicas de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Santander.

Imagen 34. Señalización externa de las historias clínicas oncológicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander. 1 Septiembre 2014.



Tabla 9. Ficha cuantitativa de Historias Clínicas del Servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios 1961-1979

Ficha Cuantitativa de Historias Clínicas del Servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios 1961-1979					
Entidad Productora	Dependencia Productora	N° de Estante	Fecha Inicial	N° de Caja	Cantidad de H. C
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1961	1	2
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1962	1	2
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1963	1	4
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1964	1	4
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1965	1	1
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1966	1	3
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1967	1	8
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1968	1	2
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1969	1	9
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1970	1	7
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1971	1	6
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1972	1	7
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1973	2	3
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1974	2	6
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1975	2	6
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1976	2	8
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1977	2	8
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1978	2	6
H.S.J.D	Servicio Radioterapia	de 1	1979	2	50
Observaciones: La Historia Clínica con N° Radicado 2563, Caja 1, orden 17, tiene como fechas extremas 6 de junio de 1990. Este expediente no aplicó para la cantidad total de H.C. organizadas e inventariadas por ser confusa su periodicidad.				Cantidad Total Historias Clínicas H.S.J.D	142 H.C
Convenciones: N° Número H.S.J.D Hospital San Juan de Dios H.C Historias Clínicas					

Tabla 10. Ficha cuantitativa de Historias Clínicas del Servicio de Radioterapia Hospital Ramón González Valencia 1980-19963

Ficha Cuantitativa de Historias Clínicas del Servicio de Radioterapia Hospital Ramón González Valencia 1980-1993					
Entidad Productora	Dependencia Productora	N° de Estante	Fecha Inicial	N° de Caja	Cantidad de H. C
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1980	1-2	203
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1981	3	104
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1982	4-5	178
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1983	6-7	108
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1984	8-11	374
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1985	12-14	374
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1986	15-18	421
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	1	1987	19-22	429
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	2	1988	23-26	457
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	2	1989	27-29	319
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	2	1990	30-33	504
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	2	1991	34-36	456
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	2	1992	37-40	494
H.R.G.V	Servicio Radioterapia de	2	1993	41-44	484
				Cantidad Total Historias Clínicas H.R.G.V	4.905 H.C
Convenciones: N° Número H.R.G.V Hospital San Juan de Dios H.C Historias Clínicas					

4. ETAPA III. DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL

La materialización de los varios meses de trabajo en que se implementaron las correspondientes técnicas de organización de archivo a los sub-fondos documentales, finalmente se ven evidenciados en el diligenciamiento del respectivo Inventario Documental cuyo objetivo principal consistió en describir de forma concisa los datos que relacionan la serie documental con la entidad productora, fecha de expedición y terminación del expediente, unidad de almacenamiento, cantidad de folios, soporte de la información y las notas correspondientes al número radicado de la historia clínica, e igualmente el respectivo apellido y nombre del paciente al cual se le trató el cáncer.

4.1 EL INVENTARIO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ONCOLÓGICAS

El formato de Inventario Documental utilizado para la descripción de cada una de las historias clínicas oncológicas contenidas en el Archivo de la Unidad de Oncología y Radioterapia, es el establecido por el Acuerdo 042 del 2002²⁵ del Archivo General de la Nación, en el cual se regula la utilización de esta herramienta de descripción documental para posteriores actividades de consulta y recuperación de la información.

Como aporte a tan vital herramienta de consulta documental, al extremo derecho del formato del inventario, se anexó una columna la cual se denominó “diagnostico”, y su objetivo primordial es el de registrar el tipo de cáncer que afectó y se le trató al paciente en los servicios cancerológicos de los Hospitales San Juan de Dios y Ramón González Valencia. Por otra parte, lo que se pretende al anexar este dato patológico al Inventario Documental, es que este facilite la puntual consulta del nombre del paciente y su diagnóstico, como también proporcione información epidemiológica del cáncer a investigadores que pretendan realizar estudios sobre la enfermedad en la región.

²⁵ COLOMBIA.ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Acuerdo 042 de 2002. por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículos 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000. Bogotá: AGN, 2002.

Tabla 11. Extracto del Inventario Documental de las Historias Clínicas de la Unidad de Oncología.

Observaciones	Diagnostico
0976 Anonimizado ²⁶	Carcinoma Basocelular
1014 Anonimizado	Linfagioma
1080 Anonimizado	Hemangioma Caveroso
1324 Anonimizado	Carcinoma Basocelular
1452 Anonimizado	Carcinoma Basocelular

Con la realización del Inventario Documental se dan por terminadas las labores operativas de organización del archivo de historias clínicas de la Unidad de Oncología, quedando de esta manera identificado y controlado el acervo documental de tan prestigiosa entidad médica, y formalizando una base de datos muy importante para el estudio médico, historiográfico, social y cultural del cáncer en Santander, e igualmente estableciendo la entrada de tan importantes expedientes clínicos al Programa de Gestión Documental del Hospital Universitario de Santander, evitando ser eliminados por su desorganización y falencias en la recuperación y consulta.

A continuación las siguientes graficas ilustran parte del inventario documental del Hospital San Juan de Dios y Ramón González Valencia.

²⁶ Los nombres de los pacientes fueron anonimizados para cuidar su identidad.

Tabla 12. Extracto inventario documental historias clínicas oncológicas: Hospital San Juan De Dios 1961-1979.

ENTIDAD PRODUCTORA: Hospital San Juan de Dios
 UNIDAD ADMINISTRATIVA: N.A
 OFICINA PRODUCTORA: Servicio de Cancerología y Radioterapia
 CICLO: Central__Histórico

REGISTRO DE ENTRADA			
AÑO	MES	DIA	NT
2014	11	27	
NT= Número de Transferencia			

No. Orden	Caja	Nombre Serie / Sub-serie o Asunto	Fechas Extremas		Unidad de Conservación				Folios	Soporte	Volumen	Observaciones	Diagnostico
			Fecha Inicial	Fecha Final	Caja	Carpet a	Tom o	Otro					
	1	Historias Clínicas	13/sep.61	14/nov.06	X				1084			Historias Clínicas 0976-3982 (1961-1972)	Diagnostico
1	1	Historias Clínicas	13/sep.61	21/ago.91				Chuspa	15	Papel	1/1	0976 Anonimizado ²⁷	Carcinoma Basocelular
2	1	Historias Clínicas	14/feb.62	13/jul.62				Chuspa	2	Papel	1/1	1014 Anonimizado	Linfagioma
3	1	Historias Clínicas	05/dic.61	15/feb.62				Chuspa	2	Papel	1/1	1080 Anonimizado	Hemangioma Caveroso
4	1	Historias Clínicas	10/ago.62	03/feb.90				Chuspa	10	Papel	1/1	1324 Anonimizado	Carcinoma Basocelular
5	1	Historias Clínicas	04/feb.63	30/jun.95				Chuspa	10	Papel	1/1	1452 Anonimizado	Carcinoma Basocelular
6	1	Historias Clínicas	15/jul.63	24/abr.96				Chuspa	21	Papel	1/1	1659 Anonimizado	Adenocarcinoma Endometrio
7	1	Historias Clínicas	29/oct.63	20/sep.01				Chuspa	47	Papel	1/1	1743 Anonimizado	Carcinoma de Ovario
8	1	Historias Clínicas	15/oct.63	27/jul.92				Chuspa	26	Papel	1/1	1746 Anonimizado	Ca. Cérvix
9	1	Historias Clínicas	29/mar.64	07/jun.93				Chuspa	19	Papel	1/1	1903 Anonimizado	Melanoma Maligno
10	1	Historias Clínicas	15/jun.64	31/jul.89				Chuspa	7	Papel	1/1	1907 Anonimizado	Ca. Basocelular
11	1	Historias Clínicas	16/oct.64	15/ene.65				Chuspa	19	Papel	1/1	2005 Anonimizado	Ca. Cérvix
12	1	Historias Clínicas	06/oct.64	30/abr.90				Chuspa	21	Papel	1/1	2006 Anonimizado	Ca. Cérvix
13	1	Historias Clínicas	23/nov.65	18/ene.93				Chuspa	24	Papel	1/1	2315 Anonimizado	Ca. Cérvix
14	1	Historias Clínicas	04/ene.66	14/oct.05				Chuspa	40	Papel	1/1	2348 Anonimizado	Ca. Cérvix
15	1	Historias Clínicas	31/may.66	19/ago.92				Chuspa	13	Papel	1/1	2446 Anonimizado	Ca. Cérvix

²⁷ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Tabla 13. Extracto inventario documental historias clínicas oncológicas: Hospital Ramón González Valencia 1980-1993.

ENTIDAD PRODUCTORA: Hospital Ramón González Valencia
 UNIDAD ADMINISTRATIVA: N.A
 OFICINA PRODUCTORA: Servicio de Radioterapia
 CICLO: Central ___ Histórico X

REGISTRO DE ENTRADA			
AÑO	MES	DIA	NT
2014	11	27	
NT= Número de Transferencia			

No. Orden	Caja	Nombre Serie / Subserie o Asunto	Fechas Extremas		Unidad de Conservación				Folios	Soporte	Volumen	Observaciones	Diagnostico
			Fecha Inicial	Fecha Final	Caja	Carpet a	Tom o	Otro					
	1	Historias Clínicas	22/ago.74	28/ago.07	X				980			Historias Clínicas 5039-5174 (1980)	Diagnostico
1	1	Historias Clínicas	03/ene.80	24/jul.80				Chuspa	6	Papel	1/1	5039 Anonimizado ²⁸	Linfoma
2	1	Historias Clínicas	04/ene.80	26/abr.82				Chuspa	7	Papel	1/1	5040 Anonimizado	Ca. Cérvix
3	1	Historias Clínicas	07/ene.80	12/feb.80				Chuspa	5	Papel	1/1	5042 Anonimizado	Hepatocarcinoma
4	1	Historias Clínicas	08/oct.79	09/abr.81				Chuspa	15	Papel	1/1	5043 Anonimizado	Ca. Recto
5	1	Historias Clínicas	10/dic.79	09/jun.95				Chuspa	13	Papel	1/1	5044 Anonimizado	Epidermoide del Lóbulo Nasal
6	1	Historias Clínicas	02/ene.80	09/ene.80				Chuspa	3	Papel	1/1	5045 Anonimizado	Tumor Conjuntiva Maligno
7	1	Historias Clínicas	10/ene.80	10/ene.80				Chuspa	2	Papel	1/1	5046 Anonimizado	Ca. Lengua
8	1	Historias Clínicas	27/jul.79	02/jul.80				Chuspa	6	Papel	1/1	5047 Anonimizado	Ca. Cérvix
9	1	Historias Clínicas	24/oct.79	22/abr.88				Chuspa	21	Papel	1/1	5049 Anonimizado	Ca. Cérvix
10	1	Historias Clínicas	31/dic.79	24/jul.90				Chuspa	10	Papel	1/1	5050 Anonimizado	Ca. Antromaxilar-Paladar
11	1	Historias Clínicas	19/nov.79	26/feb.80				Chuspa	6	Papel	1/1	5051 Anonimizado	Ca. Cérvix
12	1	Historias Clínicas	16/ene.80	23/ene.80				Chuspa	3	Papel	1/1	5052 Anonimizado	Ca. Cérvix

²⁸ CONGRESO DE LA REUBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

4.2 ACTO DE ENTREGA DEL ARCHIVO HISTÓRICO DEL CÁNCER A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

Con la presencia de la Directora de la Unidad, cuerpo médico, enfermeras y demás funcionarios adscritos a la Unidad de Oncología, se llevó a cabo la presentación del Archivo Histórico del Cáncer cuyo objetivo principal era el de sensibilizar a la comunidad hospitalaria sobre lo importante que resulta preservar cada una de las piezas documentales contenidas en el archivo de la entidad, el cual fue recuperado y puesto a disposición de propios y extraños.

La jornada incluyó la presentación de cada uno de los procesos técnicos de organización del archivo, especificando sobre todo en el estado en que se encontró la documentación y como finalmente se entrega en condiciones funcionales para la consulta. De la misma forma se realizó la socialización del Inventario Documental de historias clínicas como herramienta clave para el control, recuperación y posterior consulta de la información.

Finalmente se oficializó la entrega del Inventario Documental en formato impreso y digital a la Directora de la Unidad, Dra. Adriana Zableh, quien además de dirigir con éxito tan importante servicio oncológico, también administra el archivo y ha sido quien se ha encargado de proteger la integridad de la información clínica de sus pacientes.

A continuación, se presenta el registro fotográfico del acto de entrega del Archivo Histórico del Cáncer con su respectivo Inventario Documental:

Imagen 35. Presentación del trabajo final de organización de las historias clínicas oncológicas, ante funcionarios de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander. 27 Noviembre 2014.




Imagen 36. Presentación de los procesos operativos de organización de las historias clínicas ante los funcionarios adscritos a la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS. 27 Noviembre 2014.



Imagen 37. Firma del Inventario Documental de historias clínicas oncológicas por parte de la Dra. Adriana Zableh, Directora de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander. 27 Noviembre 2014.



Imagen 38. Inventario Documental del Archivo Histórico del Cáncer. 27 Noviembre 2014.



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
ENTIDAD PÚBLICA DEL ESTADO

Centro de Salud - Subcentro e Acuerdo	Fecha Extremo		Unidad de Conservación			Folios	Soporte	Volumen	Observaciones	Diagnóstico
	Inicio	Fin	Colección	Subcoleccion	Subcoleccion					
Univ. Clínica	19may 01	19may 01	Onco			8	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	25abr 01	02may 01	Onco			29	Papel	3/3		Cáncer
Univ. Clínica	24abr 01	20may 01	Onco			13	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	19abr 01	24may 01	Onco			18	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	19abr 01	24may 01	Onco			13	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	19abr 01	19abr 02	Onco			11	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	19abr 01	23ago 02	Onco			30	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	23may 01	14ago 01	Onco			21	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	14abr 01	06ago 01	Onco			22	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	23may 01	20ago 02	Onco			7	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	21jul 01	07ago 01	Onco			9	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	19abr 01	19abr 02	Onco			17	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	19abr 01	19abr 02	Onco			17	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	20abr 01	06ago 02	Onco			9	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	20abr 01	06ago 01	Onco			8	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	27abr 01	20ago 02	Onco			16	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	27abr 01	11ago 02	Onco			6	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	17ago 01	07ago 02	Onco			12	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	27ago 01	12ago 02	Onco			18	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	03ago 01	07ago 02	Onco			13	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	13ago 01	03ago 02	Onco			9	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	13ago 01	03ago 02	Onco			13	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	29abr 01	11ago 01	Onco			5	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	30abr 01	06ago 02	Onco			9	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	27ago 01	20ago 02	Onco			11	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	17ago 01	03ago 02	Onco			14	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	17ago 01	20ago 02	Onco			5	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	17ago 01	06ago 01	Onco			8	Papel	1/1		Cáncer
Univ. Clínica	29abr 01	30ago 01	Onco			7	Papel	1/1		Cáncer

5. HISTORIA INSTITUCIONAL: UNIDAD ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA

Fundamentada en el derecho y el ordenamiento jurídico nacional, la historia institucional se encarga de estudiar el desarrollo orgánico y funcional de las entidades estatales y privadas, además de las circunstancias que motivaron su aparición, desarrollo o supresión en la sociedad.

La historia institucional procura analizar la estructura; la función; y la evolución histórica de la entidad²⁹ sin dejar de lado el contexto político, económico e histórico de la época en que se originó, con el objetivo “de poder llenar vacíos del conocimiento historiográfico, sobre los cuales abundan muchos interrogantes pero pocas respuestas plausibles”³⁰.

Tenemos entonces, que la historia institucional debe tomar cada uno de los factores tanto internos como externos que estuvieron presentes durante el funcionar de la entidad para construir un relato aproximado del conjunto de cambios que se originaron y así poder establecer la realidad administrativa de la misma.

En ese orden de ideas, el presente capítulo ilustra la historia institucional de la Unidad de Oncología adscrita al momento de su inauguración, al antiguo y liquidado Hospital Universitario Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga, y cuyo propósito es el de mostrar a grandes rasgos las circunstancias políticas, sociales y administrativas que incidieron en su creación y posterior funcionar.

Ahora bien, antes de entrar en materia, me resulta pertinente mencionar la orientación metodológica de la que me serví para estructurar y desarrollar el trabajo investigativo de la entidad en mención.

Publicada en el año 2011 por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, la “Guía metodológica para la investigación de historias institucionales”,³¹ se presentó como una herramienta técnica que ofrecía a los investigadores las líneas generales y las pautas necesarias para “la recopilación, crítica, consulta y análisis de fuentes primarias y secundarias”³², con el fin de analizar y construir el devenir histórico de la entidad en contexto con “la organización del Estado y su

²⁹SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.FLOREZ PORRAS, Juan Daniel. Guía metodológica para la investigación de historias institucionales. Modelo de orientación general.2011. P. 24. En: <http://archivobogota.gov.co/guias>.

³⁰ Ibíd. P. 12.

³¹ Ibíd. P. 12.

³² Ibíd. P. 37.

estructura de poder como objeto de investigación histórica, la naturaleza jurídica de las instituciones y la historia de la administración”³³.

Dicha Guía metodológica centra su marco teórico en el estudio de tres componentes que “configuran una institución, a saber: el componente Estructural; el Funcional; y el Evolutivo”.³⁴ Según esto, el análisis de los tres componentes le permite al investigador identificar las variadas dimensiones contenidas en una institución, como lo son en su orden: el entorno, los objetivos, estructura administrativa, recursos humanos, recursos tecnológicos, financieros y materiales, y finalmente, los procesos administrativos³⁵.

Esta apreciación global de la entidad es tomada de la “Teoría de la Organización”³⁶ la cual pretende que la historia institucional se haga de manera integral ya que las organizaciones “son también entidades sociales que tiene sus propias dinámicas políticas y que poseen sus propios mitos, valores e ideología, es decir, realidades que tiene sus propios parámetros culturales”.³⁷

En lo que respecta al método de investigación historiográfica, la guía metodológica presenta tres etapas sistémicas que consisten “en el acopio de información y sus pasos de consulta de fuentes legales, fuentes institucionales y fuentes secundarias; la segunda etapa, de estructuración del trabajo, que comprende los pasos de periodización, elaboración de organigramas y cuadros de clasificación; y por último su redacción y presentación final”.³⁸

A continuación presento de manera detallada los pormenores del plan de trabajo y el resultado final del mismo.

³³ SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.FLOREZ PORRAS, Juan Daniel. Guía metodológica para la investigación de historias institucionales. Modelo de orientación general.2011. P. 15. En: <http://archivobogota.gov.co/guias>. Pág. 37

³⁴ *Ibíd.* Pág. 37.

³⁵ . RAMIO, Carlos. Teoría de la Organización y Administración Pública. Pág. 2 En: <http://www.fcpolit.unr.edu.ar>

³⁶ *Ibíd.*, pág. 2

³⁷ *Ibíd.* Pág. 3.

³⁸ SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, Op. Cit. Pág. 87.

5.1 PLAN DE TRABAJO

ACOPIO DE INFORMACIÓN: FUENTES PRIMARIAS
Matriz Metodológica de Historia Institucional³⁹
Fuentes de Carácter Oficial
<ul style="list-style-type: none">• Decretos (Ministerio de Salud)• Resoluciones (Ministerio de Salud)• Plan Nacional del Cáncer 1975 (Ministerio de Salud)
Memoria Institucional (compilación de otras fuentes escritas)
<ul style="list-style-type: none">• Registro de Cáncer 1971 (Documento Inédito Servicio de Oncología y Radioterapia del Hospital San Juan de Dios)• Actas de Junta Directiva (Fondo Documental Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer)• Documentos Inéditos Fondo Documental Unidad de Oncología y Radioterapia Hospital Universitario de Santander
Publicaciones Periódicas
<ul style="list-style-type: none">• Vanguardia Liberal• Revista Instituto Nacional de Cancerología de Colombia• Boletín Epidemiológico Servicio Seccional de Salud de Santander
Fuente Oral (Entrevistas)
<ul style="list-style-type: none">• Dr. Tomas Carlos Duran (Medico Radioterapeuta, Ex director de la Unidad de Oncología 1985-1993)• Sra. Martha Isabel Vargas Martínez (Tecnóloga en Radioterapia de la Unidad de Oncología 1979 hasta la fecha)
ACOPIO DE INFORMACIÓN: FUENTES SECUNDARIAS
Bibliografía General
<ul style="list-style-type: none">• Textos de carácter historiográfico que aborden el impacto político, social y cultural de la higiene, la salud pública y el cáncer en Colombia durante la segunda mitad del siglo XX.
Fuentes Electrónicas
<ul style="list-style-type: none">• Documentos en soporte digital que aborden las diversas temáticas que en materia de salud pública se encuentren almacenadas en bases de datos de la World Wide Web.
ESTRUCTURA
Periodización
<ul style="list-style-type: none">• Línea de Tiempo: representación gráfica, secuencial y puntual de los

³⁹ SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.FLOREZ PORRAS, Juan Daniel. Guía metodológica para la investigación de historias institucionales. Modelo de orientación general.2011. En: <http://archivobogota.gov.co/guias>. Pág. 179.

múltiples eventos y fechas relevantes para la Unidad de Oncología durante las etapas que precedieron a su creación y posterior fundación y funcionar.

- **Etapa Histórica:** muestra el contexto político y social tanto nacional como departamental que influenciaron en el origen y desarrollo de la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia.
- **Organigrama:** representación gráfica del esquema jerárquico y orgánico-funcional de la entidad en el que se testimonia su devenir administrativo.

REDACCIÓN Y PRESENTACIÓN FINAL

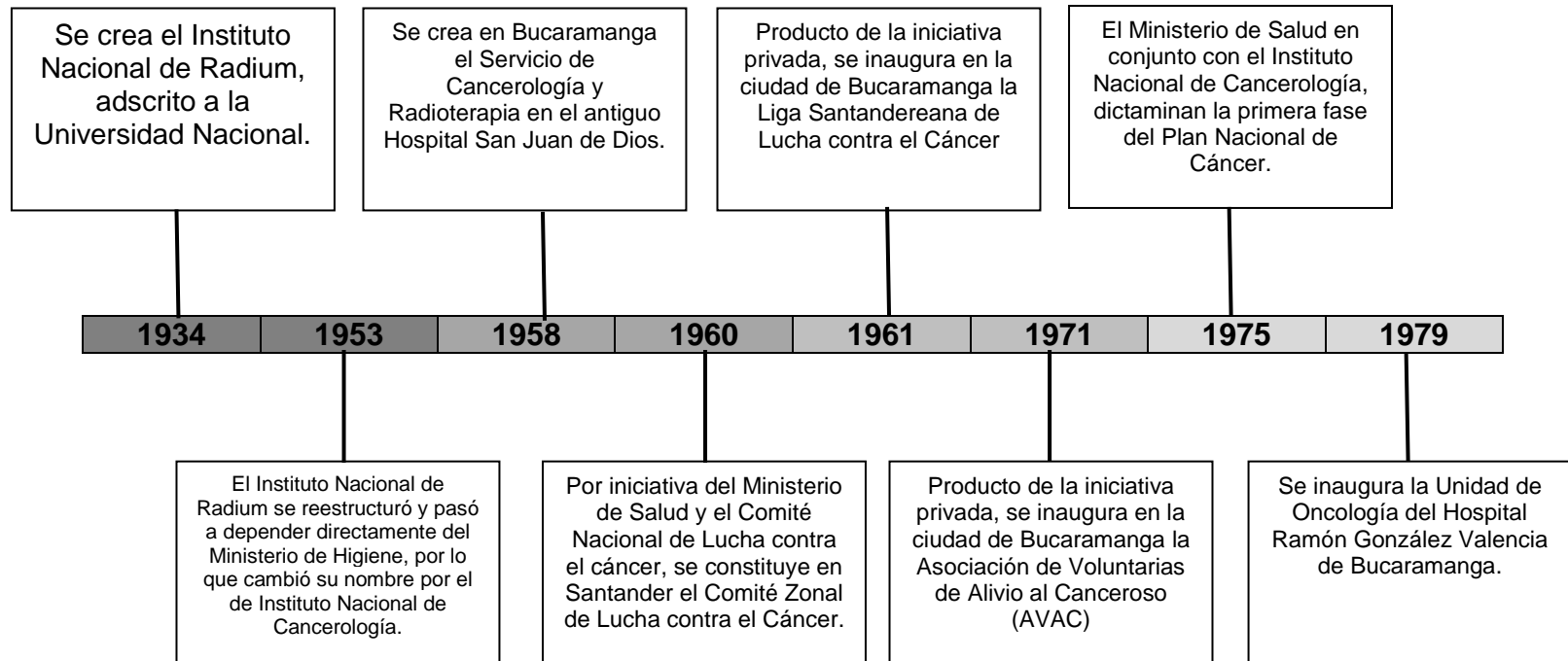
Resultado final de la investigación la cual sintetiza toda la información que previamente se recopiló de manera sistemática y en el que se describen las vicisitudes, problemáticas y descubrimientos encontrados a lo largo de las labores de construcción de la historia institucional.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES / ACTIVIDADES	Sep. 2014	Oct. 2014	Nov. 2014	Dic. 2014	Ene. 2015	Feb. 2015	Mar. 2015
Recopilación de Información (Fuentes escritas y orales)	X	X	X				
Análisis de la información recopilada				X	X		
Redacción de la Historia Institucional de la Unidad de Oncología						X	X

5.2 LÍNEA DEL TIEMPO

Figura 1. Línea del Tiempo



5.3 EL ENTORNO DE LA SALUD PÚBLICA Y LA HIGIENE A MEDIADOS DEL SIGLO XX EN COLOMBIA Y SANTANDER

En las postrimerías de la década del treinta el país se insertaba de manera definitiva en el competitivo mercado mundial, siendo la importación del café el inicio de esta travesía. Pero para poder ser competitivos en el escenario internacional, el Estado colombiano debió asumir posturas más efectivas en sus políticas de higiene y salud pública, por lo que se vio en la obligación de trabajar en tres frentes; el primero, consistió en mejorar la formación profesional del cuerpo médico, siendo necesario enviar a algunos galenos colombianos a formarse en el exterior; segundo, se hicieron ingentes esfuerzos por mejorar las condiciones sanitarias de los puertos marítimos y fluviales “con el fin de restarle obstáculos a los movimientos del comercio internacional”⁴⁰; y tercero, se dio inicio a las primeras campañas para contrarrestar epidemias como “la anemia tropical (uncinariasis = lombriz intestinal) que tenían efectos nocivos sobre la calidad de la vida y la productividad de la fuerza de trabajo”.⁴¹

Con todo y lo que el país avanzó en materia sanitaria, aun para la década del cincuenta la situación no distaba en mucho de la comienzos del siglo XX, pues si bien para la época el país ya contaba con un sinnúmero de leyes y entidades encargadas de administrarla, éstas aún eran insuficientes para contrarrestar los males que la aquejaban como la baja cobertura en la asistencia médica, la deficiente infraestructura hospitalaria, la escases de profesionales médicos y la inestabilidad política y económica del propio sistema de salud colombiano; poniendo de manifiesto la incapacidad del Estado por mejorar la calidad de vida de aquellos individuos que se “encontraban excluidos de los canales de participación y presión social”,⁴² y más aún si tenemos en cuenta que la mayoría de ellos se encontraban concentrados en los centros urbanos en condiciones precarias de vivienda, servicios públicos, seguridad social y laboral, que les pudiera respaldar frente a cualquier evento desafortunado de su salud.

Debido a la aceleración industrial y comercial, la explosión demográfica y el empobrecimiento del campo; muchos decidieron emigrar a las ciudades en búsqueda de mejores oportunidades o simplemente cambiar de entorno, razón por la cual los centros urbanos de Colombia se sobre-poblaron a mediados del siglo XX, por lo que estos ideales de bienestar e igualdad de oportunidades se diluyeron entre el hervidero humano en el que se convirtieron las ciudades, ya que el desarrollo anómalo de estas no permitió que fueran sostenibles ni mucho menos higiénicas, debido a la insuficiente infraestructura de redes de agua potable y alcantarillado, lo que sumado a las infrahumanas condiciones habitacionales de

⁴⁰ ABEL, Christopher. Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional: CEREC, 1996. Pág. 13

⁴¹ *Ibíd.* Pág. 137

⁴² *Ibíd.* Pág. 137

los obreros, propiciaron rápidamente la incubación de epidemias que obedecían especialmente al contexto citadino, pues muchas de ellas se desarrollaron debido a los altos niveles de contaminación del aire y nulo tratamiento del agua, problemática que se profundizó además por la falta de programas de educación sanitaria que incentivaran las prácticas higiénicas entre los pobladores a fin de evitar las afecciones respiratorias e intestinales, sobre todo en la población infantil cuyo grupo era el más proclive a sufrir los brotes epidemiológicos.⁴³

En contraste con el caos sanitario de la ciudad, varios grupos empresariales, comerciales y médicos, por iniciativa propia, se comenzaron a preocupar por la calidad de vida que se estaba dando en la urbe y que amenazaba con corroer la sociedad si no se actuaba a tiempo, por lo que procuraron organizar la ciudad de la mejor forma y cambiar algunas viejas estructuras urbanísticas que ya no eran las más acordes a lo que según la modernidad, se exigía en materia de integración de las unidades habitacionales en conjunto con los espacios para el esparcimiento, el recogimiento espiritual y académico de las familias. También se comenzó a pensar en la posibilidad de dotar de servicios públicos a estos complejos residenciales, pensando en “higienizar fisiológicamente la familia obrera”,⁴⁴ buscando evitar en ella la insalubridad y la propagación de brotes epidemiológicos que pudieran mermar la capacidad productiva y moral de un grupo en vertiginoso ascenso como el obrero.

Fue así que para la década de los años sesentas, de la ciudad colonial en la que abundaba el “mugre, polvo, malos olores, basuras, detritus y demás inmundicias”⁴⁵ ya no quedaría mucho: “se construyeron conjuntos de casitas uniformes, con calles rectas bien delineadas, parquecitos, iglesia y escuela, fenómeno completamente nuevo en el paisaje urbano” de la época.⁴⁶

Con la creación de ciudadelas para los obreros y el acceso a los de servicios básicos de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y electricidad, el colombiano promedio comenzó a experimentar cambios trascendentales en su vida cotidiana distintos a los ya naturales de alimentación y vestido. Se preocupó por mantener la pulcritud en su aspecto personal adoptando prácticas diarias de higiene que años atrás no era menester mantener, y que según la antropóloga Alicia Londoño, “obedecieron a fenómenos relacionados con el acceso del país a la modernidad”,⁴⁷ y en el que los “discursos médicos, higienistas, educativos y

⁴³ ABEL, Christopher. Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional: CEREC, 1996. Pág. 137

⁴⁴ NOGUERA, Carlos Ernesto. Medicina y política, Discurso médico y practicas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2003. Pág. 47

⁴⁵ Ibíd. Pág. 128

⁴⁶ Ibíd. Pág. 129

⁴⁷ LONDOÑO BLAIR, Alicia. El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008. Pág. 122.

religiosos de la época”⁴⁸ tuvieron mucho que ver. Según Londoño las prácticas profilácticas fueron introducidas por los higienistas pasteurianos a comienzos del siglo XX como medida preventiva para evitar las enfermedades, pues estos recomendaban que “no se debía descuidar el aseo corporal, bajo la tesis de que en el desaseo estaba la génesis de la mayor parte sino de todas las enfermedades contagiosas”⁴⁹.

La fragmentación e interrupción de las políticas de bienestar social a la cual algunas clases dirigentes veían como un gasto innecesario, fueron los males que aquejaron la salud pública en la Colombia de la década del cincuenta, puesto que atentaron contra la atención médica de algunos sectores de la población que requerían con urgencia respuestas a sus necesidades básicas de salud y saneamiento, situación que paradójicamente favoreció el desarrollo de la salud privada y la aparición en buena medida de la iniciativa individual de grupos empresariales, médicos, organizaciones religiosas y misiones médicas venidas del extranjero como la Fundación Rockefeller; que ayudaron a controlar las “enfermedades que principalmente mataban a la gente”,⁵⁰ como la malaria, la fiebre amarilla, la lepra, la tuberculosis, las enfermedades venéreas e infecciones intestinales, tanto de la población asentada en las zonas rurales, como en las urbanas.

Ejemplo de esta fragmentación e irrupción de las políticas de salud pública, la podemos ver en el Plan Hospitalario Nacional promulgado en el año 1950, y que tardó más de treinta años en consolidarse tras muchos problemas políticos y económicos en el Estado: “en 1950 se propuso un ambicioso programa hospitalario mediante el cual se debían establecer siete áreas de servicio hospitalario y la calidad del servicio aumentaría progresivamente en siete centros urbanos principales. Este programa se recibió con mucho escepticismo, porque existían profundas dificultades para mantener las instalaciones existentes y se contaba con muy pocos datos respecto de las mismas”.⁵¹

De los pocos resultados a reseñar para esta época quizás de los más notorios fueron la creación del Ministerio de Higiene y el Instituto Colombiano del Seguro Social, entidades que serían claves en la concreción de la política pública de la salud y el trabajo en los años posteriores a su instauración. Igualmente, tímidamente se prestó más atención a la tercera edad, la mujer y la niñez.

Lo que si no cabe la menor duda es que en materia de higiene las cosas fueron más alentadoras en las postrimerías del siglo XX, puesto que las mismas

⁴⁸ LONDOÑO BLAIR, Alicia. El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008. Pág. 122.

⁴⁹ *Ibíd.* Pág. 131.

⁵⁰ ABEL, Christopher. Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional: CEREC, 1996. Pág. 108.

⁵¹ *Ibíd.* Pág. 131.

autoridades políticas, sanitarias y médicas se propusieron de manera decidida a luchar por su difusión y manejo a través de la concientización de las gentes en torno a la higiene personal, que a la par de las obras de infraestructura habitacional y de servicios públicos hicieron posible la materialización del discurso profiláctico. Entonces el ciudadano asumió comportamientos y rutinas profilácticas que le permitieron acercarse al imaginario del ciudadano civilizado y limpio: “se incrementó la utilización del agua en la vida pública y privada, y con ella la lucha contra las inmundicias; nuevos hábitos de limpieza se incluyeron en las rutinas domésticas, de modo que se aumentó la frecuencia del baño, del cambio de ropa, del lavado de manos y dientes, así como la aireación e iluminación de las habitaciones de forma regular, todo lo cual llevó a configurar modernos rituales en la cotidianidad”.⁵²

Por otro lado, en la sociedad aún se encontraban presentes las “antiguas formas de beneficencia”⁵³ de finales del siglo XIX las cuales se resistieron “a ser reemplazadas por la asistencia pública u otra forma de servicios administrada por el Estado”.⁵⁴ Dichas entidades de beneficencia suministraron el tratamiento de las enfermedades endémicas a quienes no tuviesen como pagarlo; siendo por demás, las que asumieron en buena parte la responsabilidad de llevar a cabo las labores de bienestar y alivio a quienes lo necesitaran, cubriendo de esta manera los territorios en los que el servicio médico era deficiente o inexistente, e inclusive, llegaron a ejercer la autoridad sanitaria en sus zonas de influencia.

Pero muy a pesar de la buena disposición de la entidad benéfica, su esfuerzo no siempre iba más allá de la asistencia médica al enfermo, razón por la cual, su trabajo resultó estéril en la medida que no podía responder a factores de asistencia social más integrales, ya que en muchos de los casos la entidad no contaba con las condiciones económicas, estructurales y de personal suficiente y capacitado que tuviese un conocimiento más profundo y especializado de la epidemia, lo que acrecentaba y agudizaba la anomalía de la enfermedad: “Las deficiencias de las instituciones de beneficencia eran numerosas: la edad y tamaño de edificios; la aglomeración, especialmente en los hospitales psiquiátricos y en los orfanatos; y el personal mal entrenado, escasamente capaz de proporcionar una terapia activa en los hospitales psiquiátricos”.⁵⁵

En materia de cobertura e infraestructura hospitalaria, el Departamento de Santander se encontraba relegado a un segundo plano en el contexto de la salud pública nacional. La carencia de recursos económicos hacía cada vez más difícil la

⁵² LONDOÑO BLAIR, Alicia. El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008. Pág. 59.

⁵³ HERNANDEZ ALVAREZ, Mario. La Salud fragmentada en Colombia, 1910-1046. Bogotá: Instituto de Salud Pública y Tropical. Facultad de Medicina. Universidad Nacional, 2002. Pág. 193.

⁵⁴ *Ibíd.* Pág. 193.

⁵⁵ ABEL, Christopher. Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990. Bogotá: Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional: CEREC, 1996. Pág. 123.

situación de la salud en el Departamento, razón por la cual muchas de las epidemias que atacaron la región tan solo eran identificadas en etapas de propagación debido a la carencia de programas de vigilancia y control sobre ellas.

El Departamento de Santander contaba para la época con el antiguo y vetusto Hospital San Juan de Dios, el cual prestó servicios médicos a centenares de pacientes tanto locales, como venidos de poblaciones adyacentes al Departamento durante los primeros años del siglo XX. Con el paso de los años este hospital resultó insuficiente para atender la alta demanda de personas enfermas que a diario acudían a la institución en búsqueda de sanación. La falta de equipos tecnológicos, camillas y personal médico, aunado al escaso presupuesto y voluntad política por parte de las autoridades locales, menoscabaron la entidad hospitalaria, razón por la cual la asistencia médica en esta institución era precaria y deficiente.

Tras la puesta en marcha del Plan Nacional Hospitalario propuesto por el Estado en la década del cincuenta, el Departamento se vio beneficiado de un moderno hospital con el cual pudo mitigar la demanda de servicios y especialidades médicas que con suma urgencia requerían los miles de usuarios del servicio de salud. Con más de veinte años de demora en su construcción, finalmente al parecer en el año 1973 el Hospital Ramón González Valencia abrió sus puertas con unidades funcionales de pediatría, oncología, nefrología, neumología, hematología, neurología, cardiología, gastroenterología, dermatología, medicina nuclear y endocrinología. Igualmente se consiguió dotar al Hospital de modernos equipos de cirugía y cuidados intensivos, y una planta administrativa y medica de primer nivel. De esta forma la región entraba, aunque de manera tardía, en una etapa moderna de la medicina y la salud.

Es de señalar que esta moderna etapa de la salud pública en el Departamento de Santander coincidió con el Servicio Seccional de Salud Departamental, cuyo papel principal era el de ejercer la vigilancia, seguimiento y control de las epidemias “a través de mecanismos adecuados de información e investigación”⁵⁶ en pro “de mejorar y fomentar la salud de la comunidad y contribuir al desarrollo socio-económico”⁵⁷ del Departamento. Por ende, esta entidad procuró brindar asistencia técnico-sanitaria en asuntos epidemiológicos a los municipios que así lo requirieran; sobre todo durante las épocas en que se presentaba algún tipo de brote endémico.

Al igual que en el ámbito nacional, la salud pública regional de mediados del siglo XX daba la pelea a las endemias y pandemias que se presentaban en las zonas rurales y urbanas de cada rincón de la geografía santandereana, siendo notoria la

⁵⁶ Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Numero 1 Octubre-Noviembre-Diciembre 1976. Universidad Industrial de Santander.

⁵⁷ *Ibidem*.

lucha contra enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla⁵⁸, difteria, diarreas y enteritis (en niños menores de cinco años), infección gonocócica, paludismo, tuberculosis, tosferina, sarampión, sífilis, hepatitis infecciosa, tifoidea, paratifoidea y parotiditis epidémica.⁵⁹

En cuanto a la fiebre amarilla, su prevención y tratamiento revistió de gran importancia para el gobierno local por ser la zona del país históricamente más impactada por la endemia. Así lo registró en su momento el Servicio Seccional de Salud Departamental a través del Boletín Epidemiológico número 4 publicado por esta entidad en el año 1977: “la fiebre amarilla en Santander, reviste especial importancia, por ser el Departamento más afectado del país y porque en él tuvieron lugar las últimas epidemias urbanas transmitidas por el *Aedes Aegypti*; en Bucaramanga en 1923 y en el Socorro en 1929. Estas epidemias se originaron de focos selváticos vecinos, la de Bucaramanga provino de San Vicente del Chucuri y la del Socorro muy posiblemente de Santa Helena del Opón. Son ejemplos típicos de urbanización del virus selvático, situación que puede repetirse sino se controla el trasmisor urbano”.⁶⁰

Según esto último, se puede observar una cierta preocupación por parte de las autoridades sanitarias frente a un posible regreso de la endemia a un centro urbano, por lo que los esfuerzos se concentraron en controlar “la gran afluencia de trabajadores”⁶¹ que procedían de lugares en donde no había fiebre amarilla “y por lo tanto susceptibles a la enfermedad”,⁶² por lo que se procedió inmediatamente a la instalación de un puesto de vacunación permanente en el municipio de San Vicente, que trabajara “especialmente en los días de mercado, para proteger a los campesinos que allí acuden y notificar a los dueños de fincas que no reciban personal sin el respectivo certificado de vacunación”.⁶³

Lo que más preocupó al Servicio Seccional fue el silencio y el abandono que por más de cinco años (1970-1975) tuvo la enfermedad, pues le permitió avanzar en el número de personas y poblaciones afectadas debido al olvido de la endemia: “puede verse entonces la forma rápida y efectiva como se movilizó este servicio (seccional de salud) en la emergencia de fiebre amarilla selvática que se presentó en la región del Opón y Landázuri al comenzar el año (1977), para lograr la protección de un altísimo porcentaje de la población amenazada”⁶⁴.

⁵⁸ Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Numero 1 Octubre-
Noviembre-Diciembre 1976. Universidad Industrial de Santander. Página 25.

⁵⁹ *Ibidem*. Número 4. Julio-Diciembre 1977. Pág. 25.

⁶⁰ *Ibid.* Pág. 47

⁶¹ *Ibid.* Pág. 50.

⁶² *Ibid.* Pág. 50.

⁶³ *Ibid.* Pág. 50.

⁶⁴ *Ibidem*, Número 2. Enero-Febrero-Marzo 1977.

Así como la fiebre amarilla, también preocupó que otras enfermedades transmisibles se pudieran propagar a los cascos urbanos de los municipios. Enfermedades infecto-contagiosas como la tos ferina, la difteria y tétanos se controlaron satisfactoriamente a través de la aplicación de la vacuna DPT (vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos), sobre todo en zonas de gran influencia de estas enfermedades como Bucaramanga (57%) y Barrancabermeja (21%).⁶⁵

A pesar de su ostensible disminución durante la década de los setentas, la sífilis seguía generando problemas de salud pública a los santandereanos debido a que su tasa epidemiológica aún era considerada como de las más altas entre las enfermedades infecto-contagiosas, ya que entre los años 1977 y 1978 se presentaron cerca de 1.035 nuevos casos, siendo Bucaramanga, Barrancabermeja, San Vicente, San Gil y Socorro las ciudades con más incidencia de la enfermedad, “predominando esta enfermedad en los mayores de quince años”,⁶⁶ por lo que las autoridades se vieron en la ingente “necesidad de impulsar el programa de control de enfermedades venéreas”,⁶⁷ con el fin de poder identificar los portadores y suministrarles el debido tratamiento profiláctico.

Es de reseñar que para el año de 1988 en el Departamento de Santander se identificaron por primera vez 22 pacientes portadores del virus VIH (virus de inmunodeficiencia humana SIDA), lo que generó más preguntas que repuestas al sistema de salud departamental, debido al desconocimiento y poca información que para ese entonces se tenía de la enfermedad, situación que lastimosamente facilitó la estigmatización y segregación social sobre quienes por esa época se infectaron.

Los servicios de salud a nivel nacional trabajaron de manera inmediata en la búsqueda de soluciones pragmáticas e integrales a la situación y producto de esto se desarrolló un programa en el cual se adoptaron las estrategias y medidas necesarias para contrarrestar “al terrible flagelo del Virus del SIDA”:⁶⁸ Control de bancos de sangre y hemoderivados, sub-programa de vigilancia epidemiológica y la prevención a través de la educación y capacitación de la comunidad. Con estas disposiciones y controles lo que se buscó, además de desacelerar los altos niveles de contagio, fue la de educar y enseñar “a la gente acerca de los medios de transmisión de la enfermedad”⁶⁹ en función de “humanizar a la comunidad en relación al manejo del paciente sidoso”.⁷⁰

⁶⁵ Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Número 6. Agosto-Diciembre 1978. Pág. 64.

⁶⁶ Ibídem, Número 9. Julio-Diciembre 1980. Pág. 1.

⁶⁷ Ibídem, Número 6. Agosto-Diciembre 1978. Pág. 64.

⁶⁸ Ibídem, Número 14. Enero-Diciembre 1988.

⁶⁹ Ibídem.

⁷⁰ Ibídem.

Las enfermedades del sistema digestivo también preocuparon al gobierno departamental, sobre todo porque la diarrea y la enteritis se encontraban en el primer puesto de morbilidad en el departamento, siendo los niños menores de cinco años el grupo humano más afectado por este tipo de infecciones parasitarias.⁷¹ Un total de 311 personas murieron en el año 1976 en el Departamento a causa de la esta enfermedad; de los cuales 267 correspondieron a menores de cinco años, es decir un total del 85.8% de las defunciones por esta epidemia.

Debido a esta anomalía, los organismos de la salud del Departamento entendieron que para poder desacelerar esta epidemia se debía actuar de forma inmediata en la provisión de servicios básicos que pudieran de alguna manera incidir en el mejoramiento del “medio ambiente sanitario, la provisión de agua potable, adecuada eliminación de excretas, disposición correcta de basuras y el control de moscas y roedores, etc.”;⁷² complementado paralelamente “con un programa de atención sanitaria a toda la comunidad que modifique patrones de comportamiento en la higiene de los alimentos y la higiene personal y el cual debe iniciarse por las ciudades más grandes (Bucaramanga, Barrancabermeja, Socorro, San Gil)”.⁷³

Finalmente, promediando la década de los setentas las entidades sanitarias centraron su atención en la aparición nuevos fenómenos epidemiológicos que ya no eran casos aislados o esporádicos entre la comunidad, y que debido a su constante aparición en las urgencias hospitalarias, comenzaba a verse como un problema más de salud pública que iba en constante crecimiento, si tenemos en cuenta que entre las cinco primeras causas de muerte en Santander, se situaban tres enfermedades que tenían relación directa con órganos como el corazón y el cerebro; y que el noveno puesto era ocupado por tumores malignos “de otras localizaciones y de localizaciones no específicas”.⁷⁴

Por lo tanto los accidentes de tipo cerebro-vascular y el cáncer empezaban a repuntar las estadísticas de la morbimortalidad de los santandereanos, sobre todo si tenemos en cuenta que la aparición de estas enfermedades se debió a que muchas de las sanas costumbres del santandereano de antaño, se modificaron debido al nuevo estilo de vida impuesto en la ciudad (desórdenes alimenticios, tabaquismo, alcohol, sedentarismo y stress) que influyeron significativamente en el menoscabo de su salud.

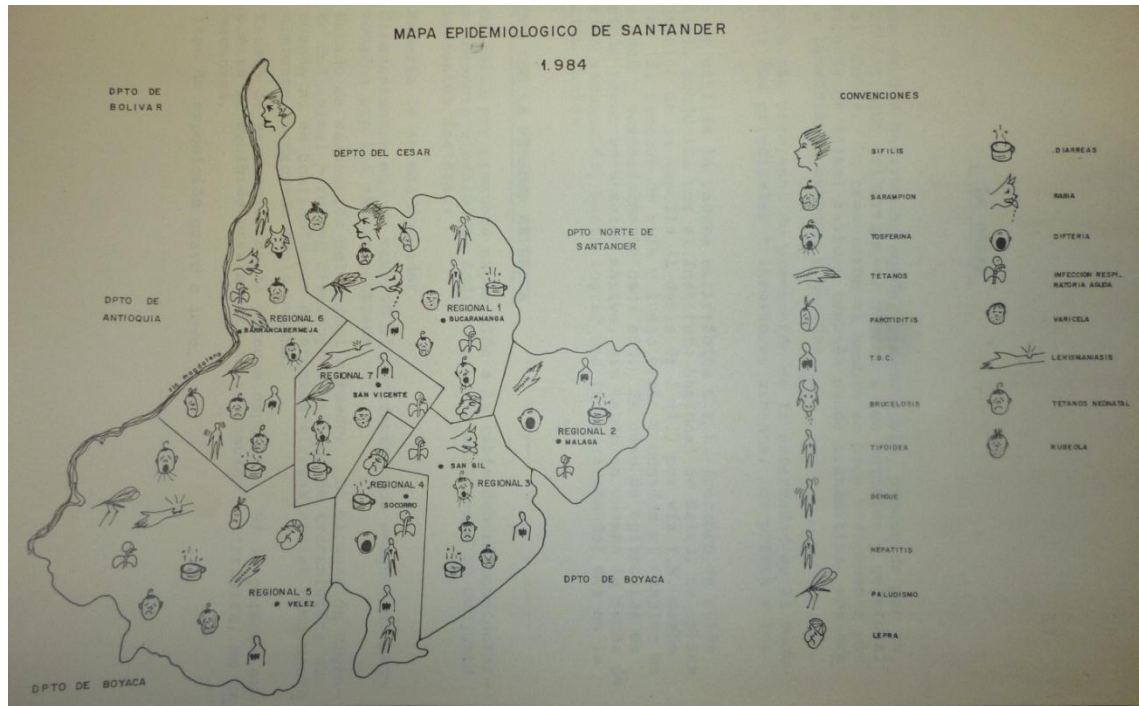
⁷¹ Editorial. Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Número 7, Enero-Junio 1979. Pág. 95.

⁷² *Ibíd.* Pág. 95.

⁷³ *Ibíd.* Pág. 95.

⁷⁴ *Ibíd.* Pág. 89.

Imagen 39. Mapa Epidemiológico del Departamento de Santander 1984.



Fuente: Boletín Epidemiológico Servicio Seccional de Salud de Santander. Año N° 11, Julio-Diciembre 1984.

5.4 EL CÁNCER EN SANTANDER Y EL PLAN NACIONAL DEL CÁNCER

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia en 1974 tenía una población aproximada de 23'948.707 habitantes, de los cuales se esperaba que 21.074 de ellos enfermaran de cáncer y que aproximadamente 13.459 personas fallecieran durante ese año⁷⁵.

Para este mismo periodo el Departamento de Santander concentraba en su territorio 1'213.081 habitantes, de los cuales se estimó que 1.068 de ellos serían potenciales enfermos de cáncer o de algún tipo de tumor maligno. Igualmente en ese mismo año se calculaba que 682 personas morirían en el Departamento a consecuencia de esta enfermedad⁷⁶.

Formuladas desde la creciente dinámica nacional que venía presentando el cáncer en los últimos años en Colombia, las cifras de enfermos y pacientes fallecidos por

⁷⁵ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Programas Nacionales de Cáncer 1974-1985. Bogotá D.E, 1975. Población calculada para 1974: DANE

⁷⁶ Ibídem

esta enfermedad resultaron alarmantes para el Departamento, porque lo ubicaban como la sexta región del país en la que más casos se presentarían en su población, y peor aún, el Departamento también ocuparía el sexto lugar en cuanto a pacientes que finalmente sucumbirían ante la enfermedad.

Las autoridades médicas se mostraron preocupadas por el vertiginoso avance del Cáncer de Cérvix en Santander, cuya tasa del 30% superó de lejos a otro tipo de neoplasias malignas como el Cáncer de piel (22%), estomago (10%) y mama (7%).⁷⁷ De la misma manera, el Cáncer ocupó el noveno puesto en la mortalidad general en el Departamento con doscientas cincuenta defunciones para el año 1976⁷⁸.

A pesar del panorama estadístico de personas afectadas y fallecidas por cáncer, en Santander no escasearon las instituciones y organizaciones civiles comprometidas con la sanación de los enfermos con Cáncer, todo lo contrario, la década de los años sesentas se presentó como una época generosa en la aparición de comités, ligas, damas voluntarias y asociaciones, que de manera determinante asumieron el compromiso de luchar contra el cáncer a nivel departamental.

El Comité Zonal de Lucha contra el Cáncer (1960), La Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer (1961) y la Asociación de Voluntarias de Alivio al Canceroso AVAC (1971); se presentaban como los grupos benefactores de la causa anti-cáncer, que en buena medida se encargaron de promocionar en la sociedad bumanguesa los asuntos referentes a la detección temprana del cáncer por medio de capacitaciones y conferencias que hacían llegar a los sectores populares de la ciudad. Inclusive en muchas ocasiones sus labores fueron más allá de lo meramente asistencial, al proveer al enfermo apoyo económico y espiritual si este así lo requería.

Ya en la parte oficial, otra institución que trabajó en pro del alivio del cáncer en Santander fue el Servicio de Cancerología y Radioterapia adscrito al antiguo Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga (1958). Este servicio oncológico concentró sus esfuerzos por brindar tratamiento a los pacientes con cáncer venidos desde diferentes poblaciones del Departamento y zonas aledañas a este. La Unidad anticancerosa fue dotada con equipos de Roentgenterapia superficial y profunda, con los cuales en sus primeros años de funcionamiento pudo atender de manera satisfactoria la creciente demanda de pacientes que a diario solicitaban asistencia médica para la curación del cáncer. Entre los años 1958 a 1968 se

⁷⁷ Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Numero 1 Octubre-Noviembre-Diciembre 1976. Pág. 4.

⁷⁸ *Ibíd.* Numero 7 Enero-Junio 1979. Pág. 89.

diagnosticaron y trataron 2.786 pacientes⁷⁹, razón por la cual esta dependencia oncológica se constituyó como de las más relevantes en el diagnóstico y tratamiento en el oriente colombiano.

Pero con el declive del Hospital San Juan de Dios en la década del setenta, también su unidad de oncología sufrió los embates propios de la entidad. El elevado volumen de consultas y tratamientos, sumado al daño de los equipos de radioterapia profunda y superficial dificultaron las labores de sanación de cientos de enfermos de cáncer de estratos bajos que acudían al viejo Hospital San Juan de Dios.

Esta dinámica permite distinguir que las políticas y programas para contrarrestar el cáncer en Santander a mediados del siglo XX eran limitadas, de carácter meramente regional y que en su mayoría se daban por iniciativa de un grupo de hombres y mujeres que con recursos propios, donaciones y obras benéficas, lograban obtener los fondos necesarios para cubrir la realización de campañas de prevención, diagnóstico, asistencia médica y consecución de equipos médicos.

Para el año 1975 el Instituto Nacional de Cancerología en conjunto con el Ministerio de Salud formularon, direccionaron y pusieron en marcha el Plan Nacional del Cáncer “cuyo eje consistió en el establecimiento y organización de ocho unidades zonales localizadas en Cartagena, Barranquilla, Medellín, Cali, Pereira, Manizales, Popayán, Bucaramanga y Bogotá.”⁸⁰

El Plan Nacional del Cáncer buscó descentralizar “las actividades asistenciales del Instituto Nacional de Cancerología”⁸¹ a expensas de las ocho zonales regionales que se instalaron estratégicamente en las ciudades capitales, las cuales fueron dotadas de la infraestructura humana y tecnológica con el fin de poder “facilitar la atención médica del paciente con cáncer o enfermedad pre-cancerosa, toda vez que en la actualidad el Instituto Nacional de Cancerología como hospital especializado no puede atender la demanda de tratamientos de los casos que se presentan en el país, ni es operante insistir en la centralización cuando esta se ve supeditada al problema económico y familiar del paciente que le impide trasladarse al nivel central”⁸²

En este orden de ideas, la zonificación de las regiones resultó ser el eje fundamental para el desarrollo del Plan Nacional del Cáncer, puesto que permitió a pacientes con problemas económicos y de traslado, acceder de manera

⁷⁹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA-HUS. Documento inédito. Texto escrito por el Director del Servicio de Cancerología y Radioterapia del antiguo Hospital San Juan de Dios, el Dr. Francisco Espinel Salive; a la Junta Constructora del Hospital González Valencia el 30 de Octubre de 1968.

⁸⁰ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Programas Nacionales de Cáncer 1974-1985. Bogotá D.E., 1975. Población calculada para 1974: DANE. Pág. 37.

⁸¹ *Ibidem*, Pág. 3.

⁸² *Ibidem*, Pág. 19.

oportuna y constante a los servicios de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y readaptación ofrecidos por la Unidad de Oncología establecida en su región: “Es una necesidad la zonificación del país con fines de facilitar la atención médica del paciente con cáncer o enfermedad pre-cancerosa, toda vez que en la actualidad el Instituto Nacional de Cancerología como hospital especializado no puede atender la demanda de tratamientos de los casos que se presentan en el país, ni es operante insistir en la centralización cuando ésta se ve supeditada al problema económico y familiar del paciente que le impide trasladarse a nivel central”⁸³

La primera fase del Plan Nacional del Cáncer zonificó ocho regiones del país, por lo que al Departamento de Santander le correspondió encabezar la zonal número 2. El radio de influencia de esta zona 2 comprendió además los departamentos de Norte de Santander y Arauca, por lo que bajo su jurisdicción le correspondió cubrir a 1'912.504 habitantes⁸⁴, de los que muy factiblemente 1.650 de ellos serían nuevos casos de cáncer y 660 necesitarían inicialmente el tratamiento de Radioterapia.⁸⁵

El Instituto Nacional de Cancerología por medio del Plan Nacional se comprometió no solamente a facilitar los recursos económicos para dotar y mejorar los equipos e infraestructura física de las unidades oncológicas, sino que además se comprometió en capacitar al recurso humano en el manejo de protocolos y equipos para la aplicación de la radioterapia y quimioterapia, al igual que promovió la docencia e investigación del cáncer y la vinculación de las empresas tanto públicas como privadas a los programas de control del cáncer y reducción de los costos en los tratamientos de cáncer a cada paciente.

Con la puesta en marcha del Plan Nacional del Cáncer se puede observar que por primera vez el Estado colombiano en cabezas del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología, le dio la importancia que requería a la temática del cáncer hasta el punto de convertirla en política pública nacional dadas las circunstancias epidemiológicas que había tomado esta enfermedad en la población colombiana durante los años que precedieron a la década del cincuenta. Ahora bien, con la entrada en operación del Plan Nacional del Cáncer a Santander, muchos grupos políticos, médicos y sociales del Departamento participaron de manera mancomunada en la materialización del proyecto oncológico. Entidades del orden público como el Servicio Seccional de Salud, la Beneficencia de Santander y la Gobernación departamental; y privado como la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer, aportaron los recursos económicos y logísticos necesarios para concretar el Plan Nacional en Santander.

⁸³ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Programas Nacionales de Cáncer 1974-1985. Bogotá D.E, 1975. Población calculada para 1974: DANE. Pág. 19.

⁸⁴ *Ibidem*, Pág. 30.

⁸⁵ *Ibidem*, Pág. 30.

5.5 LA CONSTRUCCIÓN “DE LA FUNCIONAL SEDE DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA”⁸⁶

La administración del proyecto oncológico le fue asignada a la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer mediante un contrato celebrado entre la entidad y el Servicio de Salud Departamental. La Liga operó en calidad de “administración delegada”⁸⁷ y se comprometió a gestionar y direccionar los dineros que en su momento entregaron tanto el Ministerio de Salud como los fondos obtenidos producto de las donaciones particulares y de un empréstito que gestionó la misma Liga por un valor de \$ 600.000 pesos con la Fundación de Asistencia Colombiana, con el objeto de ayudar a financiar la construcción y dotación de la Unidad Oncológica. Igualmente la Liga administró las labores de construcción de la Unidad al mismo tiempo que colaboró con la consecución y adecuación de los equipos para el tratamiento del Cáncer.

Un total de \$ 2´200.000 pesos fueron finalmente los dineros que se lograron recaudar para la construcción de la Unidad Oncológica. Los montos obtenidos están discriminados de la siguiente manera:

- Ministerio de Salud: Auxilio por \$1´200.000 pesos que fueron fraccionados en tres partes; la primera partida fue de \$ 800.000, la segunda por un valor de \$ 300.000 y la última por \$ 100.000 pesos.⁸⁸
- Fondos de Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer: La entidad aportó \$ 400.000 de sus propias arcas.⁸⁹
- Empréstito: Préstamo de \$ 600.000 solicitado por la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer a la Fundación de Asistencia Colombiana para solventar los gastos de la construcción del edificio oncológico.
- Compañía Colombiana de Tabaco S.A: Debido al avanzado estado de las obras de construcción de la Unidad de Radioterapia, COLTABACO S.A, donó \$ 50.000 al proyecto.

La Liga igualmente colaboró “en la elaboración y dibujo de los planos definitivos”⁹⁰ de la edificación, los cuales fueron presentados al Servicio Seccional de Salud del Departamento, para que esta entidad a su vez los remitiera a la Sección de Arquitectura del Fondo Nacional Hospitalario con sede en la ciudad de Bogotá,

⁸⁶ Vanguardia Liberal. Guerra al cáncer: Unidad de Oncología será inaugurada hoy. 15 de Mayo de 1979. Año LIX, N° 21.047 Pág. 3a

⁸⁷ Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer. Tomo 2, Folio 114. Acta N° 85. 19 de Octubre de 1976.

⁸⁸ Ibídem, Tomo 2, Folio 112. Acta N° 84. 14 de Septiembre de 1976.

⁸⁹ Ibídem, Tomo 2, Folio 122. Acta N° 90. 10 de Febrero de 1977.

⁹⁰ Ibídem, Tomo 2, Folio 101. Acta N° 77. 14 de Enero de 1976.

para su posterior revisión y aprobación. Después de un par de meses de intercambio de conceptos entre la Liga y la Sección de Arquitectura, finalmente ambas partes llegaron a un acuerdo que permitió la aprobación de los planos para la construcción de la Unidad de Oncología; por lo que acto seguido, se dio inicio a los trabajos preliminares de la obra.

De esta manera, para el mes de junio del año 1976 bajo la dirección del arquitecto Álvaro Cubides, se iniciaron los trabajos de construcción de la Unidad de Oncología “en predios del Hospital Ramón González Valencia”.⁹¹ Inicialmente le fueron entregados \$ 70.000 pesos al arquitecto Cubides para que adelantara la compra de los materiales, “principalmente hierro”.⁹² Al final la obra tuvo un costo total de \$ 2’000.000 de pesos, sobrepasando los cálculos iniciales, que según el Tesorero de la Liga, el Sr. José Ferreira, estaban promediados por debajo del 1’800.000 pesos.⁹³

A pesar de la cierta complejidad que demandaba construir la Unidad, las obras lograron avanzar sin mayores contratiempos y dentro del cronograma establecido para la culminación de las mismas.

Ahora bien, de los espacios que se acordó construir al interior de la Unidad Zonal del Cáncer, se prestó puntual detalle a uno en especial, la edificación del Bunker para la instalación de la Bomba de Cobalto 60. Este equipo, traído especialmente para la aplicación de la Radioterapia, emana una carga radiactiva natural (cobalto) “de 10 mil purios”⁹⁴ contenidos en una pastilla de aproximadamente “dos centímetros por uno y medio”,⁹⁵ que se encuentra encapsulada al interior de un cabezal blindado en plomo el cual aísla la fuente radiactiva con el exterior; por lo tanto, su instalación y manejo requerían del estricto cumplimiento de protocolos básicos de protección radiológica, que de no ser tenidos en cuenta podían llegar a causar problemas para la salud de quienes operan este tipo de equipos oncológicos.

Por intermedio del entonces director del Instituto Nacional de Cancerología, Dr. Julio Enrique Ospina Lugo, se hizo posible el arribo a Bucaramanga de una comisión de ingenieros franceses especialistas en la construcción y acondicionamiento de instalaciones para Bombas de Cobalto. La delegación francesa realizó una visita a la construcción de la Unidad de Oncología, dando preliminarmente su aprobación a las obras del edificio. Posteriormente, se les entregó a los ingenieros franceses una copia del plano del edificio con el

⁹¹ Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer. Tomo 2, Folio 108. Acta N° 82. 1 de Julio de 1976.

⁹² Ibídem, Tomo 2, Folio 110. Acta N° 83. 31 de Agosto de 1976.

⁹³ Ibídem, Tomo 2, Folio 149. Acta N° 103. 11 de Mayo de 1978.

⁹⁴ Vanguardia Liberal. El 30 inauguran Unidad de Cáncer. 15 de Mayo de 1979. Año LIX, N° 210232. Pág. 3a

⁹⁵ Ibídem, Pág. 3a

compromiso de que en un mes enviaran a la Liga las especificaciones definitivas y detalladas que se necesitaban para edificar el Bunker.⁹⁶ Finalmente, el grupo de ingenieros franceses envió a la administración delegada los parámetros a seguir para la construcción del Bunker en el que iba a funcionar la Bomba de Cobalto.

Además de la construcción del Bunker, el Ingeniero Cubides vio la necesidad de construir un puente que comunicara la Unidad Oncológica con el Hospital Ramón González Valencia.⁹⁷

La construcción de la Unidad de Oncología contrastó con la preocupación que por aquellos días tuvieron varios de los responsables de la obra, máxime porque se encontraban a escasos meses de la inauguración del centro anti-cáncer y aún no se había definido quién y cómo se administraría la Zonal del Cáncer del Departamento, pues era evidente la desconfianza que los miembros de la Junta Directiva de la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer tenían respecto al tipo de manejo que le podría dar el Hospital Ramón González Valencia a la Unidad de Oncología, una vez que ésta entrara en operación, pues según ellos, el déficit presupuestal, las huelgas de trabajadores y el sindicato de la entidad hospitalaria no eran garantes del devenir del centro oncológico.⁹⁸

La Junta Directiva de la Liga insistía en que la Unidad tuviera “independencia administrativa y la autonomía”⁹⁹ necesaria que la librara “de los peligros y vicios”¹⁰⁰ que afectaban por aquellos días al Hospital; razones por las que exigieron a las directivas de la entidad hospitalaria, resolver de manera conjunta con la mediación del Instituto Nacional de Cancerología, el Servicio de Salud de Santander y “los señores gobernador y alcalde” de Bucaramanga, la problemática en mención.

Finalmente después de varios meses y tras varias reuniones entre los representantes de la Liga y del Hospital, se acordó que este último se comprometía a garantizar el pago de los dineros que por conceptos de “reparación, traslado y dotación de la Unidad”¹⁰¹ le prestara la Liga al Hospital, como también “las formas de pago”¹⁰². Igualmente, concertaron que la misma Liga formaría parte de “la vigilancia y buen uso de los recursos y equipos” oncológicos que eran de su propiedad.¹⁰³

⁹⁶ Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer. Tomo 2, Folio 114. Acta N° 85. 19 de Octubre de 1976.

⁹⁷ *Ibidem*, Tomo 2, Folio 129. Acta N° 94. 4 de Agosto de 1977.

⁹⁸ *Ibidem*, Tomo 2, Folio 186. Acta N° 98. 21 de Noviembre de 1977.

⁹⁹ *Ibidem*, Tomo 2, Folio 156. Acta N° 106. 24 de Agosto de 1978.

¹⁰⁰ *Ibidem*, Tomo 2, Folio 139. Acta N° 99. 10 de Enero de 1978.

¹⁰¹ *Ibidem*, Tomo 2, Folio 191. Acta N° 100. 7 de Febrero de 1978.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ *Ibidem*.

Las tareas de construcción y dotación de la Unidad de Oncología concluyeron en el mes de diciembre del año 1978 con la instalación de la Bomba de Cobalto 60, siendo este equipo oncológico el primero en entrar en operaciones un par de meses antes de la inauguración oficial de la entidad oncológica.¹⁰⁴

Finalmente, después de cuatro años de dedicada planificación y gestión, fue inaugurada el 30 de mayo de 1979 la “funcional sede de la Unidad de Oncología”.¹⁰⁵ En dicha inauguración estuvieron presentes las máximas autoridades administrativas y médicas del orden Departamental y nacional entre los que se contaban Alfonso Gómez Gómez, Gobernador de Santander; Julio Enrique Ospina Lugo, Director del Instituto Nacional de Cancerología, Luz Uribe, representante del Ministerio de Salud Pública; Julio Sandoval, Coordinador General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública; Manuel Serrano Arenas, Jefe del Servicio Seccional de Salud Departamental, Christian Pinto Parra, Director del Hospital Ramón González Valencia; Hernando Pardo Ordoñez, Presidente de la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer; e igualmente reconocidos “científicos cancerólogos de todo el país, presidentes de las Ligas Seccionales de Bogotá, Cali, Medellín y Cúcuta”.¹⁰⁶

La Unidad de Oncología operó inicialmente con tres equipos: la Bomba de Cobalto 60 y los equipos de Radioterapia Profunda y Superficial, con los cuales se atendió la elevada demanda de Carcinomas de cérvix, piel, estomago, seno y linfomas, que eran los más usualmente tratados por la institución. Igualmente se ofrecieron los tratamientos oncológicos de Braquiterapia y el servicio de Quimioterapia. La Unidad contó además con la Sección de Medicina Nuclear que coadyuvó en buena medida las labores de diagnóstico y terapéutica de los tratamientos anti-cáncer. La Unidad también brindaba los servicios de cirugía oncológica y patología clínica.

Estos servicios oncológicos llegaron a todos los habitantes de las áreas urbanas y rurales del Departamento de Santander. Centenares de personas provenientes de diferentes zonas de la región acudían semanalmente a ser diagnosticadas y tratadas en la Unidad de Oncología. Se pudo observar que el mayor volumen de estos pacientes provino de municipios cercanos a la ciudad de Bucaramanga, como por ejemplo Girón, Floridablanca, Piedecuesta, y Rionegro. Igualmente, pero en menor cantidad, vinieron pacientes procedentes de zonas más remotas del Departamento: Barrancabermeja, Lebrija, Barbosa, San Gil, Málaga y San Vicente.

¹⁰⁴ Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer. Tomo 2, Folio 168. Acta N° 112. 22 de Marzo de 1979.

¹⁰⁵ Vanguardia Liberal. Guerra al Cáncer: Unidad de Oncología será inaugurada hoy. 30 Mayo 1979. Año LIX, N° 21047. Pág. 3a

¹⁰⁶ *Ibidem*. Pág. 3a

Inclusive se pudo observar en varias Historias Clínicas de la Unidad de Oncología, que hubo pacientes que se trasladaron desde lejanas poblaciones como Pamplona, Ocaña, La Vega, Cúcuta, (Departamento de Norte de Santander), Aguachica y Gamarra (Departamento del Cesar). También se encontró uno que otro paciente venido desde las ciudades de Tunja, Cali y del vecino país de Venezuela.

Cabe mencionar que la Unidad de Oncología contó con un albergue situado en inmediaciones del Barrio Campo Hermoso de Bucaramanga, el cual apoyó los servicios de hospitalización y asistencia social de los “enfermos incurables de cáncer”¹⁰⁷, como igualmente aquellos pacientes venidos de otras poblaciones del Departamento o aledañas este, y que no contaban con los recursos económicos para su estadía en la ciudad de Bucaramanga, mientras recibían el tratamiento en la Unidad de Oncología. En sus inicios este albergue fue conocido bajo el nombre de “Pabellón de Variolosos”¹⁰⁸, y sus las instalaciones se reducían a un “cuarto carente de las más elementales normas de higiene, mal ventilado, y con una carencia total de dotación y otros servicios”¹⁰⁹.

Promediando la década del sesenta, la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer, en una más de sus obras sociales en pro de la batalla contra el cáncer, reacondicionó y amplió las instalaciones del albergue e inclusive lo renombró Pabellón José Antonio Jácome Valderrama, en honor al recientemente desaparecido medico santandereano y ex director del Instituto Nacional de Cancerología. Las obras de adecuación del albergue las dirigió el arquitecto Álvaro Cubides, quien años más tarde también dirigiría la construcción de la Unidad de Oncología. De la misma forma los médicos Francisco Espinel Salive y Gustavo Mogollón asesoraron en la planeación y distribución de los tres pabellones funcionales que se construyeron para el albergue: “el primer pabellón corresponde a oficinas, estadero, curaciones y morgue. El segundo pabellón corresponde a las salas de hombres y mujeres y el tercero en construcción, más recientemente para pensionados, infantil y enfermería”¹¹⁰.

Pero nuevamente para finales de la década del setenta el pabellón Jácome Valderrama había decaído debido al abandono oficial por lo que se encontraba a punto de ser liquidado por el Hospital Ramón González Valencia que era la entidad que se había encargado en los últimos años de administrar el albergue. Conocedora de esta situación, la Liga de nuevo salió al rescate del albergue, pero esta vez de manera un poco más limitada colaboró en la gestión de los recursos económicos a través de la Junta de Beneficencia de Santander y la Gobernación del Departamento; recordemos que la Liga para ese momento se hallaba

¹⁰⁷ Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer. Tomo 1, Folio 4. Acta N° 5. 5 de Abril de 1966.

¹⁰⁸ *Ibidem*, Tomo 1, Folio 17. Acta N° 11. 16 de Febrero de 1967.

¹⁰⁹ *Ibidem*, Tomo 1, Folio 25. Acta N° 16. 11 de Octubre de 1967.

¹¹⁰ *Ibidem*, Tomo 1, Folio 6. Acta N° 6. 3 de Junio de 1966.

comprometida con la construcción de la Unidad de Oncología, y sus “recursos económicos y financieros”¹¹¹ se encontraban “enfocados a la construcción montaje e iniciación de operaciones de la Unidad Oncológica”¹¹².

Al final, con el apoyo de los entes gubernamentales, de beneficencia y la Liga, el Pabellón Jácome Valderrama, el albergue pudo salir nuevamente a flote y ofrecer el servicio de hospedaje a los pacientes terminales de cáncer que eran tratados en la Unidad de Oncología.

Por otra parte, a través de un acuerdo suscrito entre el Hospital Ramón González Valencia y la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer, dueña de los equipos oncológicos, las dos entidades convinieron en tarifar los servicios que por concepto del servicio de Radioterapia se debían cobrar a los centenares de pacientes que eran tratados en la Unidad de Oncología. Dichos recursos serían destinados al mantenimiento de los equipos de Radioterapia e igualmente el Hospital recibiría parte de los dineros recaudados.

Los costos del tratamiento oncológico oscilaron entre los \$ 4.000 a \$ 4.500 pesos, siendo la tarifa de \$ 7.000 pesos la más costosa. El cobro de la tarifa dependía en buena medida del estudio socio-económico que inicialmente se le realizaba al paciente por parte de la trabajadora social del Hospital.

Imagen 40. Unidad de Oncología 1979

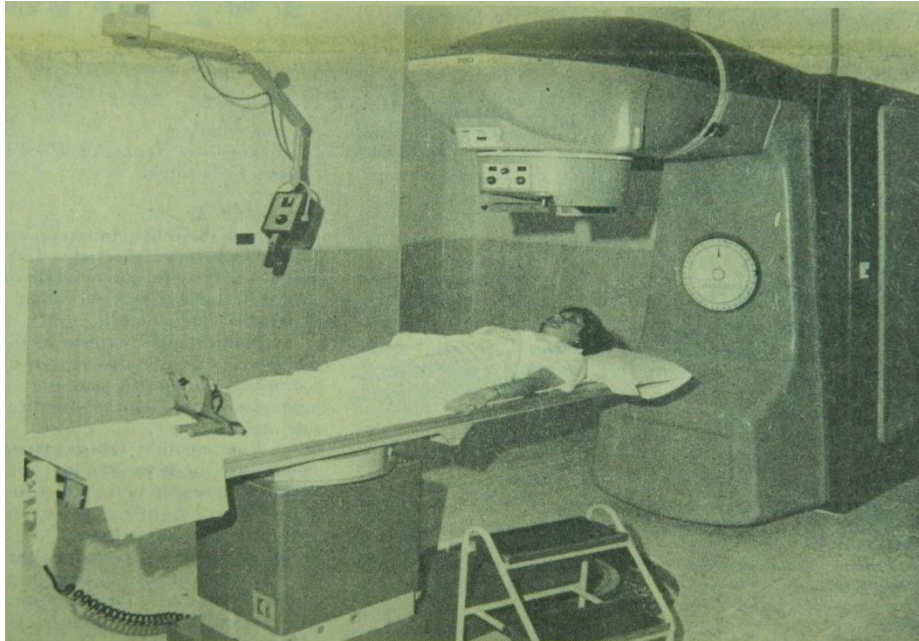


Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Bucaramanga.

¹¹¹ Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer. Tomo 2, Folio 125. Acta N° 91. 15 de Marzo de 1977.

¹¹² *Ibidem*.

Imagen 41. Equipo de Radioterapia de la Unidad de Oncología 1979: Bomba de Cobalto 60 "Theratron 780".



Fuente: VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. 31, Mayo, 1979. P.1.

Imagen 42. Equipo de Radioterapia de la Unidad de Oncología. 23 septiembre de 2013



5.6 EL RECURSO HUMANO, LAS FUNCIONES Y EL ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

Inicialmente la estructura orgánico-funcional de la Unidad de Oncología era exigua, pues únicamente contaba con un par de médicos radioterapeutas, los doctores Francisco Espinel Salive, Director de la Unidad y Tomas Carlos Durán y, además, la tecnóloga en radioterapia Srta. Martha Isabel Vargas Martínez), la auxiliar en Rayos X Sra. Herminia Sepúlveda, las dos enfermeras Hna. Ofelia Soto y Hna. Aurora Ramírez y la secretaria Leonor Ramírez.¹¹³ Cabe mencionar que tanto los doctores Francisco Espinel Salive, Director del servicio de Cancerología y Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, y Carlos Cortes Caballero, como las dos enfermeras y la secretaria, provenían del servicio de Cancerología y Radioterapia del antiguo Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga.

Con el pasar de los meses la Unidad oncológica incorporó personal médico en el área de medicina nuclear (Dr. Gustavo Villabona), cirugía oncológica (Dr. Fernando Barco y Dr. Jorge Gómez) medicina interna (Dr. Luis Ernesto Téllez) y patología (Dr. Carlos Cortes Caballero).¹¹⁴

Gran parte de este personal médico y auxiliar que integró el recurso humano de la Unidad de Oncología fue entrenado en la ciudad de Bogotá por el Instituto Nacional de Cancerología en el marco del Plan Nacional del Cáncer expedido en el año 1975 por el Ministerio de Salud Pública, el cual buscó mejorar la formación teórica y práctica de los galenos oncólogos de esta zona del país, con el objetivo de afianzar criterios clínicos y permitir la cobertura de los servicios anti-cáncer en el Departamento.

Con la llegada de las especialidades médicas y la aplicación de novedosos tratamientos, se logró conformar un grupo “multidisciplinario”¹¹⁵ que según el Dr. Tomas Carlos Durán, se reunía una vez por semana para discutir y valorar los casos más críticos de cáncer y definir las pautas a seguir frente al tratamiento y su pronóstico. Dicho grupo se denominó Junta Oncológica, y según el Dr. Durán, la Unidad de Oncología “era la única parte en la ciudad en donde existía una junta para decidir pacientes”.¹¹⁶ Hasta el día de hoy la Unidad de Oncología y Radioterapia sigue realizando semanalmente este tipo de Juntas Oncológicas.

Por otra parte, el primer Director que tuvo la Unidad de Oncología fue el médico Francisco Espinel Salive, a quien sus más de veinte años de experiencia en la

¹¹³ Entrevista realizada a la Tecnóloga Radioterapeuta, la Sra. Martha Isabel Vargas Martínez. 5 de Noviembre de 2014.

¹¹⁴ Entrevista realizada al Dr. Tomas Carlos Duran. 11 de Septiembre de 2013.

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ *Ibidem*.

aplicación de tratamientos de radioterapia le daban el aval para ocupar tan importante cargo en la entidad oncológica, toda vez que integró y dirigió el servicio de Cancerología y Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Oriundo del Departamento del Tolima, Francisco Espinel Salive se graduó como médico general en la Universidad Nacional y pocos meses después ingresó al Instituto Nacional de Cancerología para adelantar estudios en Radioterapia. Una vez graduado como médico radioterapeuta, el entonces Director del Instituto Nacional de Cancerología, Dr. Mario Gaitán Yanguas, lo envió en el año 1958 a Bucaramanga para que inaugurara y se hiciera cargo del primer servicio de oncología que operó en el Departamento de Santander.

La notable y extensa carrera médica del Dr. Espinel, también se extendió hacia sectores de tipo consultivo y administrativo siendo secretario y Director Científico en la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer, miembro de la Academia de Medicina Capítulo Santander, miembro del Comité de Ética Médica y Coordinador del Comité Zonal de Lucha contra el Cáncer. Con la inminente llegada a Bucaramanga del Plan Nacional del Cáncer, el Dr. Espinel debió acogerse a una serie de capacitaciones en el Instituto Nacional de Cancerología

El médico Francisco Espinel dirigió la Unidad de Oncología entre el año 1978 y 1985, año en que falleció y fue sustituido por el Dr. Tomás Carlos Durán, quien al momento del deceso del Dr. Espinel se desempeñaba como Radioterapeuta en la Unidad de Oncología.

Originario del Socorro, el Dr. Tomás Carlos Durán se graduó de médico de la Universidad Nacional y se especializó como Radioterapeuta en el Instituto Nacional de Cancerología, a expensas del Plan Nacional del Cáncer el cual otorgó al Departamento de Santander un cupo para que un médico de la región se especializara en cirugía oncológica, medicina nuclear o radioterapia. Finalmente y después de varios filtros, el Dr. Durán se hizo acreedor a la beca que le daba derecho a la especialización oncológica. Entre los años 1975 y 1978, el Dr. Tomás Carlos Durán adelantó sus estudios en Radioterapia en el Instituto de Cancerología.

Justamente el Dr. Durán llegó para la inauguración de la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia, e inmediatamente inició sus labores al frente de la Bomba de Cobalto 60; equipo para el que según el mismo Dr. Durán, había sido “entrenado y que realmente dominaba su manejo y sus aplicaciones”.¹¹⁷

El Dr. Durán ejerció la jefatura de la Unidad de Oncología entre los años 1985 y 1993, época que coincidió con la puesta en marcha de la segunda fase del Plan Nacional del Cáncer y por ende, con la llegada de novedosos equipos de última tecnología como el acelerador lineal, el simulador de tratamiento de Teleterapia y

¹¹⁷ Entrevista realizada al Dr. Tomas Carlos Duran. 11 de Septiembre de 2013.

de una gamacámara computarizada para el servicio de Medicina Nuclear; además se amplió y remodeló la planta física de la Unidad.

Con la llegada de los equipos en mención, más los ya existentes (Bomba de Cobalto, Rayos X Profundos y Superficiales), la Unidad de Oncología se convirtió en una de las mejor dotadas del país.

Otro acontecimiento trascendental que se dio durante la administración del Dr. Durán fue la organización en la ciudad de Bucaramanga del IX Congreso Nacional de Cancerología en el mes de noviembre de 1991. Dicho evento contó con la participación de “7 médicos extranjeros, expertos en este campo, de dos de los hospitales más importantes en el tratamiento del cáncer en los Estados Unidos, el MD Anderson Hospital de Houston y el Memorial Sloan-Kattering Cáncer de Nueva York”.¹¹⁸ Este evento también contó con la participación de reconocidos oncólogos colombianos. Así mismo, cabe destacar que por primera vez el evento reconoció los trabajos de investigación oncológica, por lo que estableció “el premio nacional de cancerología”.¹¹⁹

Finalmente el Ministerio de Salud Pública estableció las funciones de las ocho Unidades Zonales del Cáncer a través de la Resolución N° 5897 de 1978. El gobierno nacional buscó normalizar las actividades administrativas y científicas de los ocho centros oncológicos que operaban hasta ese momento en el país:

“Las Unidades Zonales del Cáncer tendrán las siguientes funciones:

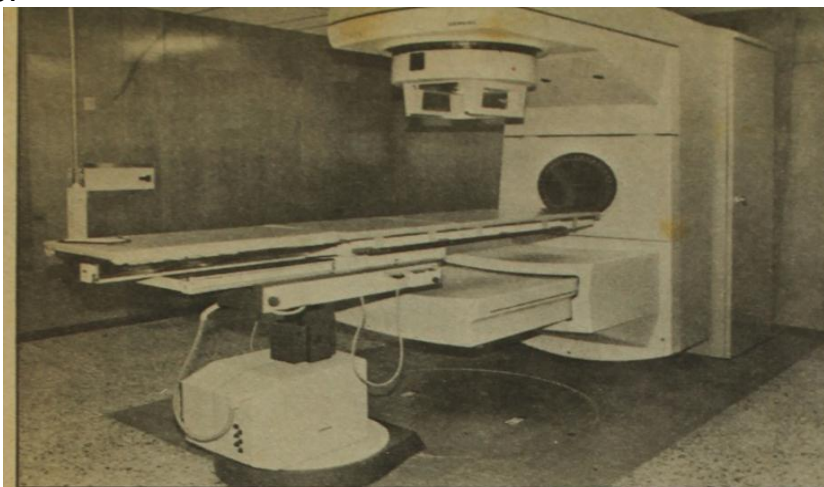
- a) Llevar a cabo el programa de Seguimiento de pacientes con cáncer atendidos en el respectivo Hospital Universitario, cualquiera sea el lugar de donde procedan, dentro de su zona de influencia.
- b) Cooperar con otros Hospitales de su Zona en el establecimiento de programas similares y propiciar su coordinación y compatibilización.
- c) Llevar a cabo el programa de registro de pacientes con cáncer, que residan permanentemente dentro de la jurisdicción de la ciudad sede.
- d) Atender todos los pacientes que sean referidos por todos los Hospitales Regionales de su zona para efectos de diagnóstico y/o tratamiento de cáncer.
- e) Llevar a cabo actividades de capacitación del personal científico, técnico y auxiliar, para el desarrollo de las acciones de seguimiento y registro.
- f) Efectuar investigaciones sobre cáncer, utilizando al máximo la cooperación de otras entidades, mediante adecuados mecanismos de colaboración y coordinación.
- g) Establecer y mantener una coordinación adecuada con los diversos departamentos del Hospital, especialmente con aquellos que se relacionan con

¹¹⁸ Vanguardia Liberal, 21 de Mayo de 1991.

¹¹⁹ Vanguardia Liberal, 21 de Mayo de 1991.

el diagnóstico y tratamiento de cáncer, para realizar las actividades mediante una eficaz y racional utilización de los recursos".¹²⁰

Imagen 43. Acelerador lineal de partículas traído a la Unidad de Oncología en el año de 1989.



Vanguardia Liberal/ Jaime del Río

Este es el acelerador de partículas, uno de los aparatos recientemente adquiridos con el cual pueden contar los enfermos de cáncer de los departamentos de Sur y Norte de Santander, parte de Boyacá y César. Dicho aparato, a una velocidad que genera una energía de seis millones de electrón-voltios, sirve para irradiar tumores, dándole una máxima acción fatal a las células enfermas, respetando las sanas.

Inaugurada planta de cáncer en el hospital

La ampliación de la planta física de Oncología, la instalación de un acelerador lineal, un simulador de tratamiento de teleterapia y de una gamacámara computarizada para el servicio de Medicina Nuclear, fueron inauguradas ayer por el ministro de Salud, Eduardo Díaz Uribe y las directivas del Hospital Ramón González Valencia, convirtiendo el lugar en una de las salas mejor dotadas que en el área del cáncer existe en el país.

El Jefe de la Unidad Oncológica del Hospital Universitario, Tomás Carlos Durán Gómez, señaló al respecto que pensar en disponer en nuestra tierra de los equipos más avanzados para tratamiento del cáncer con radioterapia, no iba más allá de ser un sueño o una utopía, pues sus elevadísimos costos lo hacían imposible.

“Es una muestra palpable que el empeño del Instituto Nacional de Cancerología, el Ministerio de Salud y el Gobierno Central, lograron para el

desarrollo del programa nacional contra el cáncer en nuestro departamento, con políticas definidas y apoyo financiero”, recalcó Durán Gómez.

Reto y progreso

Agregó que los santandereanos tuvieron la suerte de que Bucaramanga fuese escogida como la sede de la Zona II del Programa Nacional de Cáncer, honor que fue recibido como un reto para prestar un buen servicio a los pacientes y progresar científicamente.

El Jefe de la Unidad Oncológica informó que en 1988 se atendió un total de 600 casos nuevos de pacientes con cáncer; se practicaron 5.400 consultas (el más alto número de consultas médicas atendidas por las diferentes especialidades del Hospital); 850 pacientes recibieron tratamientos en los equipos de radioterapia, practicándose 19 mil sesiones de radioterapia y en quimioterapia se trataron 120 pacientes.

Fuente: VANGUARDIA LIBERAL. 21 de mayo de 1991. Bucaramanga.

¹²⁰ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5897 de 1978. Por la cual se dictan normas sobre el Programa Nacional de Control del Cáncer.

Imagen 44. En noviembre de 1991, la Unidad de Oncología en cabeza de su Directoría organizó el IX Congreso Nacional de Cancerología.

Bucaramanga, sede del IX Congreso de Cancerología

Por Silvia Camargo Abello, Vanguardia Liberal.- Del 31 de octubre al 3 de noviembre el cáncer dará bastante que hablar. En esas fechas médicos oncológicos del país y del exterior pondrán en común los últimos avances en el tratamiento de esta enfermedad, durante el IX Congreso Colombiano de Cancerología, que se realizará en Bucaramanga.

Lo interesante es que este evento no será cerrado exclusivamente a los médicos especialistas en el tratamiento del cáncer.

Por el contrario, los organizadores pretenden que tanto los médicos generales como aquellos especializados en áreas diferentes a la oncología, se hagan presentes para que conozcan métodos de diagnóstico precoz y formas de tratamiento con miras a que el paciente tenga un mejor pronóstico.

Según el médico Tomás Carlos Durán, presidente del congreso, existe todavía la creencia en nuestro medio de que el cáncer es sinónimo de muerte. Por esta razón muchos especialistas no recurren a las diferentes alternativas para curarlo o realizan prácticas que no son las más adecuadas en el tratamiento.

El objetivo del congreso es entonces dar a conocer cuáles procedimientos son los más recomendados cuando un profesional de la salud encuentra un paciente con cáncer. Así mismo, demostrar que esta enfermedad sí se puede curar y en caso de que no, al menos se puede mejorar la calidad de la vida que le queda al paciente.

Por esto, dentro del programa habrá una sesión solo para los odontólogos. En este curso pre-congreso los oncológicos pretenden indicarle a estos profesionales la manera de diagnosticar precozmente el cáncer de la cavidad oral —encías, faringe, amígdalas, lengua— uno de los más comunes en

LOS MAS FRECUENTES

En Colombia, los dos tipos de cáncer más frecuentes son el de cérvix y seno.

Esto significa que el cáncer tiene más incidencia en la mujer. En efecto, según afirmó Tomás Carlos Durán, por cada hombre con cáncer, existen dos mujeres que también lo padecen.

El cáncer del cérvix es un problema frecuente en nuestro medio, a diferencia de otros países desarrollados. Sin embargo, en Colombia hay una tendencia a que estas cifras disminuyan como resultado de las campañas preventivas en las cuales se promueve la citología vaginal.

Estos exámenes están ayudando al diagnóstico precoz del cáncer del cérvix. "Aunque no se disminuye la aparición, sí ha contribuido a un descenso en las muertes por esta causa, puesto que si se diagnostica temprano se puede curar", aclaró Durán.

Además explicó que las mujeres tienen la ventaja de que se les puede diagnosticar más fácil estas dolencias, mediante las citologías y los autoexámenes del seno.

Entre estos dos tipos de cáncer, se encuentra el de la piel, pero debido a que no causa muertes, es subvalorado dentro de las estadísticas. "Es muy frecuente sobre todo en las personas de piel blanca, por el ancestro europeo de algunas regiones, pero no se registra porque se cura fácil con radioterapia. Es decir, que no tiene trascendencia pero sí alta incidencia".

En la lista figuran en cuarto y quinto lugar de incidencia, el cáncer de los ganglios y el gástrico, este último más común en zonas de climas fríos.

En el sexto lugar ya se encuentran en el mismo grado de frecuencia las demás modalidades de cáncer.

nuestro medio.

"Si están preparados, los odontólogos puede ser de gran ayuda porque lo diagnostican temprano y de esta forma contribuyen a la curación del paciente", aclaró el médico Durán.

Agregó que lo que se busca es que exista una buena comunicación entre oncólogos y otros especialistas para trabajar en forma multidisciplinaria, "pues el cáncer da a todo nivel y todos los médicos tienen que ver con él".

Se espera una asistencia de por lo menos 500 médicos de diferentes ramas de especialización.

El programa

Dentro del programa del congreso se hablará de temas como cáncer del seno, cáncer gastrointestinal, cáncer ginecológico, cáncer en los niños, cáncer urológico y cáncer en los ganglios.

Las anteriores son las enfermedades que más incidencia tienen en nuestro medio.

Para esto, han invitado a 7 médicos extranjeros, expertos en este campo, de dos de los hospitales más importantes en el tratamiento del cáncer en los Estados Unidos, el MD. Anderson Hospital, de Houston y el Memorial Sloan-Kettering Cancer, de Nueva York.

Entre ellos sobresalen Tyvin Rich, Walter Jones B., Alan Erickson, William Velásquez y Norman Jaffe.

Así mismo participarán reconocidos médicos colombianos.

Cabe destacar que por primera vez se estableció el premio nacional de cancerología, con el cual se estimula a la investigación de esta enfermedad en Colombia. El plazo para la entrega de estos trabajos es el mes de septiembre.

La Sociedad Americana de Cáncer, una de las organizadoras del evento, estará presente solo para hablar contra el hábito de fumar, puesto que son bastantes los efectos del cigarrillo en la aparición de tumores malignos.

El evento que se realizará en el Hotel Chicamocha, está organizado además por la Sociedad Colombiana de Cancerología, la Sociedad Colombiana de Radioterapia, el Instituto Nacional de Cancerología y la Asociación de Exalumnos de esta última.

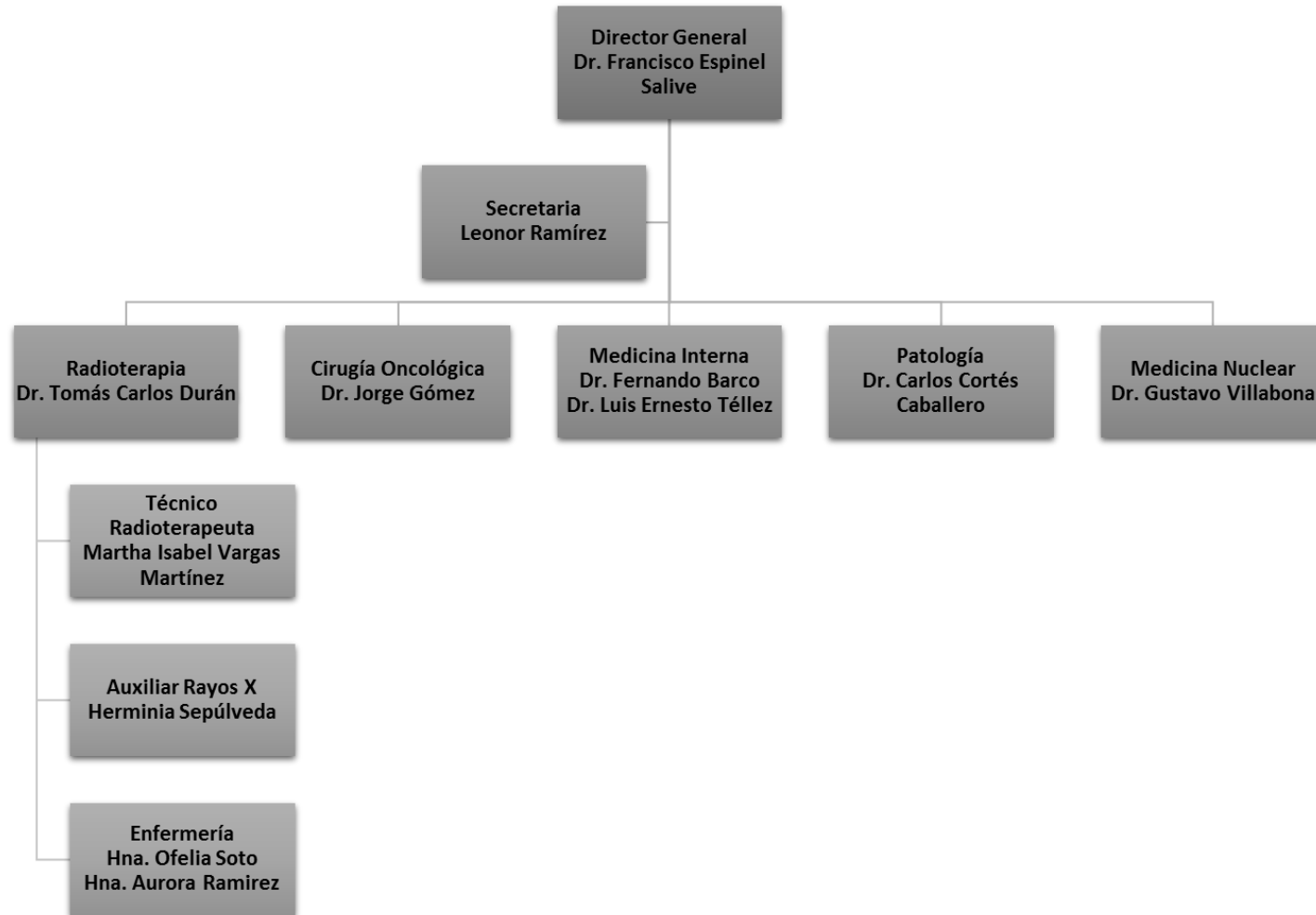


En la fotografía el médico Tomás Carlos Durán Gómez, presidente del IX Congreso Colombiano de Cancerología que se desarrollará en esta ciudad del 31 de octubre al 3 de noviembre.

Fuente: VANGUARDIA LIBERAL. 21 de mayo de 1991. Bucaramanga.

5.7 ORGANIGRAMA UNIDAD DE ONCOLOGÍA-HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA 1979

Figura 2. Organigrama Unidad de Oncología Hospital Ramón González Valencia 1979



Con la construcción y dotación de la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia en el año 1979, quedó demostrada una vez más la capacidad de movilización social del pueblo santandereano el cual se organizó en pro de aliviar de cáncer a la población menos favorecida de la región, que en buena proporción, era la más afectada por la enfermedad debido al poco acceso a programas de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Debido al éxito terapéutico de los tratamientos de radioterapia y quimioterapia que se aplicaban en la Unidad de Oncología, al Cáncer se le comenzó a ver con menos temor por parte de muchos de los pacientes tratados en la Unidad de Oncología, logrando modificar el imaginario colectivo que se tenía frente al mismo, el cual era asociado por la población en general como sinónimo de una muerte segura para aquel que se le diagnosticara este tipo de enfermedad.

Son ya más de 35 años de lucha contra la enfermedad, pero también contra los males que han aquejado el sistema de salud pública en el país, los cuales, al igual que las vicisitudes de los tratamientos, quedaron registrados en las Historias Clínicas del centro oncológico las cuales se encuentran a disposición de los investigadores para que las aprovechen en bien de la ciencia, la historia y la cultura de la región y de los propios pacientes que se vieron beneficiados con el tratamiento.

6. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA DE LA MACROVALORACIÓN DOCUMENTAL AL PROBLEMA DE CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN COLOMBIA

La importancia de la valoración documental fue dejada de lado por el discurso positivista que buscaba verdades absolutas a través de los documentos. El apogeo del positivismo en las ciencias sociales fue tal, que permeó la archivística y con ella el arte de la evaluación documental, llegando a convertir con el paso de los años en un mero proceso mecánico y excluyente, alejada de todo carácter intelectual y contexto social, con el único objetivo de valorar y conservar solo aquellos documentos dotados de poder, que narran la historia oficial de las entidades y los organismos oficiales¹²¹.

Como lo argumenta Jacques Le Goff, el documento no es objetivo, inocuo y primario, y por lo tanto, fue producto de un “montaje, consciente o inconsciente de la historia, de la época de la sociedad que lo ha producido”¹²², por lo que advierte el autor sobre la necesidad de poder identificar la apariencia engañosa del documento demoliendo sus estructuras y analizando las condiciones que facilitaron la producción de “esos documentos-monumentos”¹²³.

Es por esto que el archivista del siglo XXI tiene la imperante necesidad de proyectar la disciplina hacia la recuperación, construcción y divulgación del patrimonio documental de su región con el objetivo de consolidar desde la archivística, la democratización de la memoria colectiva y la configuración de un espacio óptimo para el desarrollo de la ciencia, la historia y la cultura. Pero para lograr tal empresa patrimonial, el archivista debe apoderarse del proceso de valoración documental y encausarlo nuevamente hacia su desarrollo intelectual a través de un modelo teórico general que le permita no únicamente identificarle al documento la existencia de los valores primarios y secundarios, sino también evaluarlo como el producto final de la cada vez más directa relación que existe entre el ciudadano y el Estado.

Por ello en atención a la responsabilidad social que debe adquirir el archivista, en este capítulo reflexiono sobre la errada valoración documental impuesta a las historias clínicas en la Resolución 1995 del año 1999¹²⁴, la cual dispuso su total aniquilamiento (eliminación), negándole la posibilidad al acervo clínico de constituirse en patrimonio documental para el estudio de la salud y la enfermedad de la región.

¹²¹ LE GOFF, Jacques. El orden de la memoria. El tiempo como imaginario. Barcelona: Ediciones Paidós, 1991. P. 236

¹²² *Ibíd.* P. 238

¹²³ *Ibíd.* P. 239

¹²⁴ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

6.1 LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999

La Historia Clínica se establece como un documento de relevante importancia en la prestación de los servicios médicos del país, puesto que en ellas se consignan todos y cada uno de los actos administrativos y terapéuticos realizados al paciente durante su estadía en el hospital o centro médico.

La constante aparición de servicios y especialidades médicas en conjunto con la universalización¹²⁵ de la salud a través de la Ley 100 de 1993¹²⁶, hizo que el volumen de historias clínicas aumentara de manera desproporcionada en los últimos veinte años, generándole a los hospitales situaciones adversas para su administración, manejo y conservación, ya que estos no contaban con las condiciones físicas, técnicas y tecnologías necesarias para el almacenamiento y conservación de la información, ni con el recurso humano capacitado en el manejo técnico-archivístico de tan importante acervo documental clínico.

La desmedida generación de historias clínicas y la problemática que representó su administración y archivo a las entidades prestadoras de salud en Colombia¹²⁷, generó en el gobierno nacional la necesidad de sancionar una norma que respondiera a solucionar este doble desafío que amenazaba con colapsar el sistema de salud si no se actuaba a tiempo en su solución. En consecuencia, en el año de 1999 el Estado colombiano por intermedio del entonces Ministerio de Salud sancionó la Resolución 1995¹²⁸ con el objetivo de brindar los lineamientos básicos para la gestión de las historias clínicas y así dar solución a sus problemas de custodia, conservación, e implementación de medios tecnológicos que facilitarían su reproducción por otro medio.

La Resolución 1995 definió a la historia clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”¹²⁹.

¹²⁵ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. PINTO DORIA, Piedad. Apunte para la organización de historia clínicas. Bogotá 2009. P. 15

¹²⁶ Ley número 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

¹²⁷ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. CANO VILLATE, Gerardo. Introducción a la historia clínica definiciones, características y antecedentes normativos. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002. P. 42

¹²⁸ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1999 de 1995. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

¹²⁹ *Ibidem*.

Con la entrada en rigor de la Resolución 1995 de 1999, quedaban establecidas las directrices para la administración y archivo de las Historias Clínicas, las cuales debían ser acatadas por parte de todas las instituciones médicas adscritas al Sistema Nacional de Salud en el país. La Resolución pretendía dotar a las historias clínicas de novedosas pautas que sirvieran para su trámite, registro y organización, además de establecerles los tiempos de retención y permitirles la incorporación de “programas automatizados”¹³⁰ para su reproducción en soporte digital.

Igualmente, la Resolución instó a los hospitales para que crearan un Comité de Historias Clínicas que fuese autónomo y con facultades específicas de control y vigilancia que procurara por el debido “cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica”¹³¹.

De la misma manera, la norma le exigió a los organismos de salud más compromiso al momento de gestar el expediente clínico¹³² puesto que en su trámite el servicio médico no siempre informaba con precisión sobre las acciones asistenciales efectuadas en el paciente¹³³, solicitándoles que el diligenciamiento de la historia clínica la hicieran de “forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas”¹³⁴, y que así mismo al registrar cualquier tipo de observación esta llevara “la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”¹³⁵.

La expedición de la Resolución 1995, puede considerarse como de caso inédito en la archivística colombiana, puesto que por primera vez se sancionaba una norma para regentar única y exclusivamente la administración y archivo de una serie documental en particular como lo es la historia clínica; otorgándole las herramientas técnicas y tecnológicas necesarias para su “diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad”¹³⁶, con el objeto final de garantizar de manera integral la naciente “relación médico-administrador-paciente”¹³⁷, instaurada en el nuevo modelo de seguridad social colombiano.

¹³⁰ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1999 de 1995. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. CONTRERAS VERGARA, Blanca Isabel. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002. P. 72

¹³³ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. PINTO DORIA, Piedad. Apuntes para la organización de historias clínicas. Bogotá, 2009. P. 73.

¹³⁴ MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. CANO VILLATE, Gerardo. Introducción a la historia clínica definiciones, características y antecedentes normativos. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002. P. 41

6.2 LOS DOCUMENTOS CON INFORMACIÓN PERSONAL: LA HISTORIA CLÍNICA

Según lo dispuesto por el artículo 15 de la Resolución 1995, en Colombia una Historia Clínica “debe conservarse por un periodo mínimo de diez (10) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo tres (3) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo siete (7) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse”¹³⁸. Dicha disposición normativa facultó a las entidades de la salud para que realizaran procesos de eliminación documental sobre aquellas historias clínicas que después de diez años no registraran ningún tipo de servicio o asistencia médica al usuario, con el objetivo de poder reducir de manera paulatina y sin tantos traumatismos administrativos, una considerable cantidad de expedientes clínicos acumulados en los archivos de las instituciones hospitalarias.

Es bien sabido entonces, que la administración y conservación del elevado volumen documental de historias clínicas que a diario producen las entidades de la salud en el país, demandan la inversión de unos recursos económicos, logísticos y humanos en los cuales ninguna institución médica quiere incurrir, por no ver afectado su margen de ganancias; la cuales se multiplicaron por la decisión que tomó el Estado colombiano de eliminar de manera sistemática el acervo clínico; sin ningún tipo de consideración para con el usuario; sugiriéndole por demás a las entidades promotoras de la salud, la libre incorporación de “medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos”¹³⁹, que consideraran necesarios utilizar en pro de maximizar espacios en el archivo y facilitar la consulta de historias clínicas desde cualquier punto de servicio de la entidad clínica.

Esta política pública de valoración de los fondos documentales clínicos deja entrever como el Estado se sirve de las labores de evaluación del documento para solucionar los problemas técnicos y de infraestructura que aquejan los archivos de los hospitales nacionales, eludiendo la responsabilidad de pensar en programas de conservación que a largo plazo permitan garantizar la etapa poscustodial de las historias clínicas. Héctor Reverend Pacheco señaló estos dos problemas durante el Seminario Nacional de Archivos celebrado en el año 2002, y en el que advirtió de la seriedad y rigurosidad con la que se debía tomar la adecuación de espacios más óptimos y funcionales para la salvaguardia de las historias clínicas: “el problema del archivo de la Historia (Clínica) es muy serio, el archivo de los hospitales puede llegar a ser más grande que el hospital, por el tamaño de las historias (clínicas), por el tamaño del servicio que tienen estas instituciones, por la

¹³⁸ MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit.

¹³⁹ *Ibidem*.

falta de locaciones adecuadas para hacer una buena ubicación de la Historia (Clínica)”¹⁴⁰.

Es importante señalar que el tipo de valoración documental utilizado por el Estado colombiano para la eliminación de las historias clínicas, fue desarrollado hace más de cincuenta años por el teórico archivista Theodoro Schellenberg, quien propuso la valoración de los documentos producidos por una entidad, a partir del análisis e identificación de sus valores primarios (administrativo, legal, fiscal) y secundarios, (científico, histórico y cultural), con el objetivo principal de establecer los tiempos de retención y la disposición final del expediente durante las diferentes etapas de su ciclo vital (gestión, semi-activo e inactivo)¹⁴¹.

Según Lluís Cermeño y Elena Rivas¹⁴², este método de valoración documental surgió de la imperiosa necesidad que tenía el Estado por controlar la explosión documental generada por los organismos públicos y privados después de la segunda mitad del siglo XX, señalando tres factores como los principales causantes de dicho fenómeno: primero, el desarrollo tecnológico de “maquinas fotocopiadoras e impresoras” que facilitaron la producción y reproducción a gran escala del documento, segundo, “una mayor participación del sector público en prestación de servicios a la población y una mayor y más compleja regulación y control de las actividades del sector privado”¹⁴³, y tercero, el desarrollo de políticas de transparencia y rendición de cuentas a la sociedad por parte de los gobiernos con “sistemas políticos de carácter democrático”¹⁴⁴.

Igualmente, el método de valoración documental desarrollado por Theodoro Schellenberg es comúnmente conocido por su marcado criterio orgánico-funcional el cual se caracteriza por hacer énfasis en investigar y analizar la producción documental de una entidad a partir de la evolución de su estructura orgánica y de las múltiples funciones y procesos que originaron el fondo. Este criterio orgánico-funcional de valoración documental se estableció a partir de la doctrina del “Records Management (gestión de documentos)”¹⁴⁵, la cual buscó asegurar el ciclo de vida del documento desde el mismo instante en que este se produce hasta su selección, eliminación, o envío al archivo histórico.

¹⁴⁰ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. REVEREND PACHECO, Héctor Alejandro. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002. P. 35

¹⁴¹ BERNAL RIVAS FERNANDEZ, José. La Valoración: fundamento teórico de la archivística. Lima 2002. P. 2

¹⁴² CERMENO MASTORELL, Lluís, RIVAS PALÁ, Helena. Valorar y seleccionar documentos. Que es y cómo se hace. Madrid: Ediciones TREA, 2010. P. 16

¹⁴³ *Ibidem*. P. 16

¹⁴⁴ *Ibidem*. P. 16

¹⁴⁵ MENDO CARMONA, Concepción. Los Archivos y la Archivística: Evolución histórica y actualidad. En: Manual de archivística. Madrid: Editorial Síntesis, 2008. P. 31.

Promediando el siglo XX, la doctrina del Record Management o gestión de documentos se presentaba como el sistema archivístico que de manera eficiente, organizada y económica solucionaría las diversas falencias que en materia de administración y custodia de la información presentaban los diversos archivos nacionales, promoviendo políticas públicas de archivo, atendiendo las demandas de infraestructura física y tecnológica, y de paso, fortaleciendo las defensas que frente a futuras amenazas económicas o bélicas pudiesen enfrentar los archivos de los Estados.

A partir de este momento, las consideraciones expuestas a lo largo del siglo XIX por los teóricos archivistas, sobre todo europeos, que situaban a la archivística como una disciplina “auxiliar de la historia”¹⁴⁶, pasarían a un segundo plano en la segunda mitad del siglo XX, ya que la archivística pasó también a auxiliar las ciencias económicas y tecnológicas, razón por la cual el documento adquirió matices más de carácter administrativo que histórico, y por lo tanto, esta tendencia influenciaría las labores de valoración de los documentos.

Producto de esta coyuntura administrativa y tecnológica vivida desde ese entonces, la valoración documental formulada por Schellenberg tiene una gran acogida entre la sociedad de archivistas anglosajones que veían en el criterio orgánico-funcional, la fórmula que se requería con urgencia para contrarrestar la explosión documental surgida en los últimos años, ya que permitiría a las entidades enfocar sus labores de valoración documental sobre aquella masa de documentos que revelan la estructura orgánica de la entidad y el funcionar de cada una de las oficinas productoras de la información.

De manera tardía este método de evaluación documental incursionó en el ámbito nacional allá por la década de los años noventa y rápidamente se popularizó entre los archivistas colombianos debido a la sencillez y practicidad de su metodología, la cual se implementó inicialmente en la recuperación de centenas de documentos apilados entre cientos de cajas y estantes albergados en los diferentes archivos esparcidos por la geografía colombiana.

El éxito de este método orgánico-funcional de valoración documental fue tal en Colombia, que inclusive permeó profundamente la normatividad archivística¹⁴⁷ y los manuales técnicos para la elaboración de Tablas de Retención y Valoración Documental¹⁴⁸.

¹⁴⁶ MENDO CARMONA, Concepción. Los Archivos y la Archivística: Evolución histórica y actualidad. En: Manual de archivística. Madrid: Editorial Síntesis, 2008, P. 30

¹⁴⁷ MINISTERIO DE CULTURA. Decreto 1515 de 2013.

¹⁴⁸ ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Fondos acumulados. Manual de Organización. Bogotá, 2004, Mini/manual N° 4: Tablas de retención y transferencias documentales. Directrices básicas e instructivos para su elaboración (versión actualizada).

Para el año 2002 el Estado colombiano publicó a través del Archivo General de la Nación el Manual de Organización de Fondos Acumulados¹⁴⁹, el cual pretendió estandarizar en Colombia la utilización de un único lenguaje y método para evaluar documentos, a fin de poder facilitar tanto a archivistas como a funcionarios públicos, las labores de identificación de los respectivos valores administrativos y patrimoniales en las diferentes fases del ciclo vital del documento, para posteriormente proceder a seleccionar, eliminar o conservar de manera perenne, aquella información evaluada previamente por el funcionario estatal o el archivista.

Finalmente el manual define el concepto de valoración documental como un “proceso técnico de análisis intelectual de la producción documental de la institución que tiene como objeto identificar los valores primarios y secundarios de los documentos y de esta manera establecer el tiempo que deben permanecer tanto en el archivo de oficina como en el Archivo Central y de señalar su disposición final”¹⁵⁰.

Es indudable que la actual política pública de evaluación documental está regida por una lógica funcional que privilegia su accionar valorativo sobre aquellos documentos dispositivos, testimoniales y probatorios¹⁵¹ que evidencian la creación de la entidad, su posterior desarrollo funcional hasta finalmente la supresión o fusión de la misma. Por lo tanto, todo parece indicar que el enfoque valorativo propuesto por Theodoro Schellenberg se quedó corto en su intención de ser regla general del juicio final del documento, puesto que la explosión documental de los últimos cincuenta años no solamente trajo consigo la proliferación de documentos que daban cuenta de la creación, desarrollo y liquidación de un sinnúmero de entidades, e instituciones centrales y descentralizadas, sino que además muchos de estos organismos desarrollaron relaciones directas con la ciudadanía en general a través de la misma documentación, situación que generó un sinnúmero de registros que hasta nuestros días dan cuenta de dicha interrelación. Como

Para explicarlo mejor, a la par de la constante producción de documentos tales como estatutos, actas, leyes, decretos, acuerdos, ordenanzas, resoluciones, manuales, programas y proyectos por parte de las entidades tanto públicas como privadas, también éstas, en virtud de su funcionar, producen, reciben y contestan diariamente derechos de petición, acciones de tutela, acciones de restitución de derechos, acciones populares, contravenciones de policía y tránsito, registros civiles de nacimiento, matrimonios y defunción, historias laborales, historias clínicas, licencias de exhumación y querellas; que en resumen testimonian no únicamente la dinámica funcional de la entidad, sino también, su relación con la

¹⁴⁹ ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Fondos acumulados. Manual de Organización. Bogotá, 2004, Mini/manual N° 4: Tablas de retención y transferencias documentales. Directrices básicas e instructivos para su elaboración (versión actualizada).

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ VASQUEZ MURILLO, Manuel. Como seleccionar documentos de archivo. Buenos Aires: Alfagrama, 2006. P. 70-71

masa de ciudadanos contenidos en un estado social de derecho, el cual está en la obligación de garantizar la democracia y participación de los individuos en la garantía de sus derechos fundamentales¹⁵².

Resulta interesante observar entonces, como en base a la apertura de los entes gubernamentales a la ciudadanía en general aparecieron un sinnúmero de documentos en los que se ha consignado la información personal y de carácter privado de un centenar de individuos y grupos sociales, que reclaman a través de ellos la reivindicación de sus derechos constitucionales y el cubrimiento de necesidades básicas (vivienda, empleo, salud y educación) consagradas en la Carta Magna del año 1991.

Por otra parte, tras el impetuoso desarrollo y expansión de la información de carácter personal en los organismos estatales, la gran mayoría de Estados se vieron en la imperiosa necesidad de crear leyes que regularan y protegieran el debido almacenamiento, registro y uso de los datos personales por parte de las entidades receptoras de dicha información, con el objeto de poder garantizar la privacidad o intimidad personal de sus conciudadanos. Países como Estados Unidos (Privacy Act, 1974) y Gran Bretaña (Data Protection Act, 1984), fueron las primeras naciones en promulgar leyes orgánicas referentes a la protección de la información relativa a las personas. A su turno, países como Portugal (Constitución Política de 1976), y España (Ley Orgánica N° 5, 1992) se unieron a la iniciativa de establecer normas que delimitaran la utilización y revelación de las bases de datos¹⁵³.

En lo que respecta a Latinoamérica, la protección de datos se configuró a través de las respectivas Cartas Magnas de cada país, siendo Brasil la primera nación de la región en abordar este tema en su Constitución de 1988. Posteriormente, Colombia¹⁵⁴ (1991), Paraguay (1992), Perú (1993) y Argentina (1994), adoptaron la figura del Habeas Data con fines de acceso, actualización, supresión, rectificación y confidencialidad de la información íntima del ciudadano¹⁵⁵.

La vertiginosa aparición en el ámbito público y privado de expedientes con información personal y de leyes estatutarias que protegen de manera integral la privacidad de dicha información, hace pensar en la necesidad de replantear el tradicional enfoque metodológico hasta ahora utilizado por los archivistas colombianos al momento de evaluar fondos acumulados en los que prevalecen

¹⁵² ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. LEAL NUÑEZ, Luis. Pronunciamientos de la corte constitucional sobre el manejo de las historias clínicas. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá, 2002. P. 80-81.

¹⁵³ EGUIGUREN, Francisco. El habeas data y su desarrollo en Perú. Revista Ius Et Praxis. Volumen 3, número 1, 1997. P. 122. Disponible en. www.redalyc.org.

¹⁵⁴ CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley estatutaria 1581 de 2012.

¹⁵⁵ EGUIGUREN, Op. Cit. P. 122-124.

expedientes con datos y actos de índole personal; en el caso particular sobre aquellos archivos en los que se gestan, tramitan y custodian las historias clínicas.

No es para nadie un secreto que la historia clínica agrupa una serie de documentos los cuales evidencian cronológicamente la sucesiva aplicación de procedimientos terapéuticos y administrativos llevados a cabo por el hospital sobre el paciente, y que según el médico e investigador social Rafael Huertas, esta información constituye “una fuente de primer orden para la investigación histórico-medica”¹⁵⁶, y que del mismo modo resulta inagotable y amplia ya que “permite intentar otros tipos de análisis que entran de lleno en el campo de la historia social, pues facilitan estudios de demografía y epidemiología histórica, aclaran muchos aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales y sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes”¹⁵⁷.

Además de los incuestionables atributos que la historia clínica tiene como fuente para la historiografía social y médica, algunos autores como Pedro Laín Entralgo¹⁵⁸ y Piedad Pinto Doria¹⁵⁹, coincidieron en afirmar que en la historia clínica se encuentran algunos elementos narrativos propios de la biografía con los cuales se puede observar en detalle la realidad fisiológica y biológica del paciente, además del medio social que le influye su comportamiento.

Para Pedro Laín Entralgo el relato patográfico de la historia clínica de comienzos del siglo XX era una simple narración neutral y mecanicista que se enfocaba únicamente en el registro de acciones y objetos visibles de la sintomatología identificada por el galeno en el organismo del paciente. Según Laín Entralgo, la historia clínica adquirió la actual estructura biográfica en base a tres elementos formulados desde la óptica del psicoanálisis Freudiano: la “audición, biografía e instinto”¹⁶⁰, con los cuales se pretendía que el médico interpretara los “sonidos y noticias objetivas”¹⁶¹ proferidos por el enfermo, para posteriormente construir una biografía del paciente en la que se mostrara el comportamiento y actitudes de este durante el proceso de su enfermedad.

La siguiente cita resume a grandes rasgos el aporte que el psicoanálisis hizo a la narrativa médica moderna y que sirvió al posterior desarrollo biográfico de la

¹⁵⁶ HUERTAS, Rafael. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. Pág. 8. Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/17175/1/Huertas2001-2.pdf>.

¹⁵⁷ *Ibidem*, P. 8.

¹⁵⁸ LAÍN ENTRALGO, Pedro. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Bogotá: Salvat Editores S.A, 1998. P. 517

¹⁵⁹ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. PINTO DORIA, Piedad. Apuntes para la organización de historias clínicas. Bogotá, 2009.

¹⁶⁰ LAIN ENTRALGO, Op. Cit. P. 517.

¹⁶¹ *Ibidem*, P. 517.

historia clínica durante el siglo XX: “las historias clínicas de Freud describen la vicisitud morbosa de un ser viviente íntimo, libre y racional; esto es, de una “de una persona”. No quiero decir con ello que no fueran personas los enfermos descritos en las historias clínicas anteriores al psicoanálisis; lo eran de modo inexorable, y por serlo rompían no pocas veces los esquemas patográficos y patológicos con que operaba la mente del descriptor. Digo tan solo que la condición personal del enfermo no pertenecía formalmente a la historia clínica, ni era exigida por el médico para su intelección del caso historiado. En principio, el patógrafo y el patólogo no se sentían científicamente obligados a contar con la intimidad, la libertad y la inteligencia racional de sus pacientes, aunque su proceder de clínicos y terapeutas fuese inconcebible sin esas tres notas descriptivas de la existencia personal”¹⁶².

Del mismo modo, la archivista Piedad Pinto Doria corrobora el carácter biográfico de la historia clínica al asegurar que ésta “le ha servido al médico para consignar el relato de los datos biográficos del paciente, y más específicamente, en lo que atañe a su salud”¹⁶³. Igualmente menciona como la historia clínica es un compendio de la vida íntima del paciente puesto que va más allá de su entorno meramente patológico, para inmiscuirse en su entorno “personal, social, espiritual, pues toda esa información tiene trascendencia en su salud”¹⁶⁴.

Ahora bien, se puede asegurar que el tradicional método de evaluación documental utilizado para determinar la eliminación de las Historias Clínicas no tuvo en cuenta detalles como el contexto social en el que se produjo el expediente médico, el tipo de información que se le consigna, ni mucho menos la riqueza narrativa del mismo. Por lo tanto, el archivista debe encontrar un modelo teórico de valoración documental que se ajuste a la naturaleza informativa y de carácter biográfico que poseen las historias clínicas, puesto que la gran mayoría de los criterios de evaluación se encuentran alineados a las razones generales de la función pública y hasta ahora han sido muy pocos los métodos que se han enfocado en el estudio de la documentación cuya información personal representa los intereses y derechos individuales de los usuarios del sistema de salud pública colombiana.

Resulta importante comentar que en la actualidad existe un variado grupo de criterios generales de valoración documental y, que según Jorge Cachiotis, escoger el más conveniente solo dependerá “directamente de las necesidades del investigador, ya sea para la historia institucional o para otro tipo de búsqueda que implique la consulta de los documentos esenciales, funcionales e informativos que

¹⁶² LAÍN ENTRALGO, Pedro. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Bogotá: Salvat Editores S.A, 1998, P. 519.

¹⁶³ PINTO DORIA, Piedad. Apuntes para la Organización de Historias Clínicas. Bogotá: Buenos y Creativos S.A.S, 2009. P. P. 20.

¹⁶⁴ *Ibid.*, P. 20.

permiten analizar a las personas, lugares, las cosas y otros asuntos de una entidad”¹⁶⁵.

Jorge Cachiotis señala la existencia de once tipos de criterios de evaluación de documentos que generalmente son empleados por los archivistas para sus tareas de selección y eliminación de fondos acumulados, y que en su totalidad se encuentran permeados por los principios básicos “formulados por los grandes teóricos de la archivística moderna”¹⁶⁶.

Dentro de estos once métodos de valoración documental expuestos por Cachiotis, uno en particular llama poderosamente la atención debido a su distanciamiento del tradicional estudio orgánico-funcional de los diez restantes, ya que se concentra específicamente en evaluar a esos grupos de documentos en los cuales se registran las relaciones de la institución con la sociedad, dando como ejemplo de dicha interacción a los derechos de petición atreviéndose inclusive a sugerir su conservación perenne en el archivo histórico: “otra serie de documentos no están identificados por un criterio funcional-misional, pero que dentro de nuestra entidad dan razón de una información que se sale de lo que es la historia institucional propiamente dicha, que nos permite registrar la relación de la entidad con una sociedad. Me puedo referir claramente a los derechos de petición, respecto de los cuales recomiendo su conservación total. Es uno de los registros donde la comunidad tiene relación con la entidad”¹⁶⁷. Cabe señalar que Cachiotis no le asignó o denominó un título en particular a este criterio de evaluación documental como con lo hiciera con los diez restantes.

Cachiotis describe una alternativa de valoración documental que se distancia del tradicional estudio del poder institucional, por un estudio de la interacción que existe entre las masas de ciudadanos con el Estado a través del documento, y que inclusive, desde este análisis de la dinámica social, el archivista puede llegar a repensar juicios impuestos inicialmente a series documentales que se suponían que eran carentes de todo valor para la ciencia y la historia, al plantear que los cambios presentados en la sociedad pueden influenciar en la decisión final de conservación del expediente, como por ejemplo, el de aumentar los porcentajes de selección de un documento o pasar a conservación total un volumen de expedientes que estaban señalados para ser eliminados.

Con base al anterior método expuesto por Cachiotis, presento a continuación un modelo teórico de evaluación documental surgido en Canadá a principios de la década del noventa denominado macroevaluación, el cual fue desarrollado por

¹⁶⁵ ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. CACHIOTIS SALAZAR, Jorge. Consideraciones y criterios para la valoración secundaria de los documentos. En: La gestión del conocimiento y los archivos, valoración documental. Bogotá, 2007. P. 84.

¹⁶⁶ *Ibidem*, P. 74

¹⁶⁷ *Ibidem*, P. 80

reconocidos teóricos canadienses como David Bearman, Richard Cox y Terry Cook, y que surgió en respuesta a una carencia teórico-metodológica que pudiera analizar en detalle el discurso inmerso entre el universo de documentos con información personal, más allá del determinismo oficial e intuitivo del tradicional enfoque funcionalista.

Los ya mencionados teóricos canadienses plantearon la valoración de los documentos a partir de “dos niveles; macro y micro”¹⁶⁸, con el objeto de tratar de “entender por qué fueron creados los documentos, como fueron creados, como fueron utilizados por los usuarios y que funciones y actividades del creador sustentan. Además se deben ver las razones y la naturaleza de la comunicación entre los ciudadanos, las instituciones o el Estado, enfocado a través de un proceso dialéctico”¹⁶⁹.

Este método de la macrovaloración fue incorporado al análisis de los documentos con datos personales a través del teórico Terry Cook en un artículo publicado por este en el año 1991¹⁷⁰, en el cual ilustra un modelo de evaluación documental que en su primera etapa se centra en “comprender como funciona la sociedad y de qué forma genera documentos”¹⁷¹, para posteriormente identificar de manera más acertada sus valores para la historia, la ciencia y la cultura.

Terry Cook pensaba que el método teórico más pertinente para evaluar los documentos con información personal lo era la macrovaloración, ya que según el autor, el archivista debe enfocarse inicialmente en analizar el documento desde “un contexto más amplio” de su producción¹⁷², es decir, desde el contexto político, económico, social y cultural que lo generó, para finalmente poder establecer un verdadero “modelo de imagen de sociedad”¹⁷³ que le permita definir más objetivamente el correspondiente valor primario y secundario de las series documentales cuya información de índole personal registra lo cotidiano del individuo documentado: “este enfoque no busca explícitamente valores en los documentos propiamente dichos -ya sean testimoniales o de información- sino que procura saber con qué grado de exactitud estos documentos proyectan y clarifican la imagen de la dialéctica ciudadano-Estado. Naturalmente, ello incluirá valores testimoniales y de información, aunque los combinará y, en cierto sentido, trascenderá”¹⁷⁴.

¹⁶⁸ BERNAL RIVAS FERNANDEZ, José. *La Valoración: fundamento teórico de la archivística*. Lima, 2002. P. 3.

¹⁶⁹ *Ibíd.*, P. 3

¹⁷⁰ COOK, Terry. La evaluación archivística de los documentos que contienen informaciones personales: un estudio del RAMP con directrices. En: <http://unesdoc.unesco.org>. Pág. 27

¹⁷¹ *Ibíd.*, P. 27.

¹⁷² *Ibíd.*, P. 41.

¹⁷³ *Ibíd.*, P. 41.

¹⁷⁴ *Ibíd.* P. 36.

No sobra aclarar, que el enfoque teórico general de la macrovaloración documental no pretende de ningún modo remplazar el método tradicional de microvaloración, y su única finalidad es la complementar las tareas de valoración del documento¹⁷⁵.

Así las cosas, a la teoría macrovalorativa del documento tanto solo le interesa conocer las razones sociales e ideológicas que pudieron coadyuvar e influenciar inicialmente en la producción del expediente, y ubica su análisis en la dinámica societal como elemento central de la evaluación documental, ya que esta garantiza, si no totalmente una imagen real de la sociedad, si por lo menos “las características y los rasgos principales de dicha realidad”¹⁷⁶.

El mismo Terry Cook advierte lo difícil que le puede resultar al archivista tratar de “percibir la imagen total, global de la sociedad”¹⁷⁷, así como “la realidad objetiva”¹⁷⁸ de la misma, por lo que le recomienda al archivero que desarrolle “un vínculo intelectual con el productor” del documento para de esta forma “comprender las razones por las que se produjeron los documentos y no su contenido, como fueron creados y utilizados originalmente, en vez de su posible aplicación en el futuro, y qué funciones y mandatos formales del productor reflejan, más que las características físicas que pueden o no presentar los documentos. Los archiveros deben centrarse en el fondo de la comunicación entre el ciudadano y el Estado, más que en el mensaje propiamente dicho”¹⁷⁹.

Así entonces, a este teórico le resulta clave que durante las labores de evaluación documental deba predominar el intelecto sobre la materia, en razón de descifrar la compleja interacción existente entre ciudadano-Estado, situación por la cual la macrovaloración rescata un principio perdido en los últimos tiempos, el intelectual; ratificando con esto que la evaluación del documento “no es un mero procedimiento o proceso, sino una labor de análisis minucioso y exige conocimientos especializados en archivos, diplomacia e historia”¹⁸⁰.

Finalmente Cook descubre la existencia de tres factores sociales que interactúan plenamente entre sí y que una vez estudiados por el archivista, le permiten a este ver de manera más detallada el conjunto de poderes y relaciones desarrolladas a diario entre la sociedad y sus gobernantes, lo cual finalmente permite formar una imagen de la sociedad productora de la información. Los tres factores de este

¹⁷⁵ COOK, Terry. La evaluación archivística de los documentos que contienen informaciones personales: un estudio del RAMP con directrices. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org>. P. 27.

¹⁷⁶ *Ibíd.*, P. 28.

¹⁷⁷ *Ibíd.*, P. 28.

¹⁷⁸ *Ibíd.*, P. 28.

¹⁷⁹ *Ibíd.*, P. 25.

¹⁸⁰ *Ibíd.*, P. 26.

modelo societal de valoración documental son: “el programa, el organismo y el ciudadano”¹⁸¹.

Estos tres factores sociales como tal resultan condicionantes del enfoque global de la macrovaloración documental, ya que en ellos convergen tanto el proyecto ideológico del Estado¹⁸², como la estructura burocrática que lo ejecuta¹⁸³ sobre un conjunto de ciudadanos que se ven beneficiados o afectados por las políticas públicas estatales¹⁸⁴. A diferencia del tradicional método orgánico-funcional que prioriza su accionar sobre aquellos documentos en los que predomina la doctrina ideológica del Estado; la macrovaloración busca descubrir e insertar las “esperanzas, aspiraciones, actividades y frustraciones”¹⁸⁵ del ciudadano a la real imagen de la sociedad, es decir, conocer de primera mano lo más íntimo de la dialéctica establecida entre los que gobiernan y los gobernados, para así poder dilucidar los factores externos que conllevaron a las verdaderas razones de la creación del documento y poder determinar finalmente los valores reales de esta información y el aporte que ésta le puede brindar a la sociedad, la historia y las ciencias. Para Terry Cook los expedientes con información personal reflejan “la naturaleza de la sociedad, la dinámica del gobierno, la vida de los ciudadanos y las preocupaciones ideológicas predominantes”¹⁸⁶.

En resumen, según lo anteriormente expuesto, resulta evidente que el tradicional modelo microvalorativo fracasó en su intención de evaluar expedientes con información personal¹⁸⁷ dado que el modelo orgánico-funcional, como ya he dicho, tan solo se centra en la mera identificación de los valores primarios y secundarios de la información a través de los estudios efectuados a la procedencia del documento y la estructura interna del fondo (el sujeto productor y el objeto producido)¹⁸⁸, obviando la existencia de la etapa que precedió a la producción del documento es decir, que antes de originar la información se tuvieron que dar una serie de factores sociales y de múltiples intenciones por parte del productor del documento que coadyuvaron a la gestación del documento: Este enfoque no busca explícitamente valores en los documentos propiamente dichos -ya sean testimoniales o de información- sino que procura saber con qué grado de exactitud estos documentos proyectan y clarifican la imagen de la dialéctica ciudadano-Estado”¹⁸⁹.

¹⁸¹ COOK, Terry. La evaluación archivística de los documentos que contienen informaciones personales: un estudio del RAMP con directrices. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org>. P. 30.

¹⁸² *Ibid.*, Pag. 30

¹⁸³ *Ibid.*, P. 32

¹⁸⁴ *Ibid.*, P. 34

¹⁸⁵ *Ibid.*, P. 28

¹⁸⁶ *Ibid.*, P. 25.

¹⁸⁷ *Ibid.*, P. 24-25.

¹⁸⁸ MENDO CARMONA, Concepción. Consideraciones sobre el método en archivística. Madrid, 2004. P. 42. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es>.

¹⁸⁹ COOK, Op. Cit. P. 36.

La macrovaloración procura porque el archivista desarrolle una visión más teórica y general de la producción de la información, que no solamente indague sobre el carácter burocrático que dio origen al expediente, sino también previamente se evalúen las intenciones del productor. Inclusive la macrovaloración alienta al archivista para que este desarrolle independencia al momento de formular juicios valorativos al documento, pidiéndole que no acomode su reflexión a la “ideología dominante”¹⁹⁰ del momento, y que todo lo contrario, el archivista tenga un sentido más crítico y desconfiado sobre los esquemas y funciones que dan origen a la información, centrándose “más en la elaboración de criterios”¹⁹¹ que puedan facilitar la identificación de “los valores, los esquemas y las funciones de la sociedad en que viven sus productores”¹⁹².

Por lo tanto, en lo que respecta a la evaluación de las historias clínicas, da para pensar en que sería necesario valorarlas a partir de este enfoque social que nos brinda la macroevaluación, ya que particularmente estas se nutren de la experiencia sintomatológica y terapéutica vivida por el paciente durante las etapas previas y posteriores a su enfermedad, situación que permite apreciar desde la experiencia personal del enfermo, la imagen global y exacta de las políticas del Estado en la lucha contra las enfermedades que afectan a la ciudadanía y su aplicación a través de las entidades de atención hospitalaria que son las encargadas de la promoción, prevención y tratamiento epidemiológico de la sociedad.

En este orden de ideas, los expedientes médicos logran reunir las condiciones necesarias para ser catalogados como constituyentes primarios del patrimonio documental de la medicina y las enfermedades de nuestro país, puesto que su información logra configurar el espacio propicio para que tanto investigadores sociales como médicos estudien el verdadero alcance de las políticas de salud pública y el impacto que éstas han generado en la sociedad colombiana durante los últimos cincuenta años.

Si bien es cierto que el elevado volumen documental de las historias clínicas es un factor que no permite su conservación total en los archivos de las entidades hospitalarias del país, también es cierto que aún hace falta la voluntad política de parte del Estado y círculos visibles de la cultura, la educación y la ciencia del país, en la que diseñe una solución profunda y radical a esta problemática de la preservación de la información clínica, actualmente amenazada por la irreflexiva discusión gubernamental que oficializó la eliminación de las historias clínicas en un término no mayor a diez años.

¹⁹⁰ COOK, Terry. La evaluación archivística de los documentos que contienen informaciones personales: un estudio del RAMP con directrices. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org>. P. 27.

¹⁹¹ *Ibíd.* P. 27.

¹⁹² *Ibíd.* P. 27.

Se necesita entonces con suma urgencia que tanto el Estado como las entidades académicas y científicas trabajen mancomunadamente en pro de la recuperación, consolidación y divulgación del acervo médico. Dicho trabajo interinstitucional deberá procurar por la salvaguarda de las historias clínicas, compartiendo y estableciendo políticas de responsabilidad poscustodial, la cual, desde los escenarios públicos y académicos, ayude a la sensibilización de la ciudadanía en general, sobre la necesidad y la importancia de preservar la memoria colectiva de la medicina, dado que es el producto final de un sinnúmero de manifestaciones epidemiológicas que se presentaron durante determinado tiempo-espacio al interior de una comunidad o grupo, y que debido a ello se tuvieron que rediseñar hábitos y costumbres sanitarias que impactaron de manera radical el entorno cultural y el tejido social de la comunidad.

Las bibliotecas, Secretarías de salud departamental y municipal, Secretarías de cultura departamental y municipal, institutos de cultura, los capítulos, academias y Escuelas de medicina e historia, deberán comprometerse a recibir en calidad de donación todo el volumen de historias clínicas que se han producido en los hospitales de sus respectivas regiones.

El objetivo final de dicha propuesta, es buscar que el Estado tenga más en cuenta la preservación de los expedientes que contienen información personal de cada uno de sus ciudadanos, ya que ésta ilustra lo más íntimo de sus acciones y resulta ser una fuente vital para la historiografía de la sociedad.

Con la eliminación de las historias clínicas se pone de manifiesto el verdadero interés del Estado por preservar solo aquella información que no le constituya problema alguno a la proyección del modelo de imagen que pretende perpetuar a las sociedades venideras, y es por ello, que sin escrúpulo alguno, elimina sistemáticamente todo testimonio que de manera tal pueda perjudicar o interferir en los intereses del statu-quo.

Frente a este asunto de construir y perpetuar la memoria oficial y a su vez el olvido, Jaques Le Goff comentó sobre la necesidad que le asiste a quienes ostentan el poder en sus manos por lograr hacerse al monopolio de lo que quieren mostrarnos como políticamente correcto para el cultivo de la memoria: "la memoria colectiva ha constituido un hito importante en la lucha por el poder conducida por las fuerzas sociales. Apoderarse de la memoria y del olvido es una de las máximas preocupaciones de las clases, de los grupos, de los individuos que han dominado y dominan las sociedades históricas. Los olvidos, los silencios de la historia son reveladores de estos mecanismos de manipulación de la memoria colectiva"¹⁹³.

¹⁹³ LE GOFF, Jacques. El orden de la memoria. El tiempo como imaginario. Barcelona: Ediciones Paidós, 1991. P. 134

7. CONCLUSIONES

Con la finalización de los trabajos de organización y recuperación de las Historias Clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, le quedó a la entidad un archivo histórico y funcional, del cual puede disponer la comunidad científica y académica que se encuentre interesada en el estudio del cáncer en el Departamento de Santander.

El objetivo principal de este archivo histórico es el de atraer aquellos científicos de las ciencias médicas y sociales que se encuentren ávidos de abrir nuevas temáticas de investigación, para que escudriñen cada palmo de la información contenida entre los expedientes médicos oncológicos, pues en ellos se puede palpar el sensible trasfondo del tejido social y observarlo de manera directa sin discursos de por medio que manipulen o tergiversen la realidad de la política pública del cáncer en Colombia y Santander.

El archivo de la Unidad de Oncología cuenta con 5.047 expedientes clínicos debidamente clasificados, ordenados, foliados e inventariados, y también se encuentran disponibles para que sean consultados por los médicos oncólogos que se encuentren adelantando algún tipo de investigación epidemiológica en torno al cáncer de finales del siglo XX. Además este archivo cuenta con un Inventario Documental, el cual, aparte de ayudar a controlar la cantidad de expedientes contenidos entre las unidades de almacenamiento, también sirve para agilizar la consulta y recuperación de la información oncológica, haciendo más cómoda y rápida la búsqueda de la información.

Cada una de las Historias Clínicas le permite al investigador recrear un sinnúmero de factores, situaciones, épocas y gentes, de manera detallada, coherente y sugestiva, hasta el punto de encontrar variados asuntos y formas a tratar en el vasto universo ofrecido por la información de los expedientes clínicos oncológicos. Y es que el cáncer es tan variado en las maneras como se presenta y en quiénes se presenta, que no permite que se le estudie como un objeto estático y previsible, todo lo contrario, el cáncer es variopinto, es decir, se presenta sin distinción de raza, condición económica, sexual y social; por lo que amplía aún más el panorama de su investigación y con ello las temáticas que se pueden ofrecer ante los ojos del investigador.

Por todo esto, quien se proponga hacer ciencia o historiografía del cáncer, se encontrará con una variada cantidad de temas para sus trabajos de pregrado y posgrado, como por ejemplo, los tipos de carcinomas, las incidencias geográficas, de estrato social, edades, género, determinantes demográficos, económicos, sociales y culturales, en fin, toda una amalgama de situaciones que se pueden investigar de manera particular y rigurosa en torno al cáncer.

Finalmente, este trabajo archivístico e histórico busca ser un modelo metodológico para quienes se interesen en recuperar información clínica que se encuentre maltrecha en algún sótano, bodega o cuarto de un Hospital, centro de salud, Secretaría de salud o entidad encargada de la custodia del acervo clínico.

Por ello, resulta importante que quienes se dediquen a recuperar información y rehabilitar espacios para archivos, redacten sus experiencias de vida al frente de tan significativa empresa cultural y social, pues así como resulta importante rescatar la memoria colectiva de la sociedad, también resulta importante comenzar a formar una memoria colectiva del trabajo archivístico en la región, para que sirva como legado a las futuras generaciones de historiadores y archivistas santandereanos.

BIBLIOGRAFÍA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría General. Archivo de Bogotá. Una Guía de Procedimientos para la Organización de Fondos Documentales Acumulados. Bogotá: Unidad Imprenta Distrital, 2006.

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Acuerdo N° 002 de 2004: "Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados". Bogotá.

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. CACHIOTIS SALAZAR, Jorge. Consideraciones y criterios para la valoración secundaria de los documentos. En: La gestión del conocimiento y los archivos, valoración documental. Bogotá, 2007. P. 84.

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. CANO VILLATE, Gerardo. Introducción a la historia clínica definiciones, características y antecedentes normativos. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002.

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Cartilla de Ordenación Documental. Bogotá: AGN, 2002. "Este sistema de ordenación consiste en colocar un documento detrás del otro en forma secuencial de acuerdo con la fecha cuando la documentación ha sido tramitada"

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. CONTRERAS VERGARA, Blanca Isabel. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002. P. 72

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Fondos acumulados. Manual de Organización. Bogotá, 2004, Mini/manual N° 4: Tablas de retención y transferencias documentales. Directrices básicas e instructivos para su elaboración (versión actualizada).

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. LEAL NUÑEZ, Luis. Pronunciamientos de la corte constitucional sobre el manejo de las historias clínicas. En: Archivos de Historias Clínicas. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá, 2002. P. 80-81.

ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. PINTO DORIA, Piedad. Apunte para la organización de historia clínicas. Bogotá 2009.

ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. REVEREND PACHECO, Héctor Alejandro. Memorias del Seminario Nacional de Archivos. Bogotá. 2002.

ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA-HUS. Documento inédito. Texto escrito por el Director del Servicio de Cancerología y Radioterapia del antiguo Hospital San Juan de Dios, el Dr. Francisco Espinel Salive; a la Junta Constructora del Hospital González Valencia el 30 de Octubre de 1968.

BERNAL RIVAS FERNANDEZ, José. La Valoración: fundamento teórico de la archivística. Lima 2002.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Numero 1 Octubre-Noviembre-Diciembre 1976. Universidad Industrial de Santander.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander.. Número 4. Julio-Diciembre 1977.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander., Número 2. Enero-Febrero-Marzo 1977.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Número 6. Agosto-Diciembre 1978. Pág. 64.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander., Número 9. Julio-Diciembre 1980. Pág. 1.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander., Número 14. Enero-Diciembre 1988.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Número 7, Enero-Junio 1979. Pág. 95.

Boletín epidemiológico del Servicio Seccional de Salud de Santander. Numero 1 Octubre-Noviembre-Diciembre 1976.

CERMENO MASTORELL, Lluís, RIVAS PALÁ, Helena. Valorar y seleccionar documentos. Que es y cómo se hace. Madrid: Ediciones TREA, 2010. P. 16

COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. Acuerdo N° 002 de 2004: "Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados". Bogotá: AGN, 2004.

COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Apuntes para la Organización de Historias Clínicas. Bogotá: AGN, 2009. Pág. 59.

COLOMBIA. ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Acuerdo 042 de 2002. por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículos 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000. Bogotá: AGN, 2002.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 594 de 2000: Ley General de Archivos.

CONGRESO DE LA REUBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

COOK, Terry. La evaluación archivística de los documentos que contienen informaciones personales: un estudio del RAMP con directrices. En: <http://unesdoc.unesco.org>.

EGUIGUREN, Francisco. El habeas data y su desarrollo en Perú. Revista Ius Et Praxis. Volumen 3, número 1, 1997. Disponible en. www.redalyc.org.

GUERRERO MATEUS, Laura. Deterioros más comunes del material del Archivo. Disponible en: www.archivobogota.gov.co/deterioros.

HERNANDEZ ALVAREZ, Mario. La Salud fragmentada en Colombia, 1910-1046. Bogotá: Instituto de Salud Pública y Tropical. Facultad de Medicina. Universidad Nacional, 2002. Pág. 193.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. E.S.E: Planeación Estratégica 2009 – 2015. HUS. ESE.2012. Pág. 5

HUERTAS, Rafael. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. Pág. 8. Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/17175/1/Huertas2001-2.pdf>.

ICONTEC. Norma Técnica Colombiana 5029: Medición de Archivos. Bogotá.2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Programas Nacionales de Cáncer 1974-1985. Bogotá D.E, 1975. Población calculada para 1974: DANE

LAÍN ENTRALGO, Pedro. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Bogotá: Salvat Editores S.A, 1998. P. 517

LE GOFF, Jacques. El orden de la memoria. El tiempo como imaginario. Barcelona: Ediciones Paidós, 1991.

Ley número 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 149. Acta N° 103. 11 de Mayo de 1978.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 1, Folio 17. Acta N° 11. 16 de Febrero de 1967.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 1, Folio 25. Acta N° 16. 11 de Octubre de 1967.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 1, Folio 4. Acta N° 5. 5 de Abril de 1966.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 1, Folio 6. Acta N° 6. 3 de Junio de 1966.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 101. Acta N° 77. 14 de Enero de 1976.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 108. Acta N° 82. 1 de Julio de 1976.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 110. Acta N° 83. 31 de Agosto de 1976.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 112. Acta N° 84. 14 de Septiembre de 1976.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 114. Acta N° 85. 19 de Octubre de 1976.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 122. Acta N° 90. 10 de Febrero de 1977.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 125. Acta N° 91. 15 de Marzo de 1977.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 129. Acta N° 94. 4 de Agosto de 1977.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 139. Acta N° 99. 10 de Enero de 1978.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 156. Acta N° 106. 24 de Agosto de 1978.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 168. Acta N° 112. 22 de Marzo de 1979.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL Cáncer. Tomo 2, Folio 186. Acta N° 98. 21 de Noviembre de 1977.

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Tomo 2, Folio 191. Acta N° 100. 7 de Febrero de 1978.

LONDOÑO BLAIR, Alicia. El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008.

MENDO CARMONA, Concepción. Consideraciones sobre el método en archivística. Madrid, 2004. Disponible en. <http://pendientedemigracion.ucm.es>.

MENDO CARMONA, Concepción. Los Archivos y la Archivística: Evolución histórica y actualidad. En: Manual de archivística. Madrid: Editorial Síntesis, 2008. P. 31.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5897 de 1978. Por la cual se dictan normas sobre el Programa Nacional de Control del Cáncer.

NOGUERA, Carlos Ernesto. Medicina y política, Discurso médico y practicas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2003. Pág. 47

PINTO DORIA, Piedad. Apuntes para la Organización de Historias Clínicas. Bogotá: Buenos y Creativos S.A.S, 2009.

RAMIO, Carlos. Teoría de la Organización y Administración Pública. Pág. 2 En: <http://www.fcpolit.unr.edu.ar>

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.FLOREZ PORRAS, Juan Daniel. Guía metodológica para la investigación de historias institucionales. Modelo de orientación general.2011. En: <http://archivobogota.gov.co/guias>.

VANGUARDIA LIBERAL, 21 de Mayo de 1991.

VANGUARDIA LIBERAL. El 30 inauguran Unidad de Cáncer. 15 de Mayo de 1979. Año LIX, N° 210232. Pág. 3a

VANGUARDIA LIBERAL. Guerra al cáncer: Unidad de Oncología será inaugurada hoy. 15 de Mayo de 1979. Año LIX, N° 21.047 Pág. 3a

VANGUARDIA LIBERAL. Guerra al Cáncer: Unidad de Oncología será inaugurada hoy. 30 Mayo 1979. Año LIX, N° 21047. Pág. 3a

VASQUEZ MURILLO, Manuel. Como seleccionar documentos de archivo. Buenos Aires: Alfagrama, 2006. P. 70-71

ANEXOS

Anexo A. Entrevista al Dr. Tomás Carlos Durán

Fecha: 11 de Septiembre de 2014

Hora: 6:30 p.m-8:30 p.m.

Lugar: Sede MASTERCANCER

Nombre del Entrevistado: Dr. Tomas Carlos Durán (Ex-Director y ExRadioterapeuta de la Unidad de Oncología 1979-1993)

Tomas Carlos Duran: T.C.D

T.C.D: La radioterapia en Santander empieza en el Hospital San Juan de Dios.

La radioterapia empieza en Santander con el Dr. Francisco Espinel Salive en el Hospital San Juan de Dios. En el Hospital San Juan de Dios se estableció una Unidad en el año 1958; ahí tenían un equipo llamado en esa época de Roentgenterapia Profunda para tratar tumores profundos y otro de Roentgenterapia superficial para tratar lesiones de piel, en Santander a muchas lesiones de piel por los antecedentes europeos de nuestros antepasados (la piel blanca rosada en la zona de Zapatoca).

Estos equipos en el año 1970 sufrieron unos daños prácticamente irreparables por su uso y ya porque el rendimiento hasta ahí llegaba.

En el año 1974 entonces, ante los daños de estos quipos que estuvieron francamente sin funcionar durante dos años no hubo radioterapia en el Hospital (San Juan de Dios); solo había radioterapia en el equipo particular del Dr. Espinel; él tenía su equipo de radioterapia también.

Roentgenterapia es tratamiento con Rayos X, son equipos similares a los de las radiografías, pero entonces esos equipos tenían como característica que quemaban la piel, entonces causaban unos efectos secundarios y fibrosis (endurecimiento de la piel) en los tejidos profundos pero espantosos; pero esa era la radioterapia de la época.

Entonces, ya por esa época en el mundo solo se utilizaban los equipos de cobalto que llamábamos Bombas de Cobalto. Entonces esas Bombas de Cobalto ya no lesionaban tanto la piel porque actuaban a medio centímetro por debajo de la piel, eran más precisos, tenían mayor capacidad y profundidad y era la novedad en ese momento.

En el año 74, ya prácticamente por el problema que había de que llevaban dos años sin funcionar los equipos, con el apoyo de la Gobernación (de Santander), con el apoyo de la Liga contra el Cáncer, con el apoyo de AVAC, se compró otro equipo de Roentgenterapia, no se compró un Cobalto.....se compró un equipo de Roentgenterapia profunda.

Entonces en el año 74 llega el equipo de Roentgenterapia y queda en Barranquilla y no tienen conque pagar la importación, entonces estas entidades que ayudan y lo traen. En esa época entonces, coincide también históricamente, conque ya se estaba trasladando el Hospital San Juan de Dios al Hospital Ramón González Valencia, estaban pasando servicios....creo que primero pasaron era pediatría, entonces ya no podían pensar en hacer cosas en el San Juan de Dios, porque lo

moderno era enviar todo al González Valencia, que ya llevaba mucho tiempo de construido pero que no se había todavía implementado como para ponerlo en funcionamiento.

Entonces llega el equipo lo ponen a funcionar pero ya se pensaba en el Cobalto...ya era obsoleto esto (Roentgenterapia); la Bomba de Cobalto era lo último, entonces la Liga Contra el Cáncer con el liderazgo del Dr. Hernando Pardo empieza a mover lo que fuera pues el voluntariado esta cosas que se formaron para buscar como comprar una Bomba de Cobalto, pero entonces ahí hay varias coincidencias porque el año 75 se establece el Plan Nacional de Cáncer...y el Plan Nacional de Cáncer ya incluía traer los equipos de Cobalto y formar especialistas en radioterapia en cirugía oncológica, en medicina interna...el plan incluía eso...liderado por el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud.

Entonces en el año 75, sale el Plan Nacional de Cáncer y eso diría yo...fue como una lotería aquí para Santander....para ese proyecto...porque la plata no alcanzaba sino para medio comprar la Bomba de Cobalto pero no alcanzaba para construir la sede, entonces el Instituto Nacional de Cancerología dijo: nuestro proyecto es entregarles el equipo, formar los especialistas y ustedes entonces construyan la sede....entonces....la plata que iba para la bomba de cobalto se fue para la construcción de la sede de la Unidad Oncológica, por eso la Unidad Oncológica tiene una arquitectura muy bonita....aún se conserva como tal.... llamaba la atención porque era una estructura que parecía flotante....se veía como en el aire.....tenía una cuestión especial....muy bonita.

Entonces ya en ese momento....1975 ya se estableció eso y se contempló como zonal dos...la zonal uno era Bogotá, la dos en importancia era Bucaramanga....porque el Director del Instituto Nacional de Cancerología....el Dr. Julio Enrique Ospina Lugo era oriundo de Vélez...y entonces él le dio prioridad a Santander.....entonces fue un orgullo para él podernos colocar como algo importante.

Entonces en ese año 1975....se establece el Plan Nacional de Cáncer y se abre la convocatoria a nivel nacional para conseguir médicos que quisieran hacer las especialidades de radioterapia o de cirugía oncológica, o de medicina nuclear; y entonces yo me presenté.....yo quería hacer radioterapia. Teníamos que presentar unos exámenes, unas entrevistas, estábamos muchos médicos interesados en eso... y afortunadamente fui elegido. Yo soy socorrano, soy santandereano.....en ese momento estaba trabajando en el servicio de salud de Santander y había terminado mi rural....entonces fui y me presenté.....se presentó también el decano de la facultad de medicina de esa época....no recuerdo su nombre.....y varios médicos de aquí de la región....tuve la fortuna de haber sido favorecido para hacer la especialización.

Hice la especialización durante los años 75, 76, 77 y 78....yo llegué aquí en el 79....es decir, en el año.....de acuerdo al cronograma, pues del Plan Nacional del Cáncer, teníamos que llegar a manejar los equipos de cobalto los que estábamos entrenados en esa especialidad...en la radioterapia, específicamente en cobalto....entonces quienes manejábamos cobalto los que hicimos la residencia

de las doces seccionales del país. Entonces aquí prácticamente llegamos con el equipo de cobalto con el Plan Nacional del Cáncer de acuerdo al programa que tenía el Instituto Nacional de Cancerología.

Entonces ya estaba el Dr. Espinel acá (Bucaramanga), él por su antigüedad y todas esas cosas, pues lógicamente era el jefe de la Unidad (de oncología) y él había trabajado también, digamos en todo este proceso de la construcción, de conseguir los recursos....después tuvo problemas con la Liga (santandereana de lucha contra el cáncer)....hubo un rompimiento.

Yo llego aquí a Bucaramanga en enero de 1979....la construcción de la unidad oncológica se hizo entre los años 1976 y 1978. El equipo de Cobalto llegó en el año 78....en junio. La fuente....digamos el cobalto trae una fuente radioactiva y que se coloca únicamente cuando el equipo ya está instalado, él (cobalto) se instaló en noviembre del 78, entonces prácticamente cuando yo llego en enero del 79 vengo a manejar el equipo al cual yo estaba entrenado y que realmente dominaba su manejo y sus aplicaciones.

Al doctor Espinel entonces le permitieron que fuera periódicamente al Instituto Nacional de Cancerología a mirar, a entrenarse, pues él no estaba haciendo la especialización ni tenía el tiempo suficiente para especializarse en eso....en el cobalto, entonces pues aprendió ciertas cosas allá y otras las aprendió conmigo, entonces ahí trabajamos juntos en una modalidad...porque es diferente manejar rayos X Roentgenterapia que cobalto...tanto las dosis como los fraccionamientos, como la tolerancia, son totalmente diferentes; entonces esa fue una transición para él (Dr. Espinel Salive) y para mí un inicio de algo a lo cual yo me entrené.

El 15 de marzo del 79 se inician los tratamientos en la Unidad de Cobalto y el treinta de mayo del 79 se inaugura formalmente la Unidad de Oncología. El Dr. Espinel Salive muere en 1985; él ejerció la dirección desde 1979 a 1985. Después de la muerte del Dr. Espinel Salive, yo fui elegido director de la Unidad y ejercí la dirección desde 1985 a 1993. En el 93 fundo entonces la Unidad de Centro del Cáncer de la Ardila Lulle y después fundo el centro privado nuestro.

Durante el tiempo de mi administración, del 85 al 93, ahí entonces me tocó la segunda fase del Plan Nacional del Cáncer...y es la llegada del primer acelerador y primer simulador aquí a Santander. Esos equipos llegaron a tiempo al Instituto Nacional de Cancerología y aquí a Bucaramanga....no se a otras partes del país...pero tenía un sistema de planeación que creo que todavía está, que se llama simulador, y es un equipo que lo teníamos acá y que no lo tenía incluso el Instituto Nacional de Cancerología. Con una medida especial nos lo adjudicaron a nosotros esperando a que el Instituto recibiera otro posteriormente, y el Instituto se demoró como dos años en recibirlo, entonces nosotros estuvimos ahí adelante del Instituto de Cancerología en la planeación de los tratamientos....son cosas así medio paradójicas.

En noviembre del 91 yo logré traer a Bucaramanga la sede del noveno congreso nacional de cancerología, que fue un congreso importante y trascendental.

Lo que era la Unidad Oncológica, era la Unidad donde todo visitante que llegaba importante al hospital tenían que mostrarle eso porque era lo de mostrar

Conmigo llega el Dr. Fernando Barco en la parte de cirugía oncológica, el Dr. Luis Ernesto Téllez que llega como médico internista. En esa época no existía la oncología clínica que son los especialistas que hacen ahora la quimioterapia.

Todo lo que era cáncer lo hacíamos nosotros, nadie digamos en el cáncer no tocaba a nadie porque nadie sabía cómo especialista de oncología sino prácticamente los radioterapeutas éramos los oncólogos. Después vienen los oncólogos clínicos, porque es que viene el Dr. Gustavo Villabona (endocrinólogo)...hizo un entrenamiento más corto...un año...en medicina nuclear. Posteriormente vino el Dr. Jorge Gómez.

Yo terminé en la Universidad Nacional, hice toda mi carrera allá, hice la especialización en el Instituto Nacional de Cancerología y de ahí me vine para acá para Bucaramanga.

He hecho pasantías cortas en varios centros hospitalarios de Estados Unidos...cortas no de especialización formal...y asisto periódicamente casi todos los años a los congresos que hay de mi especialidad.

Yo fui vicepresidente de la Asociación Colombiana de Radioterapia, cuando precisamente traje el congreso aquí a Bucaramanga. Trajimos los más notables especialistas de oncología, de cancerología. Ese fue un congreso que no lo olvidan la mayoría de los especialistas que estuvieron acá, fue muy importante, yo no he vuelto a ver congresos de cáncer aquí.

El problema nuestro, digámoslo así, eso era muy ordenado, tenemos nuestros principios de orden y de organización diferentes al resto del hospital. Nos unía al hospital los casos que requerían hospitalización, de resto no. Entonces nos consideraban como una Unidad aislada y más aún, como se atendían pacientes particulares dentro del hospital, entonces consideraban que en cierta forma, que uno se estaba lucrando de los equipos del hospital, pero uno estaba pagando un alquiler por el uso del equipo, ese era el asunto.

Anexo B. Entrevista a Martha Isabel Vargas Martínez

Fecha: 5 de Noviembre de 2014

Hora: 2:30 p.m-4:30 p.m.

Lugar: Unidad de Oncología y Radioterapia (Hospital Universitario de Santander)

Nombre del Entrevistado: Martha Isabel Vargas Martínez (Tecnóloga en Radioterapia 1979 hasta la fecha)

Edwin Alexis Porras Sepúlveda: E.A.P.S

Martha Isabel Vargas Martínez: M.I.V.M

E.A.P.S: Cuál es su tipo de formación profesional y cuánto tiempo le tomó para lograr su titulación

M.I.M.V: Soy Tecnóloga en Radioterapia, dos años y medio en el Instituto Nacional de Cancerología, soy egresada del Instituto Nacional (de Cancerología).

E.A.P.S: Coménteme en que año usted llegó a la Unidad de Oncología y que funciones le fueron asignadas a su llegada a la Unidad

M.I.M.V: Yo llegue en el año de 1979, en Febrero llegué pero todavía no habían terminado el bunker, eno tanto el bunker sino faltaban unas piecitas del equipo, entonces fui de vuelta otra vez al Instituto (nacional de Cancerología), ahí hice un mes más de práctica y después volví. Yo empecé el 15 de abril de 1979, ya como tecnóloga en radioterapia haciendo tratamientos directamente.

E.A.P.S: Recuerda el nombre que inicialmente se le dio a la Unidad?

M.I.M.V: Siempre se llamó Unidad de Radioterapia, antes le decían la “casita verde”.

E.A.P.S: Comente que médicos llegaron precedidos junto con Ud. a laborar en la Unidad de Oncología del HRGV

M.I.M.V: Yo llegue con el Dr. Tomas Carlos Duran, otro radioterapeuta, llegamos a formar parte de la Unidad, y llegó otro grupo de especialistas que eran el Dr. Jorge Gómez, que era especialista en mama (seno), el Dr. Fernando Barco también era de mama (seno), y llegó el Dr. Villabona que era de medicina nuclear, el Dr. Ernesto Téllez que era también otro médico...manejaba más que todo cosas biliars, la hermana Ofelia (enfermera) no recuerdo el apellido ahorita y estaba la hermana Aurora Gómez otra enfermera...ellas venían del antiguo (Hospital) San Juan de Dios. Todos los especialistas que trabajaron en la Unidad de Oncología eran titulados en el Instituto Nacional de Cancerología.

E.A.P.S: Descríbame un posible organigrama de la Unidad de Oncología

M.I.M.V: Como jefe era el Dr. Francisco Espinel Salive, luego seguía el otro radioterapeuta que era el Dr. Tomas Carlos Duran, la secretaria Leonor Ramírez, mi persona Martha Isabel Vargas como Tecnóloga (en radioterapia), las dos enfermeras. Había una Auxiliar de Rayos X que se llamaba Herminia Sepúlveda, ella también hacia parte del equipo, pero ella era tecnóloga empírica, si porque en

ese tiempo estaba el Cobalto y el Rayos X superficial que era para hacer tratamientos de piel. Trabajadora Social Yolanda Guzmán.

E.A.P.S: Con que equipos inicialmente contó la Unidad de Oncología y posteriormente cuales adquirió con los años?

M.I.M.V: Primero como te comenté al comienzo, el Cobalto 60, rayos X superficiales, Rayos X profundos, eran los tres equipos que había acá para los tratamientos y se manejaba la braquiterapia, pero eso no eran equipos, eso eran tratamientos que se le aplicaban a los pacientes de cáncer de matriz y cérvix y eso lo manejaba solamente el Dr. Espinel.

E.A.P.S: Inicialmente que tipos de tratamientos ofrecía la Unidad de Oncología?

M.I.M.V: Rayos X profundos, Rayos X superficial y la cobaltoterapia.... Y la radiumterapia que en ese momento se llamaba radium, que eran los aplicadores que se les aplicaba a los pacientes con cáncer de matriz.

E.A.P.S: Que tipos de cáncer fueron de los más tratados en los primeros años de funcionamiento de la Unidad de Oncología?

M.I.M.V: Más que todo matriz, cáncer de cérvix y mama

E.A.P.S: Cuantos pacientes en promedio calcula usted que pudo atender la Unidad de Oncología en los primeros años?

M.I.M.V: Bueno al comienzo eran poquitos, había un promedio de unos veinte pacientes al mes. Con el tiempo fue creciendo esto, pero era muy relativo que te diga yo exactamente cuánto, no.

E.A.P.S: Qué tipo de relación tuvo el Hospital Ramón González Valencia en los inicios de la Unidad de Oncología

M.I.M.V: Todos éramos del (Hospital) Ramón González Valencia, éramos de la nómina del (Hospital) Ramón González Valencia. Lo que pasa es que como esto siempre ha sido independiente, entonces se creía que esto no era del Hospital, pero toda la vida ha sido del (Hospital Ramón) González Valencia. Nunca, nunca hubo una separación de que nosotros somos la Unidad de Oncología y no tenemos nada que ver con el (Hospital Ramón) González Valencia, todo era con el (Hospital Ramón) González Valencia, para todo.

E.A.P.S: Usted recuerda en que año particularmente la Unidad de Oncología toma la imagen que tiene ahora, es decir, administrativamente hablando y ya deja de ser un grupo de empleados tan pequeño y empiezan a ingresar enfermeras profesionales y a ser un grupo más especializado?

M.I.M.V: Cuando ya se creó la segunda fase, ya cuando iba a llegar el acelerador lineal en el (año) 1990, ya tiene que haber Enfermera Jefe, entonces ellas también colaboraban con los equipos, colaboraban con lo de quimio (terapia). Ingresa también el Físico, encargado de hacer lo de los cálculos de los pacientes de aplicación de tratamientos de radio (terapia). Más tecnólogas, llega Rosalba Niño, ella es tecnóloga en imágenes diagnósticas, entonces nosotros la formamos acá, pero entonces ella hizo una homologación en radioterapia.

E.A.P.S: Cuando ustedes empiezan a trabajar en la Unidad de Oncología, ustedes manejaban algún tipo de protocolo médico para la aplicación de los tratamientos oncológicos a los pacientes?

M.I.M.V: No, eso los protocolos aquí mismo se hacían con el Dr. Espinel.

E.A.P.S: **Entonces, hasta cuando empiezan a manejar los protocolos médicos para la aplicación de los tratamientos oncológicos?**

M.I.M.V: Yo creo a partir del acelerador lineal y que empieza a llegar más gente a trabajar en la Unidad.